




Michael Quarterly

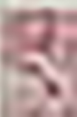
Publication Series of The Norwegian Medical Society



Omsorg

2/10

ISSN 1102-2271 2010



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769-1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791-1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

Michael is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

Omsorg

Michael 2010; 7: 167-70.

«Den disiplinerte godhet er ikke bare en etteraping av det gode. En kan også voldta den andres og sin egen sjel med sin godhet. En tar [verken hensyn] til den andres eller til sin egen urørlighetsone. Det er vondt for begge parter [...] Det er ikke godt når normene universaliseres og godheten disiplineres. Men det er godt nok når spørsmålet vendes utover mot den andre – hvordan handle best mulig i den kulturelle sammenhengen som vi står i – men der den nødvendige prøvestenen er den etiske fordrings godhet formulert i den gylne regel. Da er disiplinen for den andres skyld, og ikke for den kulturbestemte godhetens skyld.» (1).

Filosofen og sykepleieren Kari M. Martinsen tematiserer her både omsorg som fenomen og omsorgens sammenhenger og vilkår på en tankevekkende måte, uten at selve begrepet omsorg nevnes. Spørsmål knyttet til omsorgens grunnleggende relasjonelle natur, og hvordan omsorg forholder seg til etikk, normer og kultur, og til intimitet og avstand, til godhet, disiplin og endog disiplinert godhet, reises uvilkårlig hos leseren av denne fortettede lille betraktningen som rommer så mye. Alle disse spørsmålene reises også på ulike måter av de forskjellige bidragsyterne til denne utgaven av tidsskriftet *Michael Quarterly*.

Den empiriske bakgrunnen for de ulike artiklene er mangfoldige, fra studier i sykehus, sykehjem og hjemmebaserte tjenester, til fokus på lærebøker og politiske, religiøse og fagpolitiske tekster. Metodisk spenner bidragene fra intervju og deltakende observasjon til analyse av tekster. Teoretisk er spennvidden enda større, selv om én viktig fellesnevner går igjen: Dette tidsskriftnummeret eksemplifiserer klart Kari Martinsens inspirasjon for omsorgsteori og for problematisering av etikkfeltet i norske og nordiske helsefaglige og medisinske miljøer. For et flertall av bidragsyterne har hennes

jevnlige og inspirerende «lesegrupper», der filosofiske og fagkritiske tekster skal leses langsomt i fellesskap, vært et rikt og stimulerende forum for akademiske refleksjoner og for livet generelt. Et annet viktig utgangspunkt for dette tidsskriftnummeret har vært forskningsgruppen «Omsorgens grunnlag, fenomener og vilkår», en gruppe som inngår i «Senter for omsorgsforskning Vest» og ledes av førsteamanuensis Maj-Britt Råholm ved Høgskolen Stord-Haugesund.

At omsorg har sitt grunnlag i selve livet, i mennesket eksistens og livsvilkår, og at mennesker er fra fødselen av satt inn i omsorgsrelasjoner, synes som en felles antakelse, eksplisitt eller implisitt, hos alle forfatterne. Hvilke større filosofiske og livsanskuelsesmessige sammenhenger man tenker dette inn i, varierer naturlig nok. Det gjør også hvordan fenomenet omsorg kan beskrives, og hvordan og under hvilke betingelser omsorg kommer til uttrykk. Når det gjelder hvordan fenomenet omsorg kan forstås, kommer det fram ulike fargenyanser i de ulike bidragene, blant annet ut fra hvilke andre begreper som omsorg settes i spill med. Gjennom dette fremkommer ulike sider av hva omsorg kan være og ikke kan være.

I Furnes og Martinsens artikkel relateres sorg og omsorg til hverandre, der et kritisk søkelys rettes mot ulike faglige og vitenskapelige tenkemåter knyttet til sorg og sørgende. Den argumenterer for erfaringsnærhet og et utgangspunkt i den enkelte sørgendes erfaring som forutsetninger hos dem som skal hjelpe for at den sørgende skal bli ivaretatt. I Alvsvågs bidrag relateres kjærlighet til omsorg på en kompleks måte, inspirert av filosofen og presten Knud Eilert Løgstrup, der fordringen om nestekjærlighet hjelper oss hvor den naturlige spontane kjærlighet ikke kommer til uttrykk. Denne fordringen får samfunnsskapt «krykker» å støtte seg til, og er også på andre måter innfelt i samfunn og kultur. Samtidig som en «kjærlighetens logikk» kan uttrykkes innen profesjonelle rammer, så er også muligheten der for at lært nestekjærlighet kan uttrykkes uten kjærlighet. Dette er også et tema i Roxbergs artikkel, der det argumenteres for at trøst og omsorg hører naturlig sammen. Likevel finnes det dårlig trøst som kan gis ut fra den beste vilje og de beste intensjoner. På det grunnlaget skiller hun mellom den omsorgsfulle trøst, som en nærstående trøst, og den stumme, tomme og ikke-omsorgsfulle trøst.

Både Førlands artikkel og artikkelen til Boge, Martinsen og Kristoffersen tematiserer på ulike måter hvordan disiplin, som i følge Martinsen kan være «for den andres skyld», kan bli til omsorgens motsats, slik Løgstrup forstår omsorg. På den annen side illustrerer nettopp Boge, Martinsen og Kristoffersens artikkel en side ved mangetydigheten i omsorgsbegrepet, ved at profesjonell og statlig omsorg kan betraktes som å ha normerende og kontrollerende siktemål og virkning.

Giske relaterer i enda større grad begrepet makt til omsorg, der profesjonell makt i det godes tjeneste gir grunnlag for tillit og omsorg hos mennesker som er sårbare og avhengige. Derimot kan profesjonell makt også, gjennom at pasienten tingliggjøres, stå i veien for god omsorg. Som for Giske er tillit også et vesentlig tema hos Vevatne. Med utgangspunkt i Martinsen argumenterer hun for at man som profesjonell hjelper må gjøre seg den annens tillit verdig gjennom at en personorientert profesjonalitet er i vekselvirkning med ens profesjonelle faglighet og gjennom det gir rom for omsorg.

Dette berører i høyeste grad også omsorgens vilkår. Tingliggjøring av mennesker i en trengende og sårbar posisjon er på forskjellige vis også tematisert hos Midtbø og Hauge og Kyte og Hauge. Kyte og Hauge argumenterer for at innsatsstyrt finansiering gjennom DRG-systemet, et system der diagnoser fokuseres til fortrenghet for en helhetlig sykdomsforståelse, og der omsorg og samhandling ikke er relevante dimensjoner, tingliggjør både pasientene og virksomheten på bekostning av omsorgsrelasjoner og på bekostning av et godt faglig og menneskelig engasjement. Midtbø og Hauge tar utgangspunkt i filosofen Hans Skjærveims forståelse av «den tre – leddede dialog» og demonstrerer hvordan dialogen kan hindre at eldre syke og andre hjelpetrenende blir kalkulerbare ting. En slik dialog basert på en subjekt-til-subjekt-relasjon kan få hele mennesket, og ikke bare problemer hos den hjelpetrenende, til å tre frem for og engasjere den profesjonelle hjelperen.

På andre måter er også Førland og Jacobsen opptatt av omsorgens vilkår. Førland har et klart fokus på kulturelle og samfunnsmessige rammer for omsorg, både i forhold til holdninger og sosiale normer generelt, og knyttet til organisatorisk kompleksitet i pleie- og omsorgstjenestene. Organisatoriske rammer, som kan være støttende omstendigheter for omsorg, kan også bli midler til undertrykkelse og ordninger som hindrer ivaretagelse av livet. Jacobsen ser især på hvordan omsorg finner sted innenfor arkitektoniske og fysiske omgivelser, og hvordan disse omgivelsene spiller sammen med sosiale og kulturelle faktorer på måter som både muliggjør og vanskeliggjør omsorg i profesjonell praksis.

Litteratur

1. Martinsen K. Angår du også meg? Etisk fordring og disiplinert godhet. I: Alsvåg H, Førland O. *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribe, 2007, 315-44. (sitat s. 338)

*Frode F. Jacobsen
dr. polit., sykepleier og antropolog,
Førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie og forskningsleder ved Senter for
omsorgsforskning, Høgskolen i Bergen;
Førsteamanuensis II ved Betanien Diakonale Høgskole, Bergen.
ffj@hib.no*

Omsorgens grunnlag, fenomener og vilkår

Michael 2010;7:171-80.

Omsorgens grunnlag, fenomener og vilkår kan forstås med basis i ulike fagtradisjoner. Mitt utgangspunkt er sykepleie, sosiologi og filosofi, men også her er det ulike posisjoner. Omsorg forstås som et grunnvilkår som hefter ved tilværelsen og som gir den sin bestemte retning. Omsorg trer imidlertid ikke fram formløst, men uttrykker seg gjennom holdninger, sosiale normer og kulturen vi lever i. Det utfordrende spørsmålet er hvordan disse kan bæres av og spille sammen med grunnvilkårene.

Tre spørsmål

Jeg vil forsøke å gi et perspektiv på *omsorg* knyttet til uttrykkene *grunnlag, fenomener og vilkår*. Tre hovedspørsmål stilles: Det første lyder slik: Hva springer livsivaretagende omsorg ut fra? Dette dreier seg om omsorgens grunnlag. Det andre beskjeftiger seg med omsorgens fenomener og lyder slik: Hvordan trer omsorg fram? Til slutt stilles spørsmålet om omsorgens vilkår og her trekkes omsorgens strukturelle, kulturelle og normative rammebetingelser fram. Dette er store og grunnleggende spørsmål som det ikke gis fyllestgjørende svar på her, men overveielser det går an å tenke videre på.

Omsorgens grunnlag, fenomener og vilkår kan forklares og forstås med bakgrunn i ulike fagtradisjoner; blant andre teologi og religionsvitenskap, evolusjonsteori og biologi, medisin og sykepleie, psykologi, sosiologi og filosofi. Mitt utgangspunkt er sykepleie, sosiologi og filosofi.

Uttrykkene «grunnlag», «fenomener» og «vilkår» kan forstås ulikt. «Grunnlag» og «vilkår» knyttet til et fenomen kan begge handle om dets betingelser og forutsetninger. Likevel er det en nyanseforskjell mellom dem. Grunnlag er uttrykk for noe mer fundamentalt enn vilkår. Det kan være mange slags vilkår for omsorg; forstått som ytre forhold som spiller inn på hvordan omsorg framtrer eller ikke framtrer.

Men det er også noe mer fundamentalt knyttet til fenomenet omsorg, bakom de mange situasjonsbestemte forhold og vilkår. Det dreier seg om omsorgens grunnlag forstått som grunnvilkår bakom de mange ytre vilkår. Omsorgens fenomener; forstått som hvordan omsorg trer fram, arter seg og erfares, og omsorgens vilkår forstått som de mange situasjonsbestemte forhold og betingelser, skal tas kort opp mot slutten.

Ordet og assosiasjonene

For å få forståelse og innsikt i et fenomen kan det være oppklarende å gå til ordenes språklige opprinnelser. Ordet «omsorg» er sammensatt av stavelsene «om» og «sorg». Andre stavelen «sorg» har slektskap med det tyske verbet «sorgen», som kan oversettes med «sørge for» og «dra omsorg for». Forstavelsen «om» henviser til noe som er omkring, rundt eller for noe. Norsk Riksmålsordbok beskriver ordet slik: «det å sørge for, våke omhyggelig, kjærlig over noe; jfr. omhu og omtanke.»

«Omsorg» er et dagligtaleord med mange betydninger og nyanser; ivaretagelse, omtanke, barmhjertighet, beskyttelse, pleie, stell, ansvar, hensynsfullhet, varsomhet og aktelse. Men det er også blitt et formelt ord. I 1982 kom det sentralt inn i helselovgivningen gjennom Lov om helsetjenesten i kommunene. «Pleie og omsorg» er her benevnt som en av kommunens sentrale oppgaver med tilhørende «pleie- og omsorgstjenester» og «boformer for heldøgns omsorg og pleie» («Lov om helsetjenesten i kommunene,» 1982).

Det er ingen selvfølge at ordet «omsorg» assosieres positivt. Det kan oppfattes søtladent, overdreven sentimentalt eller påtatt medfølende. Noen opplever «omsorg» som noe tungt og byrdefullt, knyttet til krav og slitasje. Andre opplever det som går under betegnelsen «omsorg» som noe beskyttende på en kontrollerende og hemmende måte, noen endog som tvang og overgrep, selv om handlingene ikke trenger å være ment slik fra «omsorgsgiverne» sin side. Det er ikke den handlendes motiv som gjør en handling til omsorg eller ikke. Noen ganger kan det som går under navnet «omsorg» framstå som det motsatte av barmhjertighet og hensynsfullhet. Dette er omtalt som omsorgens tvetydighet (Ruyter & Vetlesen 2004).

På den annen side; omsorg som ivaretagelse er fundamentalt for menneskelig liv fra fødsel til grav. Uten omsorg i livets startfase hadde verken menneske eller dyr kunnet levd opp. Også seinere i livet er vi prisgitt omsorgens mange livsbyggende uttrykk. Kunne vi levd uten omtanke, imøtekommenhet og hensynsfullhet? Ikke i lengden! Vi kan kjenne «på kroppen», som det heter, når omsorg er tilstede, og når det ikke er til stede. Omsorg er erfarbart. Det er omsorg som «livsivaretagende» som først og fremst skal

skrives videre om her. Men det «livsivaretakende» har ikke alltid gode livsvilkår. Det skal også berøres i denne artikkelen.

Omsorg som kulturell frambringelse

Det er et grunnleggende spørsmål hva omsorg springer ut fra. Det kan tenkes ulike svar og ulike posisjoner. En av dem lyder slik: Omsorg springer ut av sosiale normer og verdier, dvs. fra overindividuelle føringer og rettesnorer for handling. Det kan være uformelle påbud, seder og skikker og mer formelle regler, standarder og lover. Det er videre et nært forhold mellom sosiale normer og verdier. Sosiale normer fungerer som midler til å virkeliggjøre verdifulle mål og tilstander (Østerberg 1984). Ut fra denne posisjonen vil det i samfunn som verdsetter verdier knyttet til omsorg høyt eksistere et sosialt press som «pålegger» oss omsorgshandlinger.

Slike verdier vil på den annen side skape en sosial norm som gjør ikke-omsorg i bestemte situasjoner til tabu og noe ikke-akseptert. At omsorgshandlinger, som andre handlinger, påvirkes av overindividuelle normer er veldokumentert sosiologisk kunnskap. En av sosiologiens klassikere, franskmannen Émile Durkheim (1858–1917), vektla særlig sterkt de sosiale normers betydning for moralsk handling. Han hevdet en motsetning mellom naturlige egoistiske impulser i mennesket og samfunnets moralske og oppdragende disiplinering (Durkheim 1961). Eksistensen av overindividuelle moralsystem og sosiale normer betraktes av ham som forutsetningen for at samfunnsliv, samhold, solidaritet og omsorg skal utvikles og opprettholdes. Ut fra denne tradisjonelt sosiologiske posisjonen er omsorgsfenomenene sprunget ut av og opprettholdt av sosiale og kulturelle normer og betingelser.

Omsorg som før-kulturell kjensgjerning

Kan omsorgens utspring og grunnlag forstås på en annen måte? Kan omsorg være uttrykk for mer enn kultur og sosiale normer? Kan det være slik at omsorg er en indikasjon på en grunnstruktur som hefter ved tilværelsen selv, ubetinget av kultur og sosiale normer? Finnes det en omsorgsstruktur gitt ved livet slik det kommer oss i møte, bakom foranderlige sosiale normer og kulturelle verdier? Endog bakom menneskelig erkjennelse, vurderinger og handlinger og som ikke er betinget av, men retningsgivende for dette? En slik tanke kan være vanskelig for oss å gå med på. Vi vil være uavhengige, autonome og suverene. Det moderne menneske har en kantiansk oppfatning av at det er fra oss selv, vår egen erkjennelse og forståelse, at det hele springer fram.

Den danske teologen og filosofen Knud E. Løgstrup (1905–1981) tenker grunnleggende annerledes om dette, likeens den litauisk-franske filosofen

Emmanuel Levinas (1906–1995). Begge har hatt stor innflytelse på etisk tenkning og omsorgsfilosofi de siste tiårene, ikke minst innenfor helsefag i Norden. Annerledes tenker også den polsk-engelske sosiologen Zygmunt Baumann (1925 –), en toneangivende person innenfor sosiologi og etisk tenkning i dag. De hevder at moral må forankres i noe fastere og mer pålitelig enn de stadig foranderlige kulturelle normer som samfunnet skaper. Moralens retning mot ansvar og omsorg er noe som eksistensielt *er* og som derfor kommer oss i møte før og ubetinget av foranderlige handlinger og normer. I vår daglige omgang med andre mennesker lever vi i, og av, noen gitte grunnvilkår som har omsorgskarakter.

Løgstrup bruker uttrykket «livsytringer» om disse grunnvilkårene. «Åpen tale» er en slik livsytring, hevder han. Den eksisterer i sin egen rett, som en grunnforutsetning for at livet skal tre fram og blomstre. Åpenheten får talen (språket) verken fra individet eller fra samfunnet og normene, mener Løgstrup, men fra språket selv i dens utadrettethet. «Jamen, får talen da ikke sin åbenhed fra vor oprigtighed?», spør han. Han svarer slik: «Nej, det er omvendt. Den individuelle oprigtighed grunder i en åbenhed ved talen som førindividuell livsytring... Åbenheden kan aldrig elimineres, ikke i det dybeste bedrag, den er der bare vi taler. Lige så nødvendigt til at lyve som til at tale sandt» (Løgstrup 1984, p. 112). Å tale innebærer å tale ut, som en tilbøyelighet til å komme på talefot med dem vi taler med. All tale har en iboende utadrettethet mot åpenhet og forståelse. Det er ikke noe jeg selv gjør den til. Dens utadrettethet er der på forhånd. «Det er dens suverenitet, som vi giver os ind under i det samme øjeblik vi giver os til at tale» (Løgstrup 1972, p. 17). Det er ikke vi som griper den, det er den som kommer oss i forkjøpet og griper oss. Åpen tale som livsytring kan ikke mennesket være foruten.

Tillit er et lignende fenomen. Løgstrup skriver om tilliten: «Det hører vort menneskeliv til, at vi normalt mødes med en naturlig tillid til hindanden. ... Der skal særlige omstændigheder til, for at vi på forhånd står overfor en fremmed med mistillid» (Løgstrup 1956, p. 17). Når tillit i sin ubetingethet og spontanitet i møtet med mennesker ikke får utfolde seg blir vi usikre. Dette er allment erfarbart. Vi blir skeptiske og livet visner i stedet for å utfolde seg. Tillit «består alltid i at vove sig frem for at blive imødekommet. Det er nerven i den, og det er det etiske livs grundfenomen», skriver Løgstrup i sitt etiske hovedverk *Den etiske fordring* fra 1956 (1956, p. 27). Tillitens retning mot den andre er uttrykk for og bærer av en omsorgsstruktur som er god før mennesket har bestemt at den er god.

Barmhjertighet er en annen livsytring Løgstrup nevner. Han viser blant annet til den tyske 1700-tallsfilosofen Moses Mendelssohns beskrivelser av

det gys av medlidenhet som gikk gjennom forsamlinger ved offentlige henrettelser, selv når det var de mest avskyelige forbrytelser som lå til grunn (Løgstrup 1996, p. 27). Mennesket kan sette seg i andre menneskers sted og føle med, uavhengig av tid og sted, sosiale normer og kulturer. Det er uttrykk for en prekulturell barmhjertighetsimpuls rettet mot den nødstedte. Livsyttringer som åpen tale, tillit og barmhjertighet eksisterer i sin egen rett, på tvers av tid og sted, som tilværelsens konstanter. De har sin retning utover mot den og de andre og det kan sies at de har omsorgskarakter.

Utleverthet, sårbarhet og omsorg

Utgangspunktet for all omsorg, også den profesjonelle, er menneskets avhengighet og utleverthet til hverandre. Dette er en interdependens som hører selve livet til. Ivaretagelse og omsorg er responsen på denne kjensgjerning. I utlevertheten berøres menneskets sårbarhet. Det er ikke likegyldig hvordan sårbarheten møtes. Løgstrup skriver om omsorgens grunnlag: «Fra det grundvilkår, vi lever under, og som det ikke står til os at ændre, nemlig at den enes liv er forviklet med den andens, får den etiske fordring sit indhold, idet den går ud på at drage omsorg for det af den andens liv, som forviklingen prisgiver een.» (Løgstrup 1996, p. 20). I dette, at våre liv er infiltrert og forviklet i hverandre, uttrykkes og utfoldes noen grunnleggende livsfenomener, som verken vi selv eller samfunnet er opphavet til, men som gir oss og samfunnet retning.

Levinas tenker, på lignende måte som Løgstrup, at livet slik det møter oss i utgangspunktet har grunnstruktur rettet mot ømfintlighet, ansvar og ivaretagelse. Vi befinner oss allerede og alltid i et etisk felt som gir liv og relasjoner retning. Forut for etablerte verdier og sosiale normer eksisterer den andre som *ansvar*. Ansvar er ikke selvvalgt men pålagt og gitt. Også Levinas angriper en jeg-tenkning som tror seg å være opphav til etikken. Moralens startpunkt er et allerede og på forhånd pålagt ansvar. Det valgbare er ikke ansvars eksistens men hva jeg gjør med det og hvordan jeg handler. I møtet med Den Andre og hans ansikt vekkes ansvaret, et ansvar som ikke oppstår i situasjonen, men som var der fra før. Ansiktet innebærer mer enn det som trer fram observerbart. Ansiktet viser *spor*, et spor av sårbarhet og noe uendelighet som er til stede bakom og på forhånd; *ansvaret*.

Før tenkning, før samfunnet trer fram for oss som sosiale normer og før valg var ansvar forstått som bånd mellom mennesker. Disse bånd og dette ansvar er ikke er valgt, men gitt. Den Andre angår meg, selv om ikke *jeg* har bestemt det slik. Mennesker kommer til meg ubedt (Levinas 1993, 1998). (Levinas & Nemo 1985). Derfor er ansvar «eldre» enn subjektet og mer grunnleggende enn sosiale normer og kultur. Ansvar møter subjektet, kon-

stiterer det og forblir dets fundamentale struktur. Mennesket er dermed viklet inn i etikk enten det vil eller ikke, forstått som *ansvar* (Levinas 1981, Levinas & Nemo 1985) og som en *omsorgsstruktur* som hefter ved livet selv (Nortvedt 2007).

Zygmunt Bauman er dypt skeptisk til Émile Durkheim og den tradisjonelle sosiologiens tese om at menneskets moralitet er et produkt av ulike sosiale institusjoners bindende kraft. I boken *Moderniteten og Holocaust* søkte han å forstå mekanismene bak grusomhetene i Holocaust og knyttet disse til karakteristiske trekk ved moderniteten som epoke. Dens vekt på orden, rasjonalitet og byråkrati medførte økt sosial avstand til enkeltmenneskers situasjon. Det naturlige ansvaret som man normalt erfarer i et hvert møte, ble erstattet med et avstandspreget teknisk og instrumentelt ansvar. Ansvaret for å tilfredsstille systemets forventninger ble viktigere enn ansvaret for enkeltmennesker. Moral må, i følge Bauman, ha et annet og mer grunnleggende fundament enn ulike kulturers normer og ideologier, og dette «annet» betegner han som «menneskets grunnleggende ansvar for den Annen» (Bauman 2005, p. 258). Han omtaler «ansvar» som «all moralsk adferds byggestein» og «siden ansvar er det menneskelige subjekts eksistensielle form, blir moralitet grunnstrukturen i den intersubjektive relasjon» (Bauman 2005, p. 241).

Løgstrup, Levinas og Bauman prøver alle å gjøre oss oppmerksom på en fordring og et ansvar som det sårbare livet roper oss opp med, og som er mer enn kulturelle former. De peker på en omsorgsstruktur ved tilværelsen selv som gir livet retning mot ivaretagelse og som kommer til syne i omsorgens mange ulike uttrykk og fenomener.

Omsorgens fenomener

Det er en kjensgjerning at vi er prisgitt hverandre, at våre liv er viklet inn i hverandre, at vi i alle relasjoner har noe av den annens liv i våre hender og som følge av dette har makt over hverandre. På denne bakgrunn får omsorgen sitt innhold. Vi ropes opp av en fordring om å dra omsorg for det av den annens liv som tilknytningene mellom menneskene fører oss inn i (Løgstrup 1996).

Selv om omsorgens fenomener er allmenne og hverdagslige, kommer de særlig tydelig til syne i relasjoner mellom pasienter og de profesjonelle i pleie- og omsorgstjenestene, det vil si de konkrete pleie og omsorgssituasjonene i helsevesenet. Her er pasientens utleverthet og sårbarhet til stede som flertydige og uavgrensede fenomener. Det kan være hans erfaring av smerte, lidelse, bekymring, uro, sorg, savn, fortvilelse, utilstrekkelighet, usikkerhet, men også av mening, håp, drøm, tro, trygghet og lettelse

(Førland 2007). I pasientmøtene kan omsorgens mangfoldige uttrykk utfoldes, det kan være en stemning og tone knyttet til det å bli vekket om morgenen, til kroppsvask, støttende armer, måltidet, tiden, rommene, prosedyrene, undersøkelsene, samtalene, tanker som utveksles og oppmerksomhet som gis og mottas. Kari Martinsen skriver om hvordan sykepleieren og pasienten kan finne tonen og samklangens i pleiesituasjonen. «Det er et spørsmål om å «svinge med», å finne musikaliteten i pleien» (Martinsen 2005, p. 263). I tonen høres personens holdning, vår måte å føre vår tilværelse på. Vi kan for eksempel i latterens tone høre om den andre vil oss vel eller ikke.

Omsorgens fenomener er erfarbare. I holdningen uttrykkes hvilket grep man har om seg selv. Derfor kommer vi heller ikke utenom at personlige egenskaper og dyder er avgjørende. De er avgjørende for hvordan omsorg får lov å tre fram. For omsorg trer ikke fram formløst. Vi uttrykker oss gjennom holdninger, normer og kulturen vi lever i. Spørsmålet er om disse fremmer eller hemmer omsorg.

Omsorgens vilkår

At sosiale normer og kulturer ikke er det eneste og heller ikke det mest grunnleggende når vi taler om omsorgens grunnlag, betyr på ingen måte at de er uvesentlige. Omsorg trer altså ikke fram formløst, men uttrykker seg gjennom holdninger, sosiale normer og kulturen vi lever i. Livsyttringers retning mot ivaretagelse blir filtrert gjennom personlighet og sosiale normer. I alle møter uttrykker vi oss gjennom personlige egenskaper, vaner, tenkemåter og normer. Dessuten påvirkes vi som enkeltpersoner og organisasjoner også av økonomiske og materielle forhold. Dette er uttrykk for omsorgens vilkår. Vilkår handler personlig karakter, normer, ytre forhold, omstendigheter og situasjonsbetingelser.

Omsorgens vilkår kan utforskes og studeres. Vi kan blant annet spørre oss: hvilket spillerom gis omsorgens fenomener innenfor helse- og omsorgsinstitusjonene i dag? Hvilket rom gis det for å møte pasientens utleverthet og sårbarhet? Hvordan vokser omsorg fram i de profesjonelle fellesskapene og den profesjonelle omsorgen? På den annen side: hva truer omsorgens uttrykk innenfor pleie- og omsorgstjenestene?

All omsorg, også den profesjonelle, har et janusansikt. Ideelle intensjoner kan gå fryktelig galt, også i omsorgens navn og fremstå som omsorgens motstykke (Ruyter & Vetlesen 2004). Den kan vanskeliggjøres og hemmes når styringsmekanismer som effektiviseringstiltak, manualer, metoder og teknologi kommer i veien, i stedet for å gi rom og vekstmuligheter for omsorg. Den kan tippe over til kontroll, overgrep, undertrykkelse og skamløshet. Derfor

trengs en kritisk omsorgsforskning, en omsorgsforskning som undersøker vilkårene og betingelsene for omsorg. Vilkår som gjør en forskjell.

Omsorgens kulturelt betingende situasjoner og vilkår kan utforskes og synliggjøres. De kan gis særlig oppmerksomhet, slik at deres betydning trer tydeligere fram. Empiriske forskningsprosjekter knyttet an til hvordan omsorg trer fram, men også til hvordan omsorg trues, kan bidra til dette. En forskning der vilkårene studeres grundig, ikke for seg selv, men for å synliggjøre deres innvirkning på omsorgens fenomener.

Det er mange eksempler på studier som fokuserer på omsorgens vilkår. Ett er Rolf Rønnings studie av kommunale organisasjonsmodellens innvirkning på omsorg (Rønning 2004). Den bedriftsøkonomiske modellen som nå er populær både blant mange pleie- og omsorgsadministratorer og kommunepolitikere, henter sin inspirasjon fra næringslivet. Omsorg blir sett på som en hvilken som helst vare ved at den måles, prises og forhåndsdefineres i instruksjer og brukerkontrakter. Dette er en New Public Management-inspirert tenkning og ofte knyttet til den såkalte *bestiller-utførermodellen* i de kommunale pleie og omsorgstjenestene. Intensjonen er at bestillerenheten skal sikre en nøytral, objektiv og standardisert behovsvurdering. Modellen skal muliggjøre større grad av forutsigbarhet, effektivitet og utgiftskontroll enn den tradisjonelle modellen. Mens hjelpebehovene før reformen ble vurdert av den enkelte pleiers skjønn i førstelinjen, ofte med nær kjennskap til pasienten, blir behovene i denne modellen vurdert av en ekspertgruppe med generell bestillerkompetanse fra det kommunale bestillerkontoret.

Rønning stiller spørsmål om slik tenkning tar hensyn til omsorgens egenart og særpreg som handler om å møte hjelpetrequende *mennesker*, ikke å levere forhåndsdefinerte varer, og om modellen legger til rette for å anvende et menneskelig og faglig skjønn i arbeidet. Han finner i sin studie mye god omsorg også i kommuner hvor organisasjonsmodellene preges av slik bedriftsøkonomisk tenkning, fordi pleierne strekker seg og tar ansvar for å gi bedre hjelp enn instruksjonen egentlig tillater. Dette er også i tråd med studier gjort av Halvard Vike og medarbeiderne som fremhever at pleierne utgjør «maktens samvittighet» ved at de i det skjulte kompenserer for omsorgshemmende rammer og vilkår (Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien & Kroken 2002).

Helsevesenet og pleie- og omsorgstjenestene utgjør komplekse organisasjoner. For at de skal fungere, trengs organiseringer, ordninger, styringsmekanismer, rutiner, manualer, metoder og teknologi. Disse *kan* være hjelpemidler og former som omsorgen uttrykkes gjennom. Men noen ganger kan det som skulle være hjelpemidler, bli det motsatte og i stedet føre til disiplinering, overgrep, undertrykkelse, pleielidelse og skamløshet. Ordningene

kan true livet som de skulle beskytte og fremme. Men de trenger ikke det; de kan også hvile i og bæres av den omsorgsstruktur som livet er plassert inn i før enhver normativ og kulturell forming. Det utfordrende spørsmålet i helsevesenet blir da *hvordan* omsorg uttrykt gjennom personlig karakter, profesjonelle normer og strukturelle styringsmekanismer kan bæres av og spille sammen med omsorgens grunnvilkår, for den sårbare pasientens skyld.

Litteratur

- Bauman Z. *Moderniteten og Holocaust*. Oslo: Vidarforlaget, 2005.
- Durkheim É. *Moral education: a study in the theory and application of the sociology of education*. New York:, 1961.
- Førland O. Hvem tar seg av restene? I: *Engasjement og læring: fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribe Forlag, 2007 s. 291–313.
- Levinas E. *Otherwise than being, or Beyond essence*. The Hague: Nijhoff, 1981.
- Levinas E. *Den annens humanisme*. Oslo: Aschehoug, 1993.
- Levinas E. *Underveis mot den annen: essays av og om Levinas: debatt*. Oslo: Vidarforlaget, 1998.
- Levinas E, Nemo P. *Ethics and infinity*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press, 1985.
- Lov om helsetjenesten i kommunene, LOV-1982-11-19-66, 1982.
- Løgstrup KE. *Den etiske fordring*. København: Gyldendal, 1956.
- Løgstrup KE. *Norm og spontaneitet: etik og politik mellom teknokrati og diletantokrati*. København; Gyldendal, 1972.
- Løgstrup KE. *Ophav og omgivelse: betragtninger over historie og natur*. København: Gyldendal, 1984.
- Løgstrup KE. *Etiske begreber og problemer*. København: Gyldendal, 1996.
- Martinsen K. Sårbarheten og omveiene: Løgstrup og sykepleien. I: Bugge DP, Böwadt R, Sørensen PA (ed.), *Løgstrups mange ansigter*. København: Anis, 2005 s. 255–69.
- Nortvedt P. Den etiske fordring - omsorgens kjerne. I: Bugge D, Sørensen PA (eds.) *Livtag med den etiske fordring*. Århus: Forlaget Klim, 2007, s 175–88.
- Ruyter KW, Vetlesen A J. *Omsorgens tvetydighet: egenart, historie og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2004.
- Rønning R. *Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2004.
- Vike H, Bakken R, Brinchmann A, Haukelien H, Kroken R. *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2002.
- Østerberg D. *Sosiologiens nøkkelbegreper og deres opprinnelse*. [Oslo]: Cappelen, 1984.

Takk

Deltakerne i lesegruppen ved Haraldsplass diakonale høgskole, ledet av Kari Martinsen, takkes for givende og lærerike lesninger og samtaler gjennom flere år.

*Oddvar Førland
Haraldsplass diakonale høgskole
Ulriksdal 10, 5009 Bergen*

og

*Høgskolen i Bergen, Senter for omsorgsforskning, region Vest
Postboks 7030, 5020 Bergen
oddvar.forland@haraldsplass.no*

Omsorg for den samfunnsnyttige kroppen

Michael 2010;7:181-9.

Den franske filosofen Michel Foucault argumenterte for at ein har styrt moderne samfunn ved hjelp av samankoplingar mellom kroppslege praksisar og vitskap. Denne styringsforma kalla han disiplinering. I denne artikkelen argumenterer me for at den politiske argumentasjonen i siste halvdel av 1800-talet og starten av 1900-talet, om å legge om frå folkeleg til borgarleg reinsemd, kan ha vore ein lekk i eit omfattande politisk disiplineringsarbeid. Vidare argumenterer me for at dei kroppslege vaskenormene som oppstod i denne perioden, står ved lag i vår tid. Argumentasjonen byggjer på analyser av lærebøker i sjukepleie frå fortid og notid, på studiar om reinsemd i fortid og notid og på sosiologen Norbert Elias sin sosialiseringsargumentasjon.

Reinsemd og disiplinering

Denne artikkelen startar med ei innføring i den folkelege kroppsvasken som var vanleg i Noreg i siste halvdel av 1800-talet. Deretter ser me på den politisk korrekte borgarlege reinsemda som ein prøvde å allmenngjera i same periode. Avslutningsvis argumenterer me for at allmenngjeringa av den borgarlege reinsemda var ein lekk i eit omfattande politisk disiplineringarbeid. Argumentasjonen vert gjort i lys av franske filosofen Michel Foucault sine utleggingar av disiplinering.

I perioden 1970–1984 var Foucault oppteken av korleis ein styrte moderne samfunn, korleis ein skapte ro, orden, stabilitet og helse i samfunn som hylla fridom og borgarrettar (1: s.401–417). Foucault argumenterte for at helse fekk ein sentral plass i forminga av moderne statseiningar. Helse blei eit konkurransefortrinn, og legane fekk ei framskoten rolle i arbeidet med å hjelpe styresmaktene til å syte for sunne, sterke og produktive samfunnslemmar. Måten dette blei gjort på, kalla Foucault disiplinering (2: s.134–156).

Folkelege vaskepraksisar

Me tek det gjerne for gitt at det er nødvendig å vaska seg for å halda seg sunn og sterk, men i siste halvdel av 1800-talet hadde folk flest lita forståing for at det skulle vera nødvendig å vaska seg for helsa sin del. Dei vaska seg for å visa Gud og medmenneske respekt. Desse vaskepraksisane har den norske teologen Eilert Sundt gjort utførleg greie for i studien *Om Rensligheds-stellet i Norge* som kom ut i 1869. Sundt skriv at det i Noreg på 1860-talet ikkje var vanleg å vaska heile kroppen oftare enn til jul, og kanskje til påske og pinse. Til dagleg var det uvanleg at menn som arbeidde i primærnæringane vaska seg utan at det var spesielle grunnar for det. Menn som hadde eit offentleg embete som lærar, militær osv. burde derimot vaska ansikt og hender kvar dag.

Dei fleste kvinner var meir i kontakt med vatn enn menn, og i samband med koppevask etter frukost, tok dei gjerne kluten og tørka seg i ansiktet. Hovudregelen var at ein vaska seg når ein skulle pynte seg. Sjølv om det kunne variere kor mykje vask det var til dagleg, var det heilt uakseptabelt å la vera å vaska seg til helga, for denne reinsinga var ei høgtidleg førebuing til søndagen. Det varierte frå bygd til bygd kor omfattande laurdagsvasken var, men mange stader var det vanleg å vaska hovud, hals, bryst og armar til preikesøndag (3: s.290–328).

Vaskenormene som Sundt teikna ned i siste halvdel av 1800-talet ser ikkje ut til å vera spesielle for Noreg. Den svenske etnologen Jonas Frykman sin studie om reinsemd i Sverige i perioden 1880–1910 viser at svenske bønder heller ikkje hadde noko forståing for at det skulle vera skadeleg å la vera å vaska seg. Menneska gjekk alltid rundt med synlege restar av arbeidet på klede eller kropp, fiskarkonene lukta fisk og bøndene lukta fjøs. Skit blei rekna for å vera noko positivt. Dersom ein ikkje vaska seg så ofte, så fraus ein heller ikkje så lett. Smuss og utsondringar gav eit ekstra vern (4: s.159–172). Tolsemnda for ureine og luktande kroppar var ikkje berre eit nordisk fenomen. I læreboka *Notater om sykepleie* som Florence Nightingale gav ut i 1860, ser me at det same var tilfelle i England. Nightingale var oppgitt over folk som skrytte over at dei ikkje hadde vaska anna enn hender, hovud og andlet (5: s.136).

Eilert Sundt argumenterte for at norske bygdefolk hadde ei rituell forståing av kroppsvask på 1860-talet. I den rituelle forståinga av reinsemd var kroppsvask ei symbolsk handling som markerte at ein vende seg mot kviledagen, Gud og medmenneska. Sundt meinte at den rituelle forståinga av reinsemd hadde røter i førkristen norrøn tid (3: s.46–75). No kan det vera at det ikkje berre var i Norden ein hadde rituelle oppfatningar av reinsemd, for den franske historikaren Georges Vigarello som har gjort omfattande studiar av reinsemd i Paris frå seinmiddelalderen og fram mot vår tid, argu-

menterte for at på den tida rekna dei med at det var Gud som reinsa, ikkje vatn. Dette synte seg blant anna ved at sjukepleiarar i Paris ikkje rørde ved dei som kom til hospitalet før dei hadde teke mot nattverden. Når dei var reinsa for synd kunne dei først til sengs.

Trass i at ein ikkje vaska seg for å fjerne skit og kroppslege avfallsprodukt, kunne folk setje pris på bad i middelalderen. Bad i private bustadar symboliserte rikdom, medan offentlege bad gjerne blei assosierte med speglede og prostitusjon. I 1292 var det 26 badehus og dampbad i Paris, og på 1400-talet var dei vanlege over alt i Paris. Ein bada ikkje for å halde seg frisk, men for nyttinga sin del (6: s.21–27, 45–48).

Den tyske sosiologen Norbert Elias argumenterte for at ein hadde eit anna syn på kroppen i middelalderen, enn det me er vane med i vår tid. På den tida var det vanleg at nakne kroppar var nær på ein annan i Europa. Fleire sov i same seng. Dersom nokon hadde nattklede på, kunne det vekka mistanke om at dei hadde defektar å skjula. Seksuallivet var så openlyst at alle barn visste korleis slikt gjekk føre seg (7: s.149–155).

Borgarleg reinsemd

På 1500-talet tok det til å veksa fram nye oppfatningar om kva som var sømlege kroppslege praksisar. Tendensen skaut fart frå 1600 til 1800-talet, parallelt med framveksten av moderne industrisamfunn. Endringane starta fyrst i dei øvre sosiale sjikta og gjekk langsamare lenger nede på den sosiale rangstigen. Det vart meir kontroll av seksualdrifta og den skulle skjulast. Gradvis dukka det opp nattklede og ein prøvde å laga avstand mellom sengene. Dei som hadde råd til det begynte å sova i separate soverom. Det blei argumentert for at dei nye vanane var viktige for helsa sin del (7: s.226–295).

Helse blei også brukt som argument for å få slutt på utskeingane som fylgde med fellesbada. Det blei argumentert for at ein kunne få ei rekkje sjukdommar og plager dersom ein bada. Det blei sagt at vatnet kunne trekka inn i kroppen og gjera skade og at kvinner kunne bli gravide om dei bada i same vatn som menn. I 1692 var det berre nokre få offentlege bad att i Paris (6: s.9–27).

På midten av 1700-talet tok borgarskapet i Paris så smått til å vaska seg igjen fordi dei trudde at kalde bad kunne styrkja kroppen gjennom mekaniske muskelsamantrekkingar og betra blodsirkulasjon. Kalde bad var det opplyste borgarskapet sin symbolske protest mot aristokratiet sine varme bad i luksuriøse baderom i same periode.

Førestillingar om korleis kalde bad gjorde kroppen sterk som stål, styrkte borgarskapet sin iver etter makt uavhengig av blodsband. Dei kalde bada blei ikkje utførte for å halda huda rein, men etter kvart blei det argumentert

for at ein burde vaska huden med kaldt vatn for å fremma gassutvekslinga. I forlenginga av denne argumentasjonen blei det hevda at det var uheldig med sminke, parfyme, tronge klede og korsett. Den borgarlege enkle stilen var samstundes ein protest mot det verdsvante, sminka, forfina, jålete, mjuke, svake aristokratiet.

I fyrste halvdel av 1800-talet var det ikkje lenger nok å vaske seg med kaldt vatn og å fjerne sminke og anna som kunne hindre gassutvekslinga i huden, i tillegg begynte ein å argumentere for at det var nødvendig å vaske huden med varmt vatn. Kroppsvasken burde finna stad i einarom, og frå 1830-talet vart alle hus i velståande bydelar i Paris utstyrte med bad. Kring 1880 blei idealet i Paris at badet skulle vera i tilknytning til soverommet, etter modell av amerikanske hotellrom.

Samstundes som borgarskapet argumenterte for at kroppsvask var nødvendig for helsa sin del, var kroppsvask problematisk på grunn av den kroppslige berøringa som slike praksisar innebar og på grunn av det ein såg. I tillegg til å vaska seg i einarom, dukka det opp tilrådingar om å lata att augo ved nedantilvask. Ein var redd for at varme bad skulle vekke til live seksuelle lyster, og til og med små barn laut bada iført skjorte (6: s.112–130,156–176, 215–218).

Kroppsvask og seksualitet ser ikkje ut for å ha vore mindre problematisk i Sverige. Frykman (1994: s.185–221) fortel at det svenske borgarskapet brukte eit velkontrollert livsmønster og ikkje minst kroppslig reinsemd til å markere distanse til fattige arbeidarar og bønder. I perioden 1880–1910 blei det argumentert for at gode borgarar burde vaske heile kroppen kvar dag - i alle høve bada ein gong i veka. Kvinnene måtte læra å vaska seg med klut, såpe og vatn utan å ta av seg undertøyet. Det var ufint å gje til kjenne at ein hadde kjennskap til korleis menneske såg ut under kleda. Ein måtte lata som om ein ikkje eingong visste at kvinner hadde to bein.

På 1860-talet ser det ut for at dei borgarlege kroppslige normene er i ferd med å slå rot i Noreg. I 1869 skriv i alle høve Sundt at skikken med at kvinnene vaska mennene på laurdagskvelden, heldt på å bli avvika på 1860-talet fordi denne vaskepraksisen blei rekna for usømeleg. Før den tid var det gjerne slik at husmora vaska ektefellen, systrer vaska brør og tenestegjeter vaska tenestegutar (3: s.295, 320).

Allmenngjeringa av borgarleg reinsemd

Den borgarlege kroppsvasken kunne vera ei symbolsk markering av klasse. I samband med industrialiseringa og omlegginga til marknadsøkonomi auka klasseskilnadane. Eigedomslause bønder og arbeidarar blei svært fattige, medan borgarar som eigde jord og bedrifter hadde store gevinstar av mar-

knadsøkonomien. Det var få som brydde seg om dei elendige levekåra til fattigfolk før det blei så ille at produktiviteten var truga. Då blei det sett i verk politiske tiltak som skulle syta for helsa til fattigfolk i form av lysare og luftigare bustader, avlaussystem, vasstiltførsel og liknande (8: s.169–181, 9: s.88, 90). Samstundes blei det sett eit moralsk fokus på levesettet til dei fattige, der reinsemda hadde stor kraft (10: s.79–122). Intensjonen var ikkje noko mindre enn at ein skulle endra fattigfolk ved å få dei til å leggje seg til nye kroppslege reinsemdsvanar. Tanken var at den som blei van med reinsemd, fekk vanen med orden og disiplin og ville oppføra seg i pakt med makthavarane sine interesser. Reinsemda til dei fattige var eit symbol på moralen deira og ein garanti for orden. Derfor blei dei fattige arbeidarane opplærde til å vaska seg i pakt med borgarlege reinsemdsideal, og det vart utarbeidd detaljerte føreskrifter for korleis det skulle gjerast med minst mogeleg vatn.

Frå Paris veit me at det kring 1850 blei sett i verk sanitære tiltak i form av billege bad. For at bada skulle bli så rimelege som råd, fekk ikkje fattigfolk bada meir enn 30 minuttar, temperaturen på vatnet var så låg som forsvarleg og automatiske stoppekrantar sytte for at det blei brukt så lite vatn som mogeleg. Etter kvart kom ein til at det blei for dyrt å gjera bad tilgjengeleg for fattigfolk. Dusj var billegare. Eksperimentet med dusj blei fyrst utprøvd i fengsel, og etter 1880 blei dusjceller med forheng installerte som offentlege badeinnretningar i fattige bydelar. Desse dusjinnretningane som var berekna på massene, stod i skarp kontrast til borgarskapet sine private baderom. For dei fattige var det ikkje snakk om større privat rom kring seg (6: s.192–201, 215–225).

Florence Nightingale som forfatta den fyrste læreboka i moderne sjukepleie i 1860, argumenterte for at alle kunne halda seg reine. Ein trong ikkje kostbare sanitære innretningar som bad eller dusj. Det var nok med ei mugge vatn og ein klut (5: s.138).

Det var denne rimelege kroppsvasken som nedfelte seg i den daglege sjukepleia. Analyser av norske lærebøker i sjukepleie viser at vask og stell av synlege kroppsdelar som ansikt, hender, hår og munn blei rekna for å vera viktigast i den daglege pleia før 1911 (11: s.33–35, 12: s.10, 13: 3). I tillegg burde heile kroppen vaskast ein gong i veka. Samstundes som desse lærebøkene argumenterte for meir kroppsvask enn det som var vanleg blant alminnelege folk på den tida, er dei prega av dei folkelege oppfatningane om at det var viktigast at synlege kroppsdelar var reine (jf. folkelege vaskepraksisar ovanfor). I 1911 kom det ut ei revidert utgåve av Waage si lærebok frå 1901, der det vart argumentert for at tildekka kroppsdelar som setet, ryggen, armholene, analregionen, skrevet, lyskene og hos kvinner

foldane under brysta, også burde vaskast kvar dag (14: s.82). Argumentasjonen for meir omfattande dagleg kroppsvask var truleg uttrykk for at toleransen for lukt var blitt mindre i Noreg på den tida (15: s.106–107).

Dei daglege vaskenormene frå 1911 står ved lag i sjukepleia i vår tid. Det viste seg ved observasjonar og intervju i ein norsk sjukeheim i 2002 og 2006. Der vart det forventa at alle pasientane såg velstelte ut og at dei ikkje lukta vondt. I denne samanhengen var det vanleg at pasientar fekk hjelp til å vaska hender, ansikt, armholer, bryst, rygg og området nedantil kvar dag. I tillegg blei håret kjemma eller børsta om morgonen og tennene blei pussa om kvelden. Kvar 14. dag blei pasientane dusja. Det var lite rom for pasientar som ynskte å dusja oftare, sjølv om både pasientar og pleiarar kunne meine at heile kroppen burde vaskast ein gong i veka. Dusj tok lenger tid og kosta meir enn kroppsvask ved hjelp av klut og vaskefat.

Det var heller ikkje større rom for pasientar som ikkje ville dusje. Det kunne bli brukt både press og tvang for å få pasientar til å dusja og pussa tennene sine (15: s.110–118.) Vaskepraksisane i sjukeheimen var i pakt med normene for minimumskroppsvask, slik dei blei uttrykt i den mest brukte læreboka i grunnleggjande sjukepleie våren 2005, bortsett frå at læreboka argumenterer for at håret burde vaskast minimum ein gong i veka (16: s.13–97).

Å vaska og tørka kroppen inneber avkledning og kroppsleg berøring. Me har sett at denne avkledinga og berøringa blei problematisk i moderne industrisamfunn (jf. 3, 4, 6). Den same problematiseringa finn me allereie i den fyrste norske læreboka i sjukepleie. Der argumenterer Nissen for at diakonissa måtte sleppe å utføra oppgåver som kunne såra den kvinnelege blygselen, som for eksempel å kateterisera eller bada menn (11: s.23). Kaurin (9: s.8) argumenterer for at sjukepleiaren ikkje måtte tillata kåt spøk eller lettferdig tale i pleie av det motsette kjønn, men alltid i samtale og i alle sine gjeremål bevara den *sanne, kvinnelige bluferdighet* og utføre alt arbeidet sømeleg og ordentleg.

I den tredje norske læreboka i sjukepleie som kom ut i 1901 unngjekk ein problematiseringa av kjønn ved å argumentere for at pasienten burde vaske seg sjølv så sant han var i stand til det. Om pasienten ikkje klarte det sjølv, skulle sjukepleiaren hjelpe han (13: s.3, det same står i 1911-utgåva). Lærebøkene argumenterte for at kroppen ikkje burde avdekkast meir enn det som var høgst nødvendig for å få gjort reint (9: s.9, 10: 3–4, 11: s.3–4). Observasjonane og intervjuane som blei gjennomført i ein norsk sjukeheim i 2002 og 2006, viste at forventingane om aseksualitet ved kroppsvask i sjukepleia står ved lag i vår tid (15: s.146–151).

Samankoplingar mellom kroppslege praksisar og vitskap

Foucault argumenterer for at kontroll over seksualiteten hadde ein sentral plass i forminga av moderne industrisamfunn, og legane fekk ei sentral rolle i arbeidet med å syte for vitskapleg legitimering av det som blei rekna for samfunnsnyttig kjønnsleg omgang. I pakt med styresmaktene sine interesser konstruerte legane vitskapsbaserte samband mellom avvikande seksualitet og sjukdom og hevda at ein kunne få dei verste sjukdommar om ein drøymte om, tenkte på eller praktiserte andre former for seksualitet enn den ekte-skaplege som føregjekk bak lukka soveromsdører (17: s.13–14, 62–86).

På same vis som legane hevda at avvikande seksualitet var helsefearleg, vart det hevda at det kunne vera kausale samanhengar mellom ureinsemd og sjukdom. Medisinske forskarar på midten av 1800-talet meinte den forferdelege ureinsemda i norske bygdesamfunn var årsaka til at det var så mange spedalske der. For å underbyggja ureinsemda vitskapleg blei det lyst ut ei prisoppgåve om *Det kvindelige stell* på Vestlandet. Reinsemda blei rekna for kvinnene sitt ansvar. Sundt svarte på prisoppgåva gjennom studien *Om renligheds-stellet i Norge*. Han som i utgangspunktet hadde støtta legane sitt syn på bygdefolk si ufyselege ureinsemd, endra syn etter kvart som han såg kor fattige bygdefolk var og kor lite dei hadde å klara seg med. Folk flest hadde verken vaskefat, handdukar eller såpe. Sundt tilbakeviste legane sine påstandar om at manglande reinsemd var årsaka til at mange på Vestlandet var spedalske. Han forsvarte kvinnene og argumenterte for at dei gjorde det beste ut av dei vanskelege levekåra (3: s.11–20, 300).

Sundt fekk ikkje den utlova prisen. Det blei argumentert med at han ikkje hadde svart på oppgåva, men det var vel ikkje det som låg bak styresmaktene sin misnøye med studien. Sundt hadde dokumentert bygdefolk sine reinsemdspraksisar, men han hadde gjorde det på ein slik måte at det blei ein kritikk av den samfunnsordninga som gjorde bygdefolket fattige. Gjennom studien blei det klart for Sundt at marknadsøkonomien som hadde fått stort innpass i samband med industrialiseringa, var ein stor fordel for dei som eigde noko, men ein tragedie for eignedomsause fattigfolk. Det var ikkje det makteliten ynskte å høyra. Slik forskning kunne ikkje brukast som argument for å få bygdefolk til å leggje om frå folkeleg til borgarleg reinsemd, men heller som argument for politiske endringar. Dette var så trugande for styresmaktene at Sundt verken fekk den utlova prisen eller lov til å halde fram som forskar (18).

Medan Sundt talte makta midt imot, viser norske lærebøker i sjukepleie frå slutten av 1800-talet og starten på 1900-talet at sjukepleiefaget støtta opp under legane og styresmaktene sitt syn på reinsemd (11, 12–14). Den politiske konteksten som dei detaljerte vaskeforskriftene i lærebøker i sjuke-

pleie oppstod i, kan tyda på at kroppsvask i sjukepleia har vore ein lekk i eit omfattande politisk disiplineringsarbeid (jf. ovanfor).

I studien *Overvåkning og straff* frå 1975 argumenterer Foucault for at ein har styrt moderne statar ved å sikra seg herredøme over kroppen. Ved hjelp av forskrifter og kontrollering av ørsmå kroppslege detaljar har ein teke kontroll over individa og utnytta dei politisk (19: s.125–130). Dei detaljerte vaskeforskriftene som moderne sjukepleie forfekta på slutten av 1800-talet/starten på 1900-talet, står ved lag i vår tid (16: s.23–82). Det er lite rom for pasientar som ikkje vil innretta seg etter gjeldane vaskenormer (15: s.99–159). Dette kan tyde at disiplineringa av kroppen er minst like stor i vår tid som den gongen moderne sjukepleie med tilhøyrande kroppsvask blei etablert.

Litteratur

1. Schaanning E. *Kommunikative maktstrategier: rapporter fra et tårn*. Oslo: Spartacus, 1993.
2. Foucault M. *The Birth of Social Medicine*. I: Faubion JD, ed. *Power*. London: Penguin Books, 1994.
3. Sundt E. *Om renligheds-stellet i Norge*. Oslo: Gyldendal, 1975/1869.
4. Frykman J. *Hel og ren*. I: Frykman J, Löfgren O, eds. *Det kultiverte mennesket*. Oslo: Pax Forlag, 1994.
5. Nightingale F. *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget, 1997/1860.
6. Vigarello G. *Concepts of Cleanliness: changing Attitudes in France since the Middle Ages*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
7. Elias N. *Sedernas historia*. Del I av *Norbert Elias civilisasjonsteori*. Stockholm: Atlantis, 1989/1939.
8. Martinsen K. *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2003/1989.
9. Sydnes T. *Centrale ideer i Florence Nightingales sykepleiefilosofi*. I: Birkelund R, ed. *Omsorg, kald og kamp Personer og ideer i sykepleiens historie*. København: Gyldendal, 2001.
10. Schiøtz A. *Folkets helse - landets styrke 1850–2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
11. Nissen R. *Lærebog i Sygepleie for Diakoniser*. 1. utg. Oslo: Gyldendal, 2000/1877.
12. Kaurin E. *Sygepleiersken: kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd*. Kristiania: Cammermey, 1879.
13. Waage HR. *Lærebog i sygepleie*. Kristiania: I kommisjon hos H. Aschehoug & Co, 1901.
14. Waage HR. *Lærebok i sykepleie*. 2. utg. Kristiania: I kommisjon hos H. Aschehoug & Co, 1911.
15. Boge J. *Kroppsvask i sjukepleia*. Universitetet i Bergen, 2008.
16. Kristoffersen NJ. *Generell sykepleie 3*. 7.oppl. Oslo: Universitetsforlaget, 2004/1996.

17. Foucault M. *Seksualitetens historie 1. Viljen til viten*. Oslo: Pax, 1995/1976.
18. Christophersen HO. Eilert Sundts studier av renslighetsstellet i Norge. I: Sundt E. *Om renslighets-stellet i Norge*. Oslo: Gyldendal, 1975.
19. Foucault M. *Overvåkning og straff: det moderne fengsels historie*. 3. utg. Oslo: Gyldendal, 1999/1975.

Jeanne Boge

Førsteamanuensis, dr. polit,

Institutt for sykepleie, Høgskolen i Bergen.

Kari Martinsen

professor, dr. philos,

Institutt for sykepleie, Høgskolen i Harstad/Haraldsplass diakonale høyskole.

Kjell Kristoffersen

professor, dr. polit.,

Universitetet i Agder, Fakultetet for helse og idrettsfag, Institutt for psykososial helse.

Når menneske vert «kalkulerbare ting» – om Skjervheim si tenking og geriatrisk helseteneste

Michael 2010; 7: 190-7.

Den norske filosofen Hans Skjervheim er mellom anna kjend for sine tankar om dialog mellom menneske. Vi tek utgangspunkt i delar av Skjervheim si tenking og drøftar korleis filosofisk tankegods kan vera relevant og opplysende i dagens kliniske kvardag. Vi brukar ei erfaring frå ein geriatrisk pasient sitt møte med helsetenesta som eksempel og omdreingspunkt i diskusjonen.

Dialogen i helsevesenet i lys av Skjervheim si tenking

Den norske filosofen Hans Skjervheim (1926–1999) «var samtala sin mann» (1, s. 24), ein av pionerane i samfunnsfilosofi og vitskapsteori i det førre hundreåret. Han var med på å gjera filosofien til ein levande del av dagleglivet vårt ved å flytta den ut i det offentlege rommet (2). Det er sagt om Skjervheim at han var «en venn av den annens tanke» (3, s. 21).

Skjervheim sine filosofiske tekstar er omfattande. Vi vil difor avgrensa diskusjonen med å sjå på ein del av Skjervheim sin filosofi, det såkalla *symmetriprinsippet* si betydning for dialog. I diskusjonen vil vi ta utgangspunkt i møte mellom den gamle pasienten og helsearbeidaren. Vi ynskjer å utforska spenningar og utfordringar i møte mellom helsepersonell og den gamle pasienten, og å drøfta på kva måte Skjervheim si tenking kan rettleggja oss i slike komplekse møte.

Skjervheim og dialogen

For å få eit grep om Skjervheim si utlegging om symmetriprinsippet og ulike former for dialog, skal vi først visa til det grunnlaget denne tenkinga

er bygd på. Skjervheim sitt utgangspunkt er ein kritikk av vår forståing av korleis vi kan skaffa oss kunnskap om den sosiale verda. Den kritikken er spissformulert i omgrepet det «instrumentalistiske mistaket» (4). Med metaforen «det instrumentalistiske mistaket» får Skjervheim oss til å forstå at ein instrumentell tenkjemåte fungerer godt når vi utforskar naturprosessar eller arbeider med naturprodukt som tre og stål, men at ei slik tilnærming vert eit mistak når det er tale om å få kunnskap om det tenkjande mennesket. Sentralt i kritikken hjå Skjervheim var at det er feil å bruka dei prinsippa som gjeld i naturvitskapane når ein skal studere menneske. Dersom vi overser skiljet mellom menneske og teknologi, kan vi enda med å «plassera alle andre som faktorar i vårt reknestykke; andre vert for oss kalkulerbare ting» (4, s. 247). Eller sagt på ein annan måte, *andre* vert for oss *objekt*. Skjervheim sitt poeng, slik vi forstår det, er at i møte med *menneske* må vi tenkje på ein annan måte enn i møte med *ting*.

Det er denne «andre» måten å tenkja på som kjem til syne om ein tek utgangspunkt i symmetriprinsippet til Skjervheim. Symmetriprinsippet handlar om at «det som gjeld for meg gjeld også for deg, med mindre det er klare grunnar til noko anna» (5, s.54). Eit slikt prinsipp får konsekvensar for måten vi menneske er i dialog med kvarandre på.

Skjervheim gjer greie for måtar vi kan møte kvarandre på gjennom det han kallar ein *tre-ledda* relasjon. I ein *tre-ledda* relasjon inngår tre element, den andre, eg og saka. *Eg* og *den andre* er subjekt og det objektet vi har til diskusjon er *saka* eller problemet. Eg tek del i og let meg engasjera av den andre sine vurderingar av problemet. I ein slik dialog er vi begge med-subjekt og likeverdige dialogpartnarar. Eg og den andre er felles om noko tredje. Å ta den andre alvorleg er det same som å vera viljug til å ta meiningane hans opp til ettertanke, eventuelt til drøfting (4).

Ein *to-ledda* relasjon kan oppstå på fleire måtar og av ulike grunnar. For det første, dersom det ikkje er symmetri mellom dialogpartane, er det fare for at den eine kan fortolka den andre som objektet i staden for å sjå sjølv saka som objektet (4). Då har vi eigentleg alt på førehand objektivert den andre. Dermed er det ikkje lett å ta det han seier alvorleg. Ei slik tolking av ein annan person hindrar utvikling av den *tre-ledda* dialogen, der vi er i dialog om saka. For det andre kan ein *to-ledda* relasjon oppstå dersom eg ikkje let meg engasjera av problemet, eller bryr meg om saka det vert samtala om, eg berre konstaterer det den andre seier som eit faktum (4). Å gjera den andre sine meiningar til fakta er også ein måte å objektivere den andre på. Denne objektiveringa oppstår fordi vi ikkje er i ein reell dialog om ei sak.

Skjervheim (4) hevdar vidare at om den *to-ledda* dialogen vert dominerande, går ein til åtak både på den andre sin fridom til å ha sine meiningar

og sine vurderingar, og på sjølvforståinga hans. Ein skjønar seg betre på den andre enn den andre skjønar seg sjølv, ein skaffar seg herredøme. Dersom den andre freistar å ta att, vert det ein strid om herredømet. I ei to-ledda samtale vert påstandane til den som har herredømet fakta, dermed er det ikkje interessant å engasjera seg i den andre sine meiningar om saka.

Problemet i ein to-ledda dialog er ikkje berre at ein objektiviserer den andre og ikkje engasjerer seg i saka. I følgje Skjervheim fører objektivisering av den andre også til ei objektivisering av ein sjølv (6). Å objektivisera eit anna menneske gjev ei form for bumerang-effekt, der det å sjå på eit medmenneske som eit objekt i neste omgang treffer ein sjølv. Dermed får ein eit dobbelt trugsmål mot samtala om saka.

Eit eksempel

For å utforske korleis Skjervheim sine tankar om dialog er relevante i dagens helsevesen, skal vi ta utgangspunkt i eit eksempel frå klinisk praksis. Dømet er konstruert, men inneheld nokre typiske element som vi har erfaring for har skjedd og skjer i dagens helsevesen.

Hanna Olsen på 85 år vert innlagt på medisinsk avdeling fordi ho dei siste dagane har hatt korte episodar av forvirring, spesielt om natta. Fru Olsen har litt feber, og i avdelinga vert det oppdaga ein infeksjon i kroppen. Ho vert behandla for denne og det vert bestemt utreise etter eitt døgn i avdelinga. Fru Olsen har siste året «tapt seg litt» som ho sjølv uttrykkjer det. Då pårørande kjem til avdelinga for å følgje mora heim, er ho fortvila, oppkava og vil «fortast mogleg komme seg heim». «Eg har aldri vore skuleflink», seier ho, og fortel at ho kjenner seg heilt mislykka som ikkje klarer å telje baklengs frå 100 og stava eit enkelt ord baklengs. Det viser seg at før utreise har fru Olsen gjennomgått ein mini-mental status evaluering (MMSE).

Denne korte forteljninga kan analyserast på fleire måtar, for eksempel i lys av geriatrisk medisinsk og pleiefagleg kunnskap om eldre, eller den kan føra inn i ein diskusjon om bruken av MMSE som diagnostisk verktøy. Desse diskusjonane skal vi la liggja, og konsentrera oss vidare om ei drøfting av grunnlaget for dei trugsmåla mot dialogen forteljninga ber i seg, både for pasienten og for helsearbeidaren. Vi vil i diskusjonen fletta inn refleksjonar om korleis ein kan leggja til rette for ein tre-ledda dialog.

Tek vi utgangspunkt i forteljninga, kan det sjå ut som om denne pasienten føler seg krenkt på ein eller annan måte. Krenking er ei negativ kjensle som står i sterk kontrast til helsetenesta sitt mål om å bidra til helse og helbreding og til å lindre lidning. Korleis kan slike situasjonar oppstå? Kva kan vi forstå

om eigen fagutøving om vi let denne situasjonen verte gjennomlyst av Skjerheim sitt tenkjesett?

Pasient og gamal – ein dobbel trussel mot dialogen

Om vi tek utgangspunkt i Skjervheim sin språkbruk, kan denne situasjonen tolkast som eit eksempel på ein to-ledda kommunikasjon der fru Olsen vart gjort til eit objekt som skulle testast ut. Tanken bak var truleg den beste, å sikra så god helseteneste til fru Olsen som mogeleg var. MMSE-testen skulle kunna avdekkja opplysingar om tilstanden hennar. I denne situasjonen var «saka» fru Olsen sin helsetilstand, og ideelt sett skulle den som utførte testen og fru Olsen vera i ein likeverdig dialog om denne «saka». Truleg var det ikkje ein slik likeverdig dialog der fru Olsen si forståing for situasjonen vart lytta til, forstått og teken på alvor. Kanskje var det heller slik at helsearbeidaren definerte «saka» og korleis dei skulle skaffa seg kunnskap om den. Pasienten vart dermed brukt som middel for om mogeleg å avdekkja ein diagnose. Kanskje var det heller ikkje eit engasjement i sjølve saka, berre ei jakt på å stadfeste eit faktum ved hjelp av ein test.

Når ein slik situasjon kan oppstå i norsk helsevesen, kan vi forstå dette på fleire måtar. For det første kan det handla om at det å vera pasient i seg sjølv inneber å vera i eit asymmetrisk forhold til helsearbeidaren. Helsepersonell har i kraft av sine kunnskapar ein «overordna» posisjon. Det skal dei sjølvsagt ha, helsepersonell utan fagleg kunnskap er ingen tent med, men det betyr ikkje at helsearbeidaren som menneske er pasienten overlegen. Som dialogpartnarar er dei likeverdige.

Om fokus vert retta mot *saka*, der to subjekt, pasienten og den tilsette saman drøftar *saka*, kan helsearbeidaren sin kunnskap verta formidla til pasienten og verta korrigerd av det som han eller ho veit om seg sjølv og sin eigen helsetilstand. Let vi Skjervheim rettleia oss her, har vi høve til å utvikla haldningar som rettar seg mot saka, der pasienten kan vera ein dialogpart i diskusjonen. I eksempelet med fru Olsen kunne dette innebera ei samtale der ho opplevde unik interesse for kva ho tenkte og meinte om situasjonen sin. Ho hadde sjølv opna opp for ei slik samhandling ved å fortelja at ho hadde tapt seg i det siste. Det kunne gje opning for ei samtale om kva ho meinte med ei slik utsegn. Ved å lytte til fru Olsen sine forteljingar om kva ei oppleving av å ha tapt seg innebar for henne, kunne «saka» vore sett frå fleire sider.

Nyare forskning tyder på at ein slik måte å vera på overfor pasienten er vanskeleg og krevjande. I ein studie av forholdet mellom sjukepleiar og pasient viser Zoffman og Kirkevold (7) at sjukepleiaren samhandlar med pasienten på tre ulike måtar, der berre den eine måten kalla «I-you sorted

mutuality» inneber ei samhandling om «saka». Den vanlegaste måten å samhandle på er enten som distansert helsearbeidar eller med ei form for utydeleg sympati (7) der «saka» ikkje får forrang.

For det andre kan dette handla om at det å vere gamal ytterlegare forsterkar asymmetrien mellom helsearbeidar og pasient. Den svenske sosiologen Tornstam (8) hevdar at vi har ein tendens til å sjå ned på eldre og oppleve deira vurderingsevne og kunnskap som utdatert. For å halda oss i Skjervheim sin språkbruk, kan vi seia at når ein som helsearbeidar står overfor ein gamal pasient, kan ein koma i skade for å tenkja at det som gjeld for meg *ikkje* gjeld for deg, fordi du er gamal og tenkjer og handlar annleis. Om dette stemmer, er det å vera geriatrisk pasient ein ekstra trussel mot dialogen om «saka».

For å halda fast på «saka» krev dette at helsearbeidaren har eit gjennomtenkt forhold til eigne haldningar overfor eldre og alderdom. Det inneber at helsearbeidaren lyttar og gjer sitt beste for å forstå den gamle sitt tankesett og måte å formidla seg på. Det krev at helsearbeidaren forstår at det som gjeld for den gamle, er å bli behandla som eit likeverdig menneske, sjølv om dei tenkjer og handlar på måtar som ikkje alltid stemmer overens med det yngre menneske oppfattar som «rett». Om ein i slike tilfelle kunne rette merksemda mot sjølve «saka», ville det at ein har framfor seg ein eldre person komme i andre rekkje, verta mindre viktig. Sagt på ein annan måte: Skjervheim si tenking kan hjelpe oss til å sjå appellen frå «saka» og dermed setja til side ei generell negativ haldning til eldre.

Ein to-ledda dialog – ein trussel mot kompetansen til sjukepleiaren?

Så langt i diskusjonen har vi prøvd å visa kor fort gjort det er at ein dialog kan bli to-ledda, og dermed gjera pasienten til eit objekt (4). Problemet har så langt berre sett ut som eit problem som er gyldig for pasienten. Dette stemmer ikkje slik Skjervheim legg ut konsekvensen av ein to-ledda dialog. Som tidlegare nemnt er objektivisering av den andre, ifølgje Skjervheim, også ei objektivisering av ein sjølv. Med andre ord er det like stor fare for at også helsearbeidaren vert eit objekt. Problemet er at objektiviseringa av helsearbeidaren ikkje er like synleg, fordi ein helsearbeidar alltid har herredøme på grunn av kunnskap og makt i situasjonen.

Å ha herredøme inneber at ein frårøvar seg høvet til å ta lærdom av møtet med den andre. Først når eg tillet meg å verta engasjert, opprørt, glad eller nedtrykt av menneskas tiltale, vedkjem den andre meg. Først når den andre vedkjem meg, kan eg gjera meg håp om å forstå. Eg må stilla meg open for inntrykk, slik at den andre kan *gjera* inntrykk (9, s. 181).

Skjervheim oppfattar nettopp det å vera engasjert som ein grunnstruktur i det menneskelege tilværet, og meiner at «avlysing» av engasjement medfører at vi misser vesentleg kunnskap. Slik vi tolkar Skjervheim, er hans sentrale bidrag å klargjera forholdet mellom det objektive og det subjektive, og å vise kor nødvendig den subjektive tenkjemåten er når vi skal freista å forstå eit anna menneske.

Tek vi utgangspunkt for eksempel i sjukepleiefaget, har ambisjonen om profesjonalisering gjennom vitskapleggjering vore framtreddande dei siste åra. Å fremma objektiv kunnskap har vore eit viktig vegval i så måte (10, s. 25). I dei seinare åra har vi sett eit auka påtrykk om evidensbasert klinisk praksis, ikkje minst gjennom intensivert satsing på forskingsbaserte retningslinjer, vegleiarar og standardiserte behandlingsprogram (10; 11). No er ikkje vårt poeng her at objektiv kunnskap er unyttig eller lite brukbar, til sitt bruk er den heilt naudsynt. Problemet melder seg først når slik kunnskap får så stor plass at den ikkje gjev rom for den subjektive kunnskapen eller tenkjemåten. Ekeland (10) åtvarar mot denne utviklinga, der behandlingsrelasjonane kan endra seg frå å vere kommunikative og dialogiske, til å bli instruerande og monologiske.

Det er nettopp her Skjervheim sine tankar om den tre-ledda dialogen kjem inn som eit fagleg korrektiv. Skjervheim får oss til å forstå kor viktig der er å samtala med den som har «problemet», for å utvide vårt faglege fundament som helsearbeidarar. Om vi berre gjer bruk av den to-ledda dialogen, går vi glipp av viktig kunnskap, og grunnlaget for handlingsval kan bli for skrint eller direkte feil.

Skjervheim og geriatri

Dei siste tiåra har vi i norsk helsevesen hatt sterke politiske føringar med utgangspunkt i tenkjemåtar om «brukaren i sentrum» og «brukarmedverknad». Ein slik tenkjemåte ber med seg ei rekkje premissar, mellom anna ein aktiv, sjølvstendig og «kompetent» brukar. Desse tenkjemåtane er mellom anna nedfelt i pasientrettigheitslova, der ein gjennom lovverket har freista å styrka pasienten sin rett til medverknad (12).

Til tross for slike nye ideologiske vendingar viser forskning at ekspertvurderingar har ein tendens til å få forrang framom eldre brukarar sine egne oppfatningar, både på sjukehus (13) og i heimetenestene (14). Sjuke, gamle pasientar har ofte vanskeleg for å fremma krav og å setja fram ønske og behov. Mange eldre «tillempar» seg, dei er vane med å ta til takke med lite. Held vi oss i Skjervheim sin språkbruk, kan vi hevda at denne forskinga viser kor lett det er å blanda saman brukaren og saka når ein har med eldre menneske å gjera. Konsekvensane vert at ein handsamar subjekta som om

dei var objekt, og då kjem ein «ikkje berre på kant med etikken, det blir også dårleg hjelp av det, og umyndiggjering meir enn myndiggjering», slik Ekeland og Heggen (15, s. 26) så treffande formulerar det.

Impulsane frå Skjervheim tykkjest vera særst relevante i ei tid med aukande tal hjelpetrengjande eldre, mange av dei med såkalla «uløyselege» problem, det vera seg språkvanskar, uro og endra sjølvbilete - problemstillingar som set store krav til helsearbeidarens evne til samhandling. Menneska har ulike perspektiv på ting, og for å kunne forstå den andre, må vi ta den andre sine påstandar på alvor. Eit subjekt må kunne halde seg til eit anna subjekt, uttrykte Skjervheim (4). Då trengs ein tre-ledda dialog.

Skjervheim aktuell i geriatrisk praksis i dag

Etter mange års arbeid med geriatrike problemstillingar trur vi det er vanskeleg eller umogeleg å utvikla seg sjølv som fagperson utan at ein set seg i situasjonar som engasjerer. Lar ein seg engasjera av saka, som i kortform handlar om å betra helse og lindre liding, vil også det geriatrike fagfeltet verta ei spanande fagleg utfordring.

Dialogen med eldre vil utfordra helsearbeidaren til å sjå livet til dei gamle i dag i lys av dei mange forteljingar som dei ber med seg. Til liks med mange av tenkjarane innan humaniora kjem Skjervheim med verdifulle innspel, slik at pasienten, mennesket, kan få trå fram og komme til orde. Såleis vil Skjervheim si tenking om mellommenneskelege relasjonar vere eit vesentleg grunnlag og danne eit viktig tilskot til helsefagleg praksis også i dag.

Litteratur

1. Martinsen K. *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Akribe, 2005.
2. Hellesnes J. *Den siste åttuariga frå Hans Skjervheim*. Kronikk av Jon Hellesnes i Morgenbladet 26.02.1999. Henta 17.03.06 frå <http://www.lende.no/skjervheim/>
3. Aarnes A. Hans Skjervheim og norsk filosofi. I: Skjervheim, H. *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug, 1996.
4. Skjervheim H. *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug, 1996.
5. Sørebo JI. Reparasjon eller kommunikasjon? - Pasient og behandlar i filosofisk perspektiv. I: Ekeland T J, Heggen K. *Meistring og myndiggjering*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.
6. Skjervheim H. *Mennesket*, Oslo: Universitetsforlaget, 2002.
8. Tornstam L. *Åldrandets sosialpsykologi*. Stockholm: Norstedts akademiske förlag, 2005.
7. Zoffman V, Kirkevold M. Relationships and Their Potential for Change Developed in Difficult Type 1 Diabetes. *Qualitative Health Research* 2007; 17(5): 625–38.
9. Aadland E. «Og eg ser på deg...». *Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Oslo: Tano Aschehoug, 1997.

10. Ekeland T J. *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat nr. 6/2004. Høgskolen i Oslo, 2004.
11. Nortvedt P, Grimen H. *Sensibilitet og refleksjon*. Oslo: Gyldendal, 2004.
12. Helse- og omsorgsdepartementet. *Lov om pasientrettigheter LOV-1999-07-02-63*. Henta 02.09.07 frå: http://www.lovdatab.no/all/nl-19_990_702-063.html
13. Efraimsson E. *Vårdplaneringsmötet: en studie av det institutionella samtalet mellan äldre kvinnor, närstående och vårdare*. Umeå: Umeå universitet, 2005
14. Hegli T, Foss C. De «tapte» forhandlinger – Eldre ektefellers erfaringer med medvirkning i møte med hjemmesykepleien. *Vård i Norden*. 2009; 29 (2), s.23 – 27
15. Ekeland T, Heggen, K. *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.

Toril Midtbø

Høgskulelektor, Cand. i sykepleievitenskap

Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for Helsefag

Postboks 523, 6803 Førde

toril.midtbo@hisf.no

Solveig Hauge

Førstemanuensis, PhD

Universitetet i Oslo, Seksjon for sykepleievitenskap

Postboks 1153 Blindern

0318 Oslo

og

Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for helsefag

Postboks 523, 6803 Førde

solveig.hauge@medisin.uio.no

Omsorgens kroppslige og arkitektoniske vilkår: et fokus på kontinuitet framfor endring i omsorgsarbeid i norske sykehjem

Michael 2010;7:198-217.

Omsorg i sykehjem finner sted i ulike arkitektoniske og fysiske omgivelser der disse omgivelsene, som også inkluderer sykehjemmets nære omgivelser og nabolag, blir en viktig dimensjon i hvordan omsorg realiseres hver dag og gjennom hele døgnet. Selv om sykehjemmets indre og ytre omgivelser og også stedliggjorte rutiner og personalkultur varierer en del fra institusjon til institusjon i Norge, er det også viktige likheter mellom de norske sykehjemsinstitusjonene. Omsorgsarbeid for syke har dessuten noe grunnleggende «gammeldags» ved seg som gjør dette arbeidet gjenkjennbart til tross for mange lokale variasjoner. Begge disse faktorene gjør at man med like stor rett kan fokusere på kontinuitet i omsorgsarbeid gjennom de siste par tiår som å fokusere på endring. Artikkelen tar hovedsakelig utgangspunkt i langvarige perioder med antropologiske feltarbeid ved en og samme institusjon over en periode på rundt 20 år.

Kontinuitet og endring

Kontinuitet i pleie- og omsorgsarbeid i et norsk sykehjem blir forgrunn i denne artikkelen, mens endring er bakgrunn. Dette innebærer med nødvendighet at også endringer vil bli drøftet til en viss grad, siden de er et bakteppe for å kunne si at noe er kontinuerlig. Hovedmaterialet vil være fra en konkret norsk sykehjemsinstitusjon som forfatteren har fulgt siden 1988 og fram til i dag. Årsaken til dette valget ligger ikke i at å fokusere på kontinuitet er viktigere enn å belyse endring, men i en erkjennelse av at

studier av kontinuitet i norsk helsevesen er få. Dette er dermed et område som er ganske lite utforsket.

En annen årsak til mitt valg er at jeg gjennom mitt eget forskningsarbeid i sykehjem har blitt spesielt oppmerksom på sider ved pleiernes arbeid og organisering som ikke endrer seg eller endrer seg ganske lite over tid (Jacobsen 1990, 2004, 2005, 2008a, 2008b). Pleie- og omsorgsarbeid er et arbeid som sosiologen Torunn Hamran beskriver som «gammeldags», tross organisatoriske endringer (Hamran 1996). Jeg vil i det følgende forsøke å belyse hva en slik erkjennelse kan innebære, og gi mulige forklaringer bak kontinuerlige trender i denne sektoren. Først og fremst stedenes fysiske og arkitektoniske utforming, men også omsorgsarbeidets egenart vil bli drøftet i denne sammenhengen. Pleie- og omsorgsarbeids egenart synes å påvirke hvordan muligheter som ligger i sykehjemsavdelingenes arkitektoniske utforming realiseres, et synspunkt som også Hamran (1996) forfekter for pleiearbeid i sykehjemsavdelinger.

Medisinsk historiske, helsefaglige og psykologiske og medisinsk antropologiske, medisinsk sosiologiske og andre samfunnsvitenskapelige arbeider som fokuserer på organisatoriske sider ved norsk helsevesen, har en tendens til å fokusere mye på endringer som har funnet sted eller endringer som finner sted i samtiden som de skriver i. Dette synes å gjelde enten de utforsker pleie- og omsorgssektoren eller andre virksomheter innen helsevesenet. Ord som «brytningstid», «prosess», «reform», «omstrukturering» osv forekommer hyppig i disse arbeidene (se for eksempel Christensen & Syltevik 1999; Lian 1996, 2003, 2007; Schiøtz 2003). Både å beskrive viktige endringer innen helsevirksomheter og å søke å forklare dem er viktige akademiske oppgaver. Men til sammenlikning er det relativt få akademiske arbeider som fokuserer på det uforanderlige, eller det tilsynelatende uforanderlige. I denne artikkelen vil det argumenteres for at et fokus på kontinuitet i studier av omsorgsarbeid også kan gi verdifull innsikt.

En forståelse av omsorg som basert på en «gjensidig utleverthet» i sosiale relasjoner (se for eksempel Martinsen 1993 og 2007) gir svar på en uutalt fordring fra «den andre». Dette er uavhengig av hvilken forskjell man kan oppnå å gjøre i «den andres» liv og uavhengig av hva man selv kan få igjen. Det er et omsorgsfaglig ideal som er en viktig bestanddel i pleiernes yrkesmessige etikk og utdanning, og som ligger til grunn for det svært vide og upresise begrepet omsorgsarbeid.

Det vil ikke si at det på noen måte må underspilles at realiseringen av omsorgsarbeid og omsorgsfull pleie i en sykehjemsavdeling skjer innenfor en kontekst av formell ansettelse og lønnsforhold og i avhengighet av kollegiale relasjoner. Dette er et spill der pleieorganisasjonen for noen formål

kan sies å leve sitt eget liv og være seg selv nok. Tvert i mot, temaet her er hvorfor idealer og realiteter umulig kan være samme sak i et omsorgsarbeid hvor både arkitektoniske og andre muligheter og begrensinger virker inn, ved siden av fagkunnskap, idealer og yrkesetikk. Men like fullt er idealer viktige i pleie- og omsorgsarbeid, og like fullt er det viktig å reflektere over egen praksis i dette arbeidet.

En liten notis om metode

Metodisk utgangspunkt for hvordan omsorg og omsorgsarbeid finner sted, og under arkitektoniske og andre betingelser, er deltakende observasjonsstudier og intervjuer med personale ved en sykehjemsinstitusjon i en 20 års periode, med et 18 måneders feltarbeid i 1988 – 1989 og et nytt 4 måneders feltarbeid i 2004–2005. En total ombygging av sykehjemsavdelingene i 2003 falt i en av de mest intensive forskningsperiodene. Det er også foretatt kortere, sammenliknende feltarbeid og intervjuundersøkelser ved andre sykehjem.

I feltarbeidsperiodene har observasjoner av handlinger og samhandling i ulike rom i sykehjemsavdelingen vært en kilde til kunnskap. Hva pleiere sa og hva de gjorde, varierer mer eller mindre systematisk med hvilke fysiske omgivelser som de befant seg i. Dette gjaldt også hvordan de vurderte hverandres autoritet og hvem som fikk mest innflytelse i konkrete pleiemessige valg, men denne problematikken er beskrevet annetsteds (Jacobsen 2004, 2005) og vil ikke bli berørt her. Dessuten ble samtaler med pleierne mens de beveget seg fra rom til rom en viktig kilde til informasjon, som ble beriket gjennom at ulike steder i en sykehjemsavdeling vekket ulike minner og assosiasjoner hos pleierne (Jacobsen 2008a).

Forøvrig ble informasjon fra observasjoner trukket inn i intervjuene, noe som ble særlig viktig knyttet til feltarbeidet like etter ombyggingen. Hvilken betydning endringer i de fysiske omgivelsene i 2003 fikk i forhold til omsorgsarbeidet er vanskelig å etablere holdbare data på, siden også andre endringer har forløpt parallelt og til dels uavhengig av de arkitektoniske, ikke minst i forhold til rapporteringsrutiner og andre organisatoriske rutiner. Dermed ble intervjuer om betydningen av de arkitektoniske endringene med pleiere som var til stede både under første feltarbeidsperiode og under feltarbeidet etter ombyggingen, av avgjørende viktighet. I det minste fikk jeg deres subjektive vurderinger av disse endringene, under intervjuer som løpende knyttet fellesopplevelser med dem som jeg hadde under feltarbeidet både før og etter ombyggingen. Dermed ble det bygget en bro mellom subjektive vurderinger og hendelser som også hadde noen mer objektive dimensjoner. Min egen feltarbeidsrolle utviklet seg fra å være mest obser-

verende til å bli å bli en deltakende observatør, en prosess som også bidro til verdifull innsikt som jeg ikke vil komme nærmere inn på her.

Et blikk på organisasjonsarbeid og kontinuitet i sykehjem og andre organisasjoner

Som enhver organisasjon vil også et sykehjem, eller en avdeling eller enhet på et sykehjem både ha eksplisitte målsettinger som institusjonen arbeider mot, og målsettinger som man mer eller mindre bevisst arbeider mot uten at dette er nedfelt i skriftlige formelle målsettinger eller er knyttet til lover og regler. Mens den overordnede, doble og tilsynelatende motsetningsfylte målsettingen for sykehjem om både å være et hjem og en medisinsk institusjon (Hauge 2004; Jacobsen 2004, 2005) er klart uttrykt i offentlige utredninger og rapporter, finnes også andre målsettinger som ikke er like mye oppe i dagen og lett å dokumentere.

I en samtale med den amerikanske sosiologen Aaron Cicourel stilte jeg ham en gang spørsmålet om hva han ser på som organisasjonsarbeid i helseinstitusjoner. Til dette spørsmålet hadde han følgende motspørsmål: «Tror du at en Toyotafabrikk først og fremst produserer Toyotabiler? Kan det ikke være at biler er et biprodukt i produksjonen?» På mitt neste spørsmål om hvorfor han spør meg om dette, svarer han: «Hvor tror du at det meste av arbeidsinnsatsen i en Toyotafabrikk rettes mot? Kan det ikke like godt være organisasjonsarbeidet?» Cicourel går deretter inn på det viktige og underkjente men tidskrevende arbeidet det er for enhver organisasjon å reprodusere seg selv, og å skape kontinuitet, både personell- og kompetansemessig, og også kulturelt.

Dette krevende organisasjonsarbeidet har for eksempel sosiologen Per Måseide, en norsk elev av Cicourel, nitid dokumentert i sitt observasjonsbaserte forskningsarbeid blant leger ved et norsk sykehus (Måseide 1987). Et slikt «kontinuitetsarbeid» er både nødvendig og uunngåelig, og har samtidig både klart positive og klart negative konsekvenser, der Cicourel også fant rikelig med negative konsekvenser ved sin egen akademiske institusjon når det for eksempel gjelder ansettelsespolitikk, der man ofte mistet en mulighet for tilegnelse av sårt tiltrengt ny kompetanse, ut fra uttrykte behov for at nye ansatte skulle «passe inn» i organisasjonen. I slike tilfeller kommer hensynet til produktet i skyggen av hensynet til fellesskapet av de produserende, som om Toyotafabrikken skulle la hensynet til bilens utvikling og produksjon komme i skyggen av behovet for organisasjonsmessig kontinuitet, noe organisasjonsteoretikeren Cicourel vil hevde skjer også innen bilindustri og annen industri.

Nå har heldigvis organisatorisk arbeid i helsevesenet og andre virksomheter både positive og negative konsekvenser. Når Hamran (1996) beskriver

det «gammeldagse» og dermed kontinuerlige ved pleien, er dette noe som pasientene i stor grad også nyter godt av. Der nye reformer og overordnede organisatoriske endringer i norsk helsevesen potensielt kunne ført til en forringet eller redusert omsorg for pasientene, kan det «gammeldagse» ved både pleiearbeidets karakter og dermed også ved pleieutdannelsene bidra til at dette likevel ikke skjer, eller skjer i mindre omfang enn man skulle tro ut fra reformene. Før jeg går nærmere inn på denne diskusjonen, vil jeg kort presentere sykehjemmet som jeg i hovedsak bruker som utgangspunkt her.

Stedet: arkitektur og fysiske omgivelser

Sykehjemmet er en del av et pleie- og omsorgssenter som også inneholder aldershjem og aldersboliger samt serviceenheter som dagsenter, arbeidsstue, fysioterapikontor, et kjøkken (som for øvrig ble lagt ned etter første feltarbeidsperiode), frisørsalong, legekontor og fotpleiekontor. Sett fra utsiden fremstår hele senteret, som befinner seg i en storbyforstad, som en samlet bygningsmasse, som en samlet arkitektonisk enhet. Fra utsiden er det umulig å oppdage hvor aldershjemmet ender og sykehjemmet begynner, eller hvor aldersboligene befinner seg. Sykehjemmet og aldersboligene ble bygd midt på 1970-tallet, mens aldershjemmet ble utbygd 6–7 år senere, i så godt som identisk arkitektonisk utførelse, både utvendig og når det gjelder utformingen av avdelingene. I det store og hele fremstår bygningen som et betongkompleks.

Den ene siden av institusjonen, den som personalet omtaler som «baksiden», har utsikt mot en eldre kirkegård og en lokal kirke på motsatt side av kirkegården. På den andre siden befinner det seg en barne- og ungdomsskole som vender en bakside med høy betongvegg uten vinduer mot senteret. Det er en relativt lite trafikkert lokal bilvei imellom. Komplekset har bare ett inngangsparti, som er ganske lite og unnselig sammenliknet med den totale bygningsmassen. Inngangsdøren er videoovervåket og alltid låst. Umiddelbart innenfor denne befinner det seg en resepsjon med glassvinduer.

To matbutikker, en bladkiosk, en blomsterbutikk, en kjøttforhandler, en fiskebutikk, en pizzarestaurant og en bensinstasjon befinner seg en knapp kilometer fra institusjonen. I de nære omgivelsene befinner det seg en kombinasjon av lavblokker og eneboliger, de fleste av dem eneboliger i rekke, foruten den nevnte kirken og skolen. Institusjonens egne utearealer omfatter en liten veranda i tredje etasje, en liten hage avgrenset av en bratt bergvegg i bakkant av fjerde og øverste etasje, og en parkeringsplass for besøkende og for personale ved nederste etasje. Bortsett fra parkeringsplassen er utearealene usynlige for forbipasserende.

Når det gjelder institusjonens innvendige arkitektur har denne forandret seg ganske mye, spesielt for sykehjemsavdelingene, med en total ombygging i 2003 der sykehjemsdriften ble midlertidig flyttet ut av institusjonen. Ombyggingen har endret både avdelingenes størrelse og utforming, mens den ikke har satt synlige spor i den ytre bygningsmassen. Den såkalte énsengsreformen er nå realisert, noe som betyr at alle beboerne på sykehjemsavdelingene har enerom og også at selve avdelingene, som nå kalles pleieenheter, er blitt mindre, en annen parallell helsepolitisk målsetting (se for eksempel NOU rapport 1992:1). Før ombyggingen bestod hver sykehjemsavdeling av to lange korridorer som møtte hverandre i en rett vinkel hvor vaktrommet var plassert med store vinduer ut mot korridorene, hvor beboerrommene lå på rekke og rad.

De fleste beboerrommene var tomannsrom, med navneskilt av lik utforming og mørkegrønne identiske dører som ikke kunne låses og var uten et håndtak som kunne lukke dem til. Dermed kunne dørene enkelt skyves opp av travle pleiere med fanget fullt av lintøy og engangsutstyr. To små lys var montert utenfor hvert rom; et hvitt «tilstedelys» som var tent når personalet var til stede og et rødt lys som lyste parallelt med et lydsignal når beboeren trakk i en «ringesnor» inne på rommet og dermed signaliserte behov for hjelp. Dersom tilstedelyset var tent og man trakk i ringesnoren, ville det røde lyset blinke hurtig og et hurtig pulserende lydsignal ville signalisere en nødsituasjon og dermed behov for at en ytterligere pleier trådte til og kunne hjelpe.

En dagligstue befant seg i bakkant av vaktrommet. Stuen var nesten kvadratisk og fungerte delvis som oppholdsrom for beboerne, der flertallet av dem ikke var i stand til å forflytte seg ved egen hjelp, og delvis som spisesal, bingosal, andaktsrom and «sovesal» der mange av beboerne satt og sov eller halvsov utenom de faste arrangementene. Dagligstuen var altså på mange måter et «altmuligrom» som flere av pleierne jobbet iherdig med å gjøre mest mulig «hjemmekoselig», blant annet gjennom innkjøp av dekorasjoner til de store høytidene, anskaffet i fritiden og for deres egne midler. Likevel fjernet ikke dette institusjonspreget, der for mange bord og stoler og proporsjoner som ikke samsvarer med rommet brøt med interiøret i et typisk norsk hjem, sammen med regelmessig utformede og regelmessig opphengte bilder der symmetrien ble for iøynefallende (Hauge 2004; Jacobsen 2008b). Det endret også lite på den stedløshet som preget dagligstuen at en lang rekke ulike aktiviteter og mange ulike sosiale situasjoner fant sted der både suksessivt og av og til samtidig.

Ombyggingen i 2003 endret litt, men ikke gjennomgripende, på dette overordnede bildet. Det ble introdusert en egen spiseavdeling i flukt med

et lite avdelingskjøkken, begge med åpning mot dagligstuen. Dermed ble både området der beboerne spiser og der de ellers oppholder seg i fellesskap mer entydige. Det kan også nevnes at andakter ble flyttet til et eget rom som er felles for hele institusjonen og som har mer karakter av et kirkerom. Fellesrommet er blitt et mye stillere rom, noe spesielt aktivitøren, som hele institusjonen deler på, kommenterer. Dette har sammenheng med de mest omfattende endringene i sykehjemmet, nemlig at det er blitt enerom til alle og mindre avdelinger. At avdelingene nå har 8–10 beboere hver, mot 29–30 før ombyggingen, gjør at det finnes færre beboere å søke sammen med på dagligstuen og i andre viktige fellesarealer, blant annet de ofte oversette, men betydningsfulle korridorene (Jacobsen 2005; Larsen 2001) og avsatsene i trappeoppgangene (Bjelland 1982).

En annen årsak til at det kan være ensommere i fellesarealene, er nettopp énsensreformene og at hver beboer har sitt eget rom. Beboerrommene er nå romsligere enn tidligere, har eget bad, noe bare tosengsrommene hadde før. De har en dør som både kan lukkes og låses og som har mer individuelt utformede navneskilt. Det er en egen entré der lintøy, stellefrakker og engangsutstyr ikke lenger får plass, men er plassert skjult i skap inne i vegg mellom bad og entré.

Mens personalet tidligere kunne komme svært bardus inn på en beboer som slappet av på rommet eller sov i sengen sin, skjermes nå mye av rommet av en mer tydelig og større entré. Personlige møbler, bilder og eiendeler har nå større plass på rommene og gir i større grad enn tidligere signal om at beboerrommet er et privat territorium. Mens hjemlighet er krevende å gjennomføre i dagligstuefellesskapet av mennesker som i utgangspunktet ikke har valgt hverandres selskap og som befinner seg i arkitektoniske omgivelser som både beboere, besøkende og personale umiddelbart vil oppfatte som institusjonspreget (Hauge 2004), bærer beboerrommene i større grad preg av å være hjemlige etter ombyggingen. Selv om mange viktige sider ved typisk norsk hjemlighet heller ikke kan realiseres her (Jacobsen 2008b), er dette blitt rom som beboerne i større grad enn tidligere trives i og gjerne forflytter seg til (med og uten hjelp) mellom måltider og andre arrangementer.

Det nye fokuset og den offentlige satsingen i forhold til institusjonenes fysiske omgivelser resulterte ikke bare i at over 90% av dagens sykehjemsbeboere bor på enerom (SSB 2007) og at en stor del av dagens sykehjem er organisert med små avdelinger. Det inkluderte også et fokus på omgivelsene, men da så godt som utelukkende på grøntområder inne på institusjonens eiendom. «Sansehager» har i den forbindelse vært et viktig satsingsområde, der beboerne skal ha en lett tilgjengelig atkomst til uteområder med busker,

blomster og grønt. Disse har variert fra institusjoner hvor sanseshagene inkluderer underlag som er lett å snuble i, skarpe kanter på blomsterbed og endog noen giftige planter, men der det visuelle inntrykket er bra, til mer gjennomtenkte og funksjonelle løsninger som passer bra både for rullestolbrukere og demente, og endog noen ganger gir tilskudd til grønne urter til mat som serveres på institusjonen og som beboere selv kan være med å høste om de er i stand til det.

Historisk sett er ikke dette noe banebrytende nytt for norske helseinstitusjoner, der gårdsbruk knyttet til psykiatriske institusjoner og andre utviklinger av institusjoners naturomgivelser har vært mer anvendt enn nå. For både nåtidige og tidligere helseinstitusjoner, både somatiske og psykiatriske, gjelder det i stor grad at de er avskjermet fra steder og virksomheter der andre mennesker utenfor institusjonene lever sine liv. Nærheten til parken, Rema 1000, teateret, Vinmonopolet, kinoen, kafeen, bygdehuset, bedehuset, byallmenningen og kaianlegget der folk ferdes så anonymt som de vil eller, om man treffer kjente, har mulighet til å forholde seg flyktig og overfladisk til hverandre, har ikke vært verdsatt som en viktig del av institusjonsomsorgen.

Selv om hjem og hjemsted for mange nordmenn er to sider av samme sak (Hamran & Elstad 2008), er det offentlige fokuset på sykehjemsinstitusjoner *som hjem* framdeles et fokus på institusjonsbygningen, og, i en del tilfeller, hageområdet som tilhører institusjonen. At den gode opplevelsen av hjemmets «innside» nettopp oppleves som god gjennom kontrasten til hjemmets «utside» for mange nordmenn (Lund 2003), der innsidens intimitet verdsettes som dette gjennom motsetningen til utsidens mer flyktige og mindre forpliktende sosiale liv, er ikke en innsikt man så langt har trukket med seg i det norske offentlige fokus på sykehjemmet *som hjem*.

Så lenge som sykehjemsinstitusjonene er «andre rom», som en parentes i det daglige liv og lokalmiljø (Foucault 1997/98), der sykehjem har tette skott til samfunnet rundt og i stor grad er selvedlikeholdende og selvtilstrekkelige institusjoner, vil enhver tenkelig arkitektonisk og organisatorisk endring ikke gjøre noe til eller fra i forhold til det grunnleggende sosiale særtrekk ved sykehjemsinstitusjoner. Dette gjør at de kan klassifiseres som det den amerikanske sosiologen og sosialpsykologen Erving Goffman (1962) har kalt «totale institusjoner». I følge Goffman er totale institusjoner steder der det hverdagslige romlige og sosiale skillet mellom steder man inntar sine måltider, sover, har sin fritid og arbeider viskes ut. «Alt får betydning for alt» og informasjon mellom normalt atskilte sfærer flyter fritt for beboerne, enten institusjonene er skip i langtransport, klostre, fengsler, psykiatriske institusjoner, militærforlegninger eller sykehjem.

I slike institusjoner finnes en innelukket tilværelse avsondret fra livet i samfunnet ellers.

På et grunnleggende vis er dermed dagens sykehjem kontinuerlige med historiske forgjengere, både innenfor norsk sykehjemsdrift og andre helseinstitusjoner. På den ene siden kan man se at dagens norske sykehjem har endret seg svært mye både i arkitektonisk form og når det gjelder sosialt liv, om man ser dem *innenifra*. På den andre siden kan, om man endrer synsvinkelen og ser dem *utenifra*, fra utsiden av institusjonens yttervegger, endringene tvert om fremstå som minimale i en større sammenheng. Dermed kan målsettingen om at sykehjemmet også skal være et siste hjem for beboerne, fremdeles synes langt fra oppnådd, om det er vanlig norsk hjemlighet som er idealet.

Blant norske arkitekter er det en gryende bevissthet om at et sykehjems, aldershjems eller pleie- og omsorgssenters egenart har like mye med institusjonens nære omgivelser og lokalmiljøet å gjøre som med selve bygningen og det som den inneholder, en bevissthet som er i ferd med å bli etablert blant danske arkitekter og danske politikere (Akre & Hauan 2009).

Rom blir sted: personalets innskriving i de fysiske omgivelsene

Arkitektfilosofer og antropologer har gjennom flere tiår forsket systematisk på det kompliserte forholdet mellom fysiske omgivelser og sosialt liv (se for eksempel Hirsch & O'Hanlon 1995). Arkitektfilosofen Christian Nordberg-Schulz er opptatt av at steder både har identitet og gir mennesker identitet. Steder har sin egenart ved sin utforming og gjennom at tidligere tiders intensjoner vedvarer å være tilstede, som når psykiatriske institusjoner som tidligere har vært tuberkulosesanatorier framdeles bærer preg av dette, også i virkemåte og organisering. Nordberg-Schulz uttrykker alt dette slik, med fokus på bygninger: «Veggene konkretiserer stedets grunnleggende egenskaper, og en overensstemmende livsform» (Nordberg-Schulz 1978: s.35)

Mange arkitektfilosofer har likevel erkjent at selv om fysiske omgivelser og arkitektur både muliggjør og umuliggjør noen handlings- og samhandlingsalternativer i sosialt liv, og selv om de både kan sies å ha identitet og å skape identitet og tilhørighet, så determinerer ikke disse omgivelsene på noen måte det som realiseres av sosialt liv. Det skulle også bare mangle, siden arkitektur kan ses på som fysiske uttrykk for ideologiske og kulturelle strømninger, også når det gjelder arkitektur i helsevesenet (Martinsen 2005). Steder etableres gjennom at mennesker skriver seg inn i konkrete rom gjennom aktiviteter, ved at minner knyttes til steder og at steder og deres utforming vitner om sosialt liv og sosiale relasjoner, gjennom at mennesker har formet stedene gjennom felles aktiviteter (Guzmán 1997). Arkitektur, som

også inkluderer landskapsarkitektur i forhold til byens, bydelsens, forstadens, bygdas, åkrenes og lyngheienes arkitektur og fysiske omgivelser, er en viktig betingelse for alt sosialt liv, men ingen determinator.

På samme måte kan man utforske hvordan en sykehjemsinstitusjons arkitektur gir muligheter og begrensninger i sosialt liv, mens en kartlegging av fysiske omgivelser ikke i seg selv er nok til å forutse hva som finner sted av sosialt liv, eller hvordan omsorg og omsorgsarbeid finner sted i et sykehjem. Til dette trengs det et langvarig forskningsarbeid for å etablere dokumentasjon av hvilket sosialt liv og hvilken organisering som realiseres i sykehjemmets ulike rom. Likevel er det viktig i en sykehjemsanalyse å se på både avdelingenes utforming og arkitektur, sykehjemmets arkitektur og sykehjemmets fysiske og sosiale plass i et lokalmiljø.

Jeg vil nå vende blikket innover igjen til en avdeling i «mitt» sykehjem. Jeg vil her starte med bakteppet, ha et fokus på noen viktige endringer, for igjen kunne vende tilbake til hovedtemaet kontinuitet i organiseringen av pleie og omsorg på sykehjemmet.

Sammenlikner vi avdelingenes fysiske utforming før og etter ombyggingen i 2003, kan det konkluderes at den totale mengden eksklusive territorier til personalets rådighet, slik som vaktrom, skyllerom, lintøyrom og pauserom har skrumpet inn, mens hver av beboerne har fått et større privat område til sin disposisjon. Mest dramatisk er dette for vaktrommet, som nå er blitt atskillig mindre og helt uten vinduer. Personalet har i mindre grad enn tidligere en romlig tilretteleggelse for det Goffman (1971) kaller «backstage», der deres samhandling med beboerne «frontstage» kan reflekteres over og planlegges.

De tidligere fysiske omgivelsene var dessuten lettere for personalet å holde oversikt over. De lange, rette og hvite og relativt brede korridorene var modellert etter 1970-tallets typiske sykehjemsavdeling. Dette er forståelig som et uttrykk for at institusjonen ikke bare er et hjem, men også en medisinsk institusjon for behandling, pleie og omsorg. Personalets arbeid for å realisere dette var lagt til rette gjennom de rommelige korridorene med hvite og glatte flater som var lette å holde rene og som var brede nok til å transportere senger og plasskrevende utstyr i. På den annen side understreket slike sider ved avdelingenes arkitektur nettopp avdelingen som medisinsk institusjon og også som arbeidsplass for personalet, mer enn som et siste hjem for beboerne.

Gjennom intervjuer etter ombyggingen opplevde jeg ofte at pleiere uttrykte skam gjennom det som de i etterpåklokskapens lys så på som invasjon av beboernes private sfære. Som et eksempel på dette bemerket flere at de i de nye omgivelsene som den mest naturlige ting banker på en beboers dør

før de går inn, og gjerne også venter et lite øyeblikk før de åpner døren. Tidligere var det å banke på døren for mange noe man ikke kom på, og ubehaget hos pasientene som plutselig får besøk av personale uten å kunne forberede seg, ble ikke oppfattet. Med en reformulering av den danske sykepleieforskeren Kristian Larsens uttrykk «arkitektur som læremester» (Larsen, 2001:440) om hvordan arkitektur virker inn på sykepleiestudenters læring på en sykehusavdeling, kan man si at arkitektoniske endringer ble en læremester på sykehjemsavdelingene for erfarne pleiere med lang fartstid i institusjonen. Det at beboerrommene både er utformet som mer private områder med et inngangsparti og har en dør som er mindre «uniformert» enn tidligere, understreker for personalet både rommenes privathet og institusjonen som helhet som beboernes *hjem*. Sagt på en annen måte kan en si at personalets tidligere måte å skrive seg inn i de fysiske omgivelsene på, stadig dukker opp som kroppsliggjorte erfaringer hos pleiere med lang tjeneste på stedet, samtidig med at de nå skriver seg inn i endrede omgivelser og på en ny måte. At dette skjer i den samme etasje som de tidligere også har arbeidet i før ombyggingen, gjør at det nye territoriet fremstår med en dobbelthet, det «sitter mye i veggene» fra tidligere tider, som flere av pleierne uttrykte det.

Den tidligere lange og rette korridorere gav noen spesielle organisatoriske muligheter og begrensninger. I mesteparten av mitt første feltarbeid, der jeg tilbrakte 17 måneder i den sykehjemsavdeling og 1 måned i en annen kulturelt og sosialt ganske forskjellig avdeling i forhold til personalmiljø, organiserte personalet pleien i to «naturlige» arbeidsgrupper. Den ene gruppen fulgte opp pasientene som bodde langs korridor I og den andre dem som bodde langs korridor II. Selv om man ofte kunne bistå kolleger på tvers av korridorere, opplevdes organiseringen som så selvsagt at det sjelden var diskusjon omkring arbeidsdelingen.

Derimot viste et større forsøk på å innføre «gruppesykepleie» med mindre arbeidsgrupper seg vanskeligere å gjennomføre. Tanken bak dette var blant annet at hver av beboerne skulle kunne forholde seg til færre pleiere, og at hver pleier skulle bli bedre kjent med «sine» beboere. Et forsøk med tre grupper i stedet for en korridor I og II organisering, vel og merke på dagtid på hverdager da dette var bemanningsmessig mulig, strandet etter rundt en måneds forsøk på stadige uoverensstemmelser blant personalet i forhold til hvor grensene skulle gå mellom arbeidsgruppene, blant annet ut fra skiftende og vanskelig beregnelige pleiebehov hos beboeren.

Siden arkitektoniske føringer ikke skjer i et vakuum, kan det for eksempel tenkes at en bedre personaldekning i forhold til omsorgsoppgaver ville gjort det lettere å innføre en tre-gruppemodell. Dette kan man vanskelig vite.

Det som synes klart, er at avdelingenes fysiske struktur bidro til å vanskeliggjøre endringen som personalet i utgangspunktet ønsket.

Etter ombyggingen er hver av de gamle avdelingene splittet opp i tre nye små avdelinger, og dermed har man i praksis muliggjort det man først forsøkte på, å la hver arbeidsgruppe av pleiere få ansvar for pleie og omsorg til 8–10 beboere. På den annen side opplever personalet nå at gjensidig hjelp på tvers av de personellmessig mer sårbare små avdelingene nå i liten grad finner sted. Det kan synes som om den nye oppdelingen i små grupper av beboere i i nye fysiske strukturer, det vil si klare fysiske skiller mellom ulike relativt autonome enheter (eller avdelinger), både realiserer den gamle drømmen om gruppesykepleie og oppleves av personalet som barrierer mot å hjelpe hverandre på tvers av gruppene (les: enhetene).

Den tidligere arkitektoniske utformingen av avdelingen gjorde det også lettere for den enkelte pleier å holde oversikt over arbeidet, planlegge eget arbeid og holde tritt med hvordan kollegaer planla sitt arbeid. Det mest visuelle eksemplet på dette gir ettermiddagsvaktet et eksempel på, et vaktskift som gikk fra kl. 14.45 til kl. 22.00. En viktig aktivitet på denne vaktet, ved siden av servering av kveldsmat, var å hjelpe beboerne med «kveldsstellet» og hjelpe dem i seng for natten. Med en nærmest konstant underbemanning i forhold til bemanningen som institusjonsledelsen hadde planlagt, og på grunn av høyt sykefravær og ubesatte stillinger, var forutsigbarhet i forhold til de mest presserende fysiske omsorgsoppgavene viktig for pleiepersonalet. Med å plassere beboere i rullestol, som var flertallet av beboerne, ved døren til hvert sitt rom og sette det hvite tilstedelyset på, oppnådde man både å holde regning med hvor langt man selv var kommet i arbeidet og samtidig holde kolleger orientert om dette. Dette ble samtidig et synlig og territorielt uttrykk for en slags «kredittverdighet»: man signaliserte at man i hvert fall skulle ta sin del av «jobben», dvs. den mest fysiske og målbare delen av omsorgsarbeidet, slik at ikke belastningen skulle bli større på de andre pleierne, og slik at de lettere kunne planlegge vaktet.

At dette var tilfellet, kom fram i de relativt sjeldne situasjonene der krangling og disputer mellom pleiere på ettermiddagsvaktet oppstod, fordi noen pleiere opplevde det som om de måtte gjøre en uforholdsmessig stor del av det fysiske arbeidet. Ifølge Goffman (1971) er det nettopp slike situasjoner, der det som tas for gitt, og som alle er enige om, kommer til overflaten og uttrykkes tydelig, som gir spesielt verdifull informasjon til forskeren, selv om slike situasjoner gjerne er unntaket heller enn regelen.

Med den nåværende arkitektoniske utformingen av avdelingene er ikke dette synlige uttrykket for planlegging av «dagens dont» lenger mulig. Tvert imot er det heller slik at pleiere med lang fartstid i institusjonen ser denne

«visuelle siden» ved den tidligere arbeidsorganiseringen i et latterlig lys, noe som også kommer fram i samtaler med dem. Måter å planlegge på som virket så naturlige at de sjelden eller aldri var gjenstand for åpen debatt eller samtale, virker for de samme pleierne uhensiktsmessige og endog «maskinelle» etter ombyggingen.

Omsorgsarbeidets kontinuitet, tross alt

Det er lett å se at mye har endret seg med endrede arkitektoniske omgivelser på sykehjemsavdelingene i dette sykehjemmet. Ofte kom slike forskjeller fram i spontane samtaler med pleiere som hadde lang ansiennitet i institusjonen når jeg gikk sammen med dem i korridorer, beboerrom, dagligstue og personalkontor.

Noen forskjeller syntes pleierne å være enige om når vi gikk sammen i dette doble landskapet, der de gamle korridorene og den gamle arkitekturen lå «begravd» under de nye små avdelingene med korte korridorer og endog et par korridorer som går i sving.

Andre ting opplevde enkelte pleiere forskjellig, som når noen spontant kunne minnes hvordan man tidligere nærmest småsprang i travle perioder langs de lange korridorene, mens andre bemerket mens vi gikk sammen hvordan de opplever å «tråkke» mer enn før, siden avdelingen som de nå arbeider i er mer spredt utover i alle retninger. Tidligere arbeidet deres gruppe langs en enkelt korridor og man kunne planlegge arbeidet slik at «løpingen» ble minimalisert.

Men på mange måter har omsorgsarbeidet og arbeidsorganiseringen ikke endret seg tross endringer av fysiske omgivelser, og også endring i rutiner. En finurlig form for kontinuitet har å gjøre med videreføringen av forskjeller mellom de gamle sykehjemsavdelingene, der én avdeling tidligere var identisk med én etasje i bygningen. Selv om hver etasje nå inneholder tre avdelinger, bemerket mange av pleierne med lang fartstid at forskjellene ennå er store mellom etasjene når det gjelder for eksempel sykefravær, lederskap, organisering og personalkultur, og at disse forskjellene hadde holdt seg i over 20 år. Igjen kommenterte de at «det sitter noe i veggene» og at i etasjen med mest sykefravær er folk mer humørfylte, mer direkte i kommunikasjonen og i konstant opposisjon til mellomlederne. Etasjen under er roligere, mer stabil, og mer «traust». Også i et annet sykehjem hvor jeg gjorde et kort feltarbeid i 2009, fantes slike forskjeller mellom ulike deler av bygningen, forskjeller blant annet i sykefravær som hadde vært mellom «nybygget» og «gamlebygget» over svært mange år.

Ser man på institusjonen som helhet, blir kontinuitet med fortiden på en rekke felt enda mer iøynefallende. Personalet organiseres like fullt etter

samme vaktordning etter som før ombyggingen. «Dagvakten» begynner kl.0700 og fortsetter til kl.1500, «ettermiddagsvakten» går fra kl.1445 til 2200, mens egne nattevakter framdeles betjener «nattskiftet» fra kl.2145 til kl.0700. Måltidet organiseres på samme måte som tidligere, der alle beboere blir servert mat samtidig ved alle måltider.

En ansatt ved et annet sykehjem med fleksibel måltidsorganisering der jeg gjennomførte et kortvarig feltarbeid i 2009, fortalte hvordan det at den enkelte beboer kunne velge når man ville spise og hvor lenge man ble sittende ved bordet var en ny organisering som måtte vedlikeholdes aktivt om ikke man skulle falle tilbake til gamle rutiner. «Kanskje appellerer det til pleiernes ordenssans dette med regelmessig og organisert måltidsservering», føyde hun til. Kanskje kan det også være noen av pleiernes egne kroppsliggjorte erfaringer fra måltider i eget hjem som slår igjennom i et arbeid som på en grunnleggende måte enda organiseres «gammeldags». Beboere hjelpes i morgenstell og kveldsstell i store trekk på samme måte som før, selv om oversiktligheten i forhold til eget og andres arbeid ikke lenger er den samme.

Institusjonen lever sitt eget liv like fullt etter ombyggingen som før, med minimale anledninger for at folk utenfra møtes i felles samhandling med beboere. Slik samhandling begrenses til relativt sjeldne og organiserte arrangementer. Dagligstuen og andre fellesrom, som kjøkken, korridorer og mindre oppholdssteder som trappeavsatser og endene på korridorene bærer like mye et institusjonspreg nå som tidligere. En målsetting om å ta ansvar for og ivareta beboerne innebærer fremdeles også et fokus på å ha kontroll med dem. Dette fokuset er der like fullt ennå, på godt og vondt, men får nye uttrykksmåter. Blant annet en nitid registrering av brann-, lås- og rømmingsrutiner på egne skjemaer hører til den nye orden etter ombyggingen. Institusjonens inngangsparti er like trangt og vanskelig å bevege seg gjennom for beboerne som før ombyggingen, med den ytterligere forskjell at man nå har montert et videokamera ved inngangsdøren av sikkerhetshensyn.

En diskusjon om hvor grensene mellom ansvarsområder og arbeidsoppgaver går mellom sykepleiere, hjelpepleiere og andre pleierkategorier pågår like fullt etter som før ombyggingen av institusjonen, til tross for at kollegamiljøet på hver avdeling nå er mye mindre enn før. Spesielt tydelig er stadig forekommende diskusjoner om grenseoppganger mellom hjelpepleiere og sykepleiere (Jacobsen 2005). Denne kontinuiteten har kanskje mest med omsorgsarbeidets karakter ved sykehjem. Mens det er relativt lett å monopolisere arbeidsoppgaver og prosedyrer ved en spesialisert sykehusavdeling, likner mye av arbeidet i en sykehjemsavdeling til forveksling arbeid i hjem-

met når det gjelder den daglige familieomsorg og spesiell omsorg for små barn og ved sykdom. Dette gjør omsorgsarbeidet enda mer «gammeldags» ved en sykehjemsavdeling enn en sykehjemsavdeling. Eller som antropologene Hilde Haukelien og Halvard Vike (2009) uttrykker det, basert på sammenlignende studier av fire norske sykehjem:

«Helse- og omsorgsyrkene er kjennetegnet av en høy grad av faglig differensiering som *ikke* i særlig høy grad realiseres praktisk i form av hierarkisk organiserte arbeids- og autoritetsformer. Arbeidsprosessene følger som oftest en relativt egalitær logikk ... Ironisk nok er faglighet ofte noe som splitter framfor å forene arbeidstakerne, spesielt fordi høy faglig kompetanse og faglig makt virker hierarkiserende og derfor truende overfor den helt nødvendige dugnadsånden. Travelhet er noe alle deler, og som budskap utad er den derfor både sann og nyttig.»

Som et vanlig norsk hjem har sine døgnrytmer, ukesrytmer og årsrytmer (Lund 2003), har sykehjemsavdelingene på «mitt» sykehjem en lett kjennelig rytme både for hver avdeling og inne i stell på det enkelte beboerrom. Disse rytmene har endret seg relativt lite med ombyggingen. Rytmene er også gjenkjennelige fra andre sykehjem der jeg har arbeidet eller forsket. Kanskje kan også det uttalt kroppslige ved pleien, som dermed forbindes med den menneskelige kropps rytme, slå inn her. Som Hamran (1996) formulerer det:

«Tidsstrukturen er knyttet til oppgavene, og det er oppgavene og måten de er ordnet på, som gir livet i avdelingen et syklisk og gjentakende preg. Oppgavene gir innhold til og fortsatt også navn til den tidmessige strukturen: måltid, leggetid, morgenstell, kveldsstell. Dette er oppgaver som på en grunnleggende måte er knyttet til den menneskelige kropp og til opprettholdelsen av selve livsprosessene» (s.139).

Rapportene ved «vaktskifte» foregår i det store og hele som før, til tross for at personalkontoret nå er svært lite og bare en skygge av det gamle vaktrommet, en villet endring fra sykehjemsledelsens side, ifølge flere av pleierne. Noen legger til utsagn som «Ledelsen sier at vi skal ikke trives på personalkontoret, vi skal være «ute» i avdelingen med pasientene». Parallelt med dette har man formelt lagt om rapporteringsrutinene i retning såkalt «stille rapport», som vi si at de gamle muntlige rapportene der overlappende vaktskift er samlet, erstattes av elektronisk rapportering der én pleier med for eksempel ansvar for tre eller fire beboere rapporterer skriftlig til den som skal overta dette ansvaret på neste vakt. Pleierne følger opp den nye rapporteringsformen, men samtidig med denne beholder de i all stillhet det gamle rapporteringssystemet. På spørsmål om hvorfor det skjer, gir pleierne svar som for eksempel at «vi trenger det faglige fellesskapet», «vi trenger å samsnakkes», «ikke alt

som er viktig å formidle kan skrives ned», «ikke alt som er viktig bør skrives ned», «du kan ikke formidle et helhetlig bilde av en beboer med et par setninger på datamaskinen» og «det er ikke bare informasjon om enkelte beboere som er viktig å gi videre til neste skift». Noen av disse argumentene går på å sikre kontinuitet og kvalitet i pleie og omsorg på tvers av vaktskiftene, mens andre argumenter bygger opp under Cicourels påstand om at i enhver organisasjon rettes mye av arbeidet inn mot vedlikehold av organisasjon og organisasjonsstrukturer. Mens overgang til et elektronisk og potensielt tidsbesparende og mer nøyaktig rapporteringssystem, som en del av en nyere management-trend i sykehjems- og sykehusadministrering, søkes innført ved en rekke institusjoner, utøves en stille form for motstand blant pleiepersonalet (Bø 2007; Hamran 1996; Jacobsen 2005).

Det synes å være noe grunnleggende «gammeldags» ved pleien som i praksis minsker virkningen av eller nøytraliserer en del nyere reformer. Dessverre, vil noen si, heldigvis vil andre si. Sosiologen Olaus Lian (1996,2003) har demonstrert hvordan den såkalte Sykmelding-II ordningen som skulle gjøre at pasienter som hurtig kunne komme seg ut i produktivt arbeid og dermed bidra til en større nytte for det totale fellesskapet, kunne «rykke fram i behandlingsskøen», stille boikottes av en stor del av legene med en internalisert yrkesetikk som nærmest predisponerer dem til å møte de største behovene først. En «treghet» med basis i profesjonell tyngde bidrar til at ikke alt endrer seg ved enhver ny helsereform.

En slik treghet finnes også i pleiermiljøet. Det gjør at man ikke kan lese endringer i pleieorganiseringen direkte ut fra formelt innførte nye rutiner og organisasjonsmodeller. De ulike pleieutdannelsene har sin profesjonelle egentyngde og yrkesetikk. I følge Hamran (1996) skyldes også denne tregheten pleiearbeidets kroppslighet og «gammeldagse» karakter:

«Den *kroppslige* tilstedeværelsen er også en *mental* tilstedeværelse. Her ligger grunnlaget for yrkesgruppenes autonomi, som nettopp er basert på at vurderingen av kvalitet – eller godt arbeid – er knyttet direkte til yrkesutøveren og til yrkesutøvelsen. Det må være dette aspektet Claus Offe sikter til når han hevder at velferdsstatens arbeid unndrar seg kontroll utenfra ... Skulle vi trekke veksler på Foucault, kan vi si at rasjonaliteten motarbeider maktrelasjonen. Strukturene gir pleiearbeidet et frirom – en autonomi som kommer til syne i muligheten til å utøve et selvstendig faglig skjønn» (s.140).

Også etter ombyggingen omtaler pleierne seg som «ute» i avdelingen og «inne» på personalkontoret (eller vaktrommet som det tidligere ble kalt).

1 Jeg unngår her å gå inn i en diskusjon i forhold til om for eksempel sykepleie kan sees som en profesjon eller i mer streng forstand må sees som en semi-profesjon (se e.g. Freidson 1986 for en utførlig debatt).

Minst like mye organisasjonsmessig arbeid rettes mot å forbinde «inne» og «ute» som tidligere. En nyere organisasjonstenkning, der desentralisering og «ansvar på lavest mulig nivå» går sammen med en rekke nye registrerings- og monitoreringsrutiner, tar ikke nødvendigvis inn over seg at omsorgsarbeid i sykehjem er grunnleggende forskjellig fra Toyota-produksjon eller organisering av undervisning i skolen. Hamran uttrykker dette forholdet slik:

«Dokumentasjonsformene eller managementtenkningen ser ikke ansvarsstrukturene, for de ser ikke etter sammenhengene og forbindelsene mellom oppgavene... Dokumentasjonsformene ser ikke *forbindelsen* mellom de ulike pleieoppgavene og mellom ute og inne, at *noen* må formidle mellom oppgaver og personer: at arbeidet er organisert rundt ansvar» (s.144).

Man kan dermed si at ulike kroppslige, arkitektoniske og fysiske dimensjoner ved omsorgsarbeidet kan være mer utslagsgivende for arbeidet og arbeidets rytme enn organisatoriske og andre endringer som bevisst søkes gjennomført.

Konkluderende tanker

Å forsøke å forstå et fagfelt og dets utøvere på deres egne premisser er en tidkrevende oppgave, en oppgave som holder medisinske historikere, sosiologer og antropologer aldri kan slutføre i forhold til det norske helsevesens virksomhetsgrenser og fagfelt. For det første har selvsagt mange viktige faglige spørsmål til norsk helsevesen til nå aldri blitt stilt. For det andre er de ulike virksomheter i norsk helsevesen og betingelsene for disse i stadig endring. Også det å forstå en bestemt institusjonstype er et komplisert og tidkrevende arbeid, enten man løfter blikket og søker å sammenlikne en rekke ulike institusjoner, eller man velger å studere en bestemt institusjon over tid, slik som for eksempel jeg selv har gjort for sykehjem og sosiologen Måseide (1987) har gjort for et norsk sykehus.

Den generelle innsikten fra Cicourel om at mye av arbeidet i en institusjon eller bedrift er rettet inn mot *reproduktivt* heller enn *produktivt* arbeid, gir gjenklang også i min egen forskning.

Omsorgsarbeid på sykehjem er reproduktivt også på en annen måte, og her slutter likheten til Toyota-bedriften helt. Arbeidet på sykehjem er reproduktivt på samme måte som omsorgsarbeidet hjemme, fordi det opprettholder og ivaretar selve livet.

Som omsorgsarbeid i hjemmet griper den menneskelige kropps rytme inn i selve struktureringen av arbeidet, i formen på arbeidet, fordi, som Torunn Hamran sier det, formen ikke er «noe som legges utenpå et mer egentlig innhold – formen er en del av innholdet» (Hamran 1996: s.136). Derfor krever pleie- og omsorgsarbeid en kroppslig tilstedeværelse.

Denne kroppslige tilstedeværelsen finner sted under stedlige og arkitektoniske betingelser. I denne artikkelen har jeg forsøkt å gjøre rede for hvordan iøynefallende endringer i fysiske omgivelser på et sykehjem er forbundet med organisatoriske og atferdsmessige endringer. Forbindelsen mellom sosialt liv og fysiske omgivelser er komplisert, og man kan ikke trekke opp klare årsakssammenhenger mellom arkitekturen og pleiernes organisering og hvordan de utøver sitt omsorgsarbeid. Det kunne for eksempel godt hende at gruppesykepleieeksperimentet før ombyggingen kunne vært vellykket, om bemanningssituasjonen hadde vært en annen. Man kunne også godt tenkt seg en mer fleksibel måltidsorganisering både før og etter den fysiske restruktureringen av sykehjemmet. Dessuten synes tidligere tiders praksis på mystisk vis å «overvintre», eller som flere av pleierne uttrykker det, «det sitter noe i veggene». Disse veggene er på en måte både de gamle og de nye veggene på én gang.

Andre sider ved sykehjemmets arkitektur er kanskje mindre iøynefallende. Men det kommer selvsagt an på øynene som ser. Kanskje har man arbeidet på et nyere sykehjem i for eksempel København, der et vanlig offentlig liv pulserer på utsiden og beboerne selv kan velge hvor nært eller fjernt de ønsker å forholde seg til all denne aktiviteten. Eller man har, som jeg, besøkt et fattig og underbemannet gresk sykehjem på landsbygda, oppe i et fjellområde der sauer, geiter og kyr vandrer mellom bygningene og der beboerne kan vandre ut og inn av en mengde kapeller som den lokale ortodokse presten har latt bygge for hver dag i året.

Med slike opplevelser i bagasjen kan man ikke unngå å legge merke til hvordan mange norske sykehjem med god bygningsmessig standard og vakre hager likevel befinner seg i fattige sosiale og arkitektoniske omgivelser. De er som en slags parentes i det vanlige norske samfunnet. Innenfor denne parentesens sikrer ikke bare pleiernes utdannelsesbakgrunn og omsorgsarbeidets karakter en stor grad av kontinuitet. Men vi finner også det karaktertrekket ved disse sykehjemmene som gjør dem til «*totale institusjoner*» i Goffmanns forstand.

Litteratur

- Akre T, Hauan A. *Tverretattlig kommunenettverk innen utvikling av omsorgstilbud til morgendagens eldre. Sammenheng mellom omgivelser, helse og livskvalitet*. Rapport. Oslo: Norsk Form, 2009.
- Bø B. *Hva vinner vi og hva taper vi ved å legge om fra muntlig til stille rapport i somatiske sykehus? Pleiepersonalets erfaringer*. Mastergradsoppgave. Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, 2007.

- Bjelland AK. *Aldring og identitetskrise. En studie i et aldershjems livsmiljø*. Sosialantropologisk skriftserie nr. 27. Bergen: Universitetet i Bergen, 1982.
- Christensen K, Syltevik LJ. (red.) *Omsorgens forvitring? Antologi om velferdspolitiske utfordringer*. Bergen: Fagbokforlaget, 1999.
- Foucault M. Andre rom. *Slagmark: Tidskrift for idéhistorie* 1997/98 nr. 27, s. 87–96.
- Freidson E. *Professional powers*. Chicago: The University of Chicago Press, 1986.
- Goffman E. *Asylums. Essay on the social situation of mental patients and other inmates*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1962.
- Goffman E. *Relations in public*. The Penguin Press, 1971.
- Guzmán M. Rom og tilhørighet: Mellom det lokale og globale. *Norsk Antropologisk tidsskrift* 1997; 3–4, 8: 193–207.
- Hamran T. Effektivisering versus samfunnsansvar. I: Lian OS. (red.) *Helsetjenester i samfunnsvitenskapens lys*. Oslo: Tano Aschehoug, 1996, s. 131–46.
- Hauge S. *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? Ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. Dr. avh. Oslo: Universitetet i Oslo, 2004.
- Haukelien H, Vike H. *Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene. Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVUK)*. Rapport. Oslo: Telemarkforskning og Universitetet i Oslo, 2009.
- Hirsch E, O'Hanlon M. (red.) *The anthropology of landscape. Perspectives on place and space*. Oxford: Clarendon Press, 1995.
- Jacobsen FF. *Cultural discontinuity as an organizational resource: Nursing in a Norwegian nursing home*. Bergen: NLA-forlaget, 2005.
- Jacobsen FF. «Rom for omsorg, rom for makt». I: Gjengedal E, Schiøtz A, Blystad A. (red.): *Helse i tid og rom*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2008. (a)
- Jacobsen FF. Intimitet, eksklusivitet og rytmer i norske hjem og sykehjem. I Hauge, Solveig & Jacobsen, Frode F. (red.): *Hjem. Eldre og hjemlighet*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2008. (b)
- Jacobsen FF. *Sykehjem – en studie av sosialt liv*. Hovedfagsoppgave i sosialantropologi. Bergen: Universitetet i Bergen, 1990.
- Jacobsen FF. (2004). Sykehjem – et hjem for deg og en arbeidsplass for meg? I: Hugaas JV. et al. (red.): *Helse og helhet. Etiske og tværfaglige perspektiver på helsefaglig teori og praksis*. Oslo: UniPub forlag, 2004, s. 233–252.
- Larsen K. Med arkitektur som læremester – om praktikutdannelse af sygepleiestuderende. I: Petersen KA (red.): *Praktikker i erhverv og uddannelse*. Danmark: Akademisk Forlag, 2001, s. 440–474.
- Lian OS. Norsk helsevesen – utfordringer og utviklingstrekk. I: Lian OS. (ed.): *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Oslo: Tano Aschehoug, 1996, s. 11–26.
- Lian OS. *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2007.
- Lian OS. Tillitens vilkår i en markedsorientert helsetjeneste. *Sosiologi i dag* 2003; 2, 33: 31–49.
- Lund S. Hjemmekos: Scenesetelse av norsk familiesamvær. *Norsk Antropologisk Tidsskrift* 2003; 1, Vol.14, s. 27–34.

- Martinsen K. Angår du meg? Etisk fordring og disiplinert godhet. I: Alvsvåg H, Førland O. (red.): *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribe, 2007, s.315 – 344.
- Martinsen K. At bo på sykehus og at erfare arkitektur. I: Larsen K. (red.): *Arkitektur, krop og læring*. København: Hans Reitzels Forlag, 2005, s.131–158.
- Martinsen K. *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano Forlag, 1993.
- Måseide P. *Interactional aspects of patient care. The social organization of medical adequacy in a hospital ward*. (dr. avh.) Bergen: University of Bergen, 1987.
- Nordberg-Schulz C. *Mellom jord og himmel: en bok om steder og hus*. Oslo: Pax, 1978.
- NOU-rapport 1992:1. *Trygghet – Verdighet – Omsorg*. (Gjærevoll-utvalgets innstilling)
- Schiøtz A. (red.) *Folkets helse – landets styrke 1850 – 2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- SSB. <http://www.ssb.no/emner/03/hjulet/2008-10-17-24.html>, 2007. Lenke oppsøkt 29.10.09.

Frode F. Jacobsen
dr. polit., sykepleier og antropolog,
førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie,
forskningsleder ved Senter for omsorgsforskning,
Høgskolen i Bergen.
Førsteamanuensis II ved Betanien Diakonale Høgskole.
fff@hib.no

Omsorgens vilkår: Om gaver og tjenester som del av relasjonsdannelse i institusjonspsykiatrien når brukermedvirkning skal vektlegges

Michael 2010;7:218-33.

Brukermedvirkning har de siste årene vært vektlagt som en politisk målsetting i organiseringen av psykiatrihelsetjenestene. Vektlegging av brukermedvirkning har fått konsekvenser for hvordan omsorg organiseres og praktiseres, og der omsorg skal praktiseres etter et servicemønster. Et servicemønster til grunn for organisering av psykiatrihelsetjenestene fordrer jevnbyrdighet og likeverdighet i relasjonsdannelsene mellom personalet og pasientene. Artikkelen bygger på en etnografisk studie fra et psykiatrisk sykehus i Norge, og diskuterer særlig omsorgens vilkår. Med omsorgens vilkår menes her hvilken betydning utveksling av gaver og tjenester har for relasjons- og alliansedannelsene mellom personalet og pasientene i et psykiatrisk sykehus. Artikkelen baserer seg på Marcel Mauss' utlegning om «Gaven» og Erving Goffmans fremstilling av servicemønster i den psykiatriske institusjonsomsorgen. Gaven inngår som en del av en service-relasjon; et bytteforhold mellom goder og tjenester basert på det å gi, motta og gi noe tilbake. Vedvarende flyt av gaver binder mennesker sammen i omsorgsrelasjoner, mens stans i flyt av gaver og tjenester symboliserer brudd på relasjonen mennesker imellom. Det å etablere symmetriske jevnbyrdige omsorgsrelasjoner i tråd med brukermedvirkningens prinsipper, synes å by på en del utfordringer i hierarkiske medisinske organisasjoner.

Brukermedvirkning og servicemønster

Siden midten av 1990-tallet har brukermedvirkning vært vektlagt som en politisk målsetting i organiseringen av psykiatriske helsetjenester i Norge (st. meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet), så vel som i store deler av den vestlige verden (Bradshaw 2008; Edgley, Stickley & Masterson 2006). Det hevdes at en slik politisk målsetting med vektlegging av brukermedvirkning har fått konsekvenser for hvordan omsorgen organiseres og har endret selve synet på hvordan omsorg skal praktiseres (Hickey & Kipping 1998, Trnobranski 1994).

En omorganisering av omsorgstjenestene vil innebære at tjenestene forankres i liberalistisk tenkning, der det skal ytes service overfor brukere med psykiske lidelser (Grut 2003). Grunnleggende sett fordrer brukermedvirkning at det ligger et servicemønster til grunn i utformingen av psykiatrilhelse-tjenestene. Brukermedvirkning har blitt beskrevet som å rukke fundamentalt ved maktforholdet i terapeutiske relasjoner, i betydning av å tilstrebe større grad av jevnbyrdighet og likeverd i relasjonen mellom omsorgsyter og omsorgsmottaker (Hickey & Kipping 1998). I sykepleiefaglig litteratur har det blitt vektlagt at relasjonen mellom sykepleier og pasient må bli mer likeverdig basert på vennskap og gjensidig forståelse (se blant annet McCann & Baker 2001; Olsen 1992).

I denne artikkelen vil jeg diskutere omsorgsrelasjonen i lys av et servicemønster der *utveksling av gaver og tjenester* finner sted som en del av vilkårene og betingelsene for omsorgs- og relasjonsdannelse mellom personalet og pasientene i psykiatriske institusjoner. Jeg vil særlig anskueliggjøre de strukturelle vilkår for omsorgsrelasjoner gjennom å kombinere Mauss' (1925/1995) ideer om «Gaven» med Goffmans (1961/1967) fremstilling av servicemønster i psykiatriske institusjoner.

Omsorgsrelasjonens institusjonelle historiske kontekst

Å knytte bånd og allianser til psykiatriske pasienter for å fremme bedring hos pasientene, er blitt fremstilt som like gammelt som institusjonene selv (Foucault 1973/1999). De første asylene ble etablert for å humanisere behandlingen av sinnssyke, gjennom å befri de gale fra lenkene (Hermundstad 1999; Digby 1985; Foucault 1973/1999). Foucault har trukket frem særlig to ulike institusjoners betydning for etablering av institusjonsomsorgen av de «gale». Den ene er Samuel Tukes Retreat utenfor York i England, og den andre er Philippe Pinels etablering av Bicêtre utenfor Paris.

«Hospitalet» er av Foucault (1973–74/2008; s.101) blitt omtalt som «the curing machine»; hvor relasjonene skulle bygges opp rundt profesjonelle oppdragende omsorgsrelasjoner betegnet som «moral treatment». Samuel

Tuke fremstilte «moral treatment»-tilnærmingen som å utgjøre selve hjørnesteinen og grunnlaget for bedringen av pasientene. Han hadde tro på at menneskesinnet kunne forandres med dens fornuft gjennom kjærlig mellommenneskelig behandling, aktivitet og arbeid. Omsorgen til de «gale» skulle være preget av varme, kjærlighet og ømhet. Mennesket kunne påvirke seg selv i relasjon til andre og gjennom aktivitet. Den «gale» kunne gjennom et forhold til seg selv og sin oppdrager lære selv-beherskelse og selv-kontroll, og derved kontrollere sine utbrudd, sinne, melankoli og mani (Tuke 1813/1964). Personalet skulle lede pasientene gjennom en myk og mild overtalelse, og med et vennlig og lavt stemmeleie. Tuke vektla videre at de pasientene som får omsorgsfull og human behandling knytter seg til sine behandlere. Han skrev: «In such cases, the judicious kindness of others appears generally to excite the gratitude and affection of the patient» (Tuke 1813/1964;136).

Metodiske og analytiske innfallsvinkler

Det empiriske materialet som ligger til grunn for denne artikkelen er hentet fra en etnografisk studie på et ni måneders feltarbeid på et psykiatrisk sykehus i Norge, og er basert på observasjoner av interaksjonen mellom personalet og pasienter. (Øye & Skorpen 2009a).

Studien er tverrfaglig og utført av en sosialantropolog (forfatter) og en sykepleieviter.

Feltarbeidet foregikk på to ulike lukkede allmennpsykiatriske avdelinger på dag- og kveldstid på en kortidsavdeling og en langtidssavdeling. Etnografisk metode baserer seg på et lengre opphold på forskningsarenaen og innebærer at forskeren deltar i de studertes dagligliv og observerer hva som utspiller seg av samhandlingsaktiviteter (Fangen 2004, Delamont 2004). I denne studien ble en kombinasjon av deltagende observasjon, samtaler og intervju anvendt av innlagte psykiatriske pasienter og personalet.

Pasientinformantene var av begge kjønn i alder mellom 18 og 65 år med ulike lidelser og diagnoser, mens personalinformantene var psykiatere, leger, psykologer, sosionomer, sykepleiere (med og uten spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie/psykisk helsearbeid), aktivitører og hjelpepleiere (med og uten spesialutdanning i psykiatri) og ufaglærte.

Fortrinnsvis baserer denne fremstillingen seg på sykehusets aktører som deltok jevnlig i avdelingenes dagligliv, og som primært innebærer sykepleiere, aktivitører og hjelpepleiere. Sykehusets psykiatere, leger, psykologer og sosionomer deltok ikke daglig i avdelingenes dagligliv, men var kun innom avdelingenes vaktrom på behandlingsmøter og evalueringsmøter, samt av og til på rapportmøter. Dette var møter der beslutninger om pasienters

behandling og opphold på institusjon ble fattet. For enkelhets skyld benyttes begrepet «personalet» som en samlet betegnelse i denne fremstillingen.

Totalt ble 23 medlemmer av personalet og 15 pasienter intervjuet, og det empiriske materialet er innsamlet fra de to ulike avdelingens offentlige rom som var røykerommet, vaktrommet og gangen/dagligstuen. Studiens empiriske materiale er basert på en abduktiv analyseprosess, der analyseprosessen har foregått som en syntese mellom en induktiv analyseprosessen avledet av det empiriske materialet og en teoretisk induert analysemåte (Alvesson & Sköldbberg 2008). Det empiriske materialet og artikkelforfatterens ideer om dette materialet står derfor i dialog med allerede etablerte teoretiske konstruksjoner som Marcel Mauss' (1925/1995) fremstilling av «Gaven» og Erving Goffmans (1961/1967) utlegning om servicemønster i institusjon. Artikkelens fremstilling vil være preget av en slik abduktiv tilnærming med en suksessiv fremstilling av empiri og teori.

Studien fikk tilråding av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK), og det ble innhentet individuelt informert samtykke til for intervju. Pasientene måtte i tillegg gi sitt informerte samtykke til å bli observert (se Oeye, Bjelland & Skorpen 2007). Det empiriske materialet er hentet fra to ulike avdelinger for å sikre anonymisering.

Dagliglivet på det psykiatriske sykehuset

Avdelingens dagligliv var organisert etter et fastlagt rutinemessig aktivitets- og husholdsmønster bestemt av personalet. Dagen startet med vekking av pasientene. Deretter ble det servert frokost og arrangert morgenmøte, der deltakelse i ulike planlagte aktiviteter og husholdsgjøremål ble organisert i samarbeid med de fremmøtte pasientene.

Det psykiatriske sykehuset tilbød en rekke aktivitetstilbud til pasientene, slik som sportsaktiviteter, håndarbeidsaktiviteter, fellesturer, arbeidstrening eller skole. I tillegg ble pasienten oppfordret til å delta i vask av rom, matlaging, dekking av bord og lignende. De pasientene som stod tidlig opp og deltok på morgenmøtet, ville enten delta i ulike gjøremål og aktivitetstilbud, gå tilbake til sine rom eller forsvinne inn på røykerommet med en kopp kaffe. Dagens aktiviteter ble avbrutt av middag midt på dagen og avsluttet med servering av ettermiddagskaffe. Etter ettermiddagskaffen var det sjelden et planlagt program, og pasientene var fri til å gjøre hva de ville inne på avdelingen innenfor gjeldene reglement og husregler. På kveldstid var det sjelden planlagte aktiviteter, men mange pasienter ville da samles på røykerommet eller oppholde seg på eget rom.

Pasientene kunne velge å delta eller avvise å delta i aktivitetstilbud som eksempelvis tur i skog og mark, smykkedesign, sløyd, klatring, arbeidstrening

eller liknende. Ingen pasienter ble tvunget til å delta i avdelingenes aktiviteter, men de ble sterkt oppfordret til å delta.

Jevnlig deltakelse i aktiviteter og gjøremål ble av personalet betraktet som positive tegn mot bedring, mens uteblivelse fra daglige aktiviteter over tid ble betraktet som tegn på forverring av pasientens psykiske tilstand. Deltakelse i institusjonens aktivitetstilbud ble av personalet betraktet som en måte for pasienter å lære sosiale og praktiske ferdigheter på, som en forberedelse til livet utenfor institusjon. Avdelingspersonalet hadde spesielt ansvar for å følge opp en eller to pasienter gjennom å være miljøkontakt. Dette var pasienter som de fulgte opp ekstra nøye og hadde et spesielt ansvar for å lære å kjenne, observere og lære opp. Å gjøre noe sammen med pasienten i ulike aktiviteter ga personalet en anledning til å bli kjent med pasienten, for bedre å vite hva slags aktiviteter pasientens burde motiveres for å delta i samt får bedre kjenneskap til hva som plaget de (Øye & Skorpen 2009b). Personalet kunne fortelle at de ofte knyttet spesiell kontakt med de pasienter de gjorde noe sammen med.

Pasientenes deltakelse i aktiviteter og dagliglivet ble brukt som grunnlag av observasjoner av pasientenes symptomatferd. Det som ble observert av pasientenes deltakelse i miljøet ble rapportert til andre personalmedlemmer på vaktrommet, uten at pasientene var tilstedet på dette rommet. På vaktrommet ble hver enkelt pasient gjennomgått tre ganger om dagen i korthet og en gang i uken mer omfattende hvor behandlende psykiater, psykolog og sosionom var tilstede. Bestemmelser knyttet til permisjoner, utgang, skjerming, videre opphold på institusjonen, medisiner og annen behandling ble tatt på grunnlag av den informasjonsoverrekkelse som foregikk på disse rapportene og møtene. Det ble rapportert om hva pasienten hadde gjort i løpet av dagen, hvilke aktiviteter vedkommende hadde deltatt i og ikke minst hvordan pasientens tilstand ble oppfattet. Typiske uttalelser angående gjøremål kunne være: har vært på arbeidsstuen og laget seg et smykke, har ligget i sengen i hele dag, har vært på en kort tur til butikken, var med på fellessturen i skogen, satt på røykerommet i timevis, gjemte seg i dusjen. Typiske uttalelser om tilstander hos pasienten kunne være: er ustabil, noe oppfarende, er aggressiv overfor medpasienter, noe mer samlet nå, kaotisk, lei seg, virker sint. I det hele tatt ble pasientens tilstand vurdert basert på avdelingspersonalets observasjoner av pasientene i løpet av dagen i miljøet. Observasjonen ble basert på kriterier om pasienten ble oppfattet som bedre eller verre, mer eller mindre umoden, mer eller mindre kaotisk, mer eller mindre urolig, mer eller mindre aggressiv, mer eller mindre selvstendig, mer eller mindre aktiv osv. Hva pasienten hadde ytt og hvordan han hadde oppført seg i løpet av et gitt tidsrom i miljøet, ble lagt til grunn for de beslutninger som ble tatt på pasientens vegne.

Serviceelasjonen i institusjon

Erving Goffman (1961/1967) har i boken «Anstalt og menneske» (1961/1967) påpekt den betydning et servicemønster har for relasjonsdannelse mellom behandler og pasient i institusjonspsykiatrien. Et servicemønster, hevder Goffman (1961/1967; s.236), er forutsetninger og idealer hentet fra forretningsverden, der den ene betjener og den andre blir betjent, eller der den ene yter service og den andre mottar service. Et serviceytende system bringer med seg et spesifikt sosialt samværsforhold, der pasienter overgir seg i den andre varetekt; serviceyterens. Ideelt sett skal pasienten ha respekt for serviceyterens kompetanse og stole på vedkommende, og serviceyteren utøver denne kompetanse med en viss diskresjon og høflighet. Den serviceytende vil ofte reparere noe, ordne noe, justere noe, gjøre noe med noe eller noen for et honorar. Serviceytelsen kan også være motivert ut fra interessen for arbeidet, samt en opplevelse av at det som ytes er til gagn for vedkommende som tjenes.

Den interaksjon som oppstår mellom klient og serviceyter er av relativt strukturert form, i den forstand at den serviceytende kan engasjere seg i mekaniske og manuelle operasjoner av diagnostisk karakter. Det innebærer at serviceyteren må få opplysninger av teknisk art; det vil si hva som skal repareres eller ordnes opp i. Goffman hevder at det som foregår av interaksjon og relasjonsdannelse partene imellom, kan forstås innenfor denne strukturelle normative ramme for interaksjon.

Dette er en kontrakt som berører to grunnleggende enheter: klienten og klientens defekte objekt. Behandleren og pasientens samværsforhold er preget av denne institusjonelle sammenheng, der behandler må fremby service fra serviceyterens synspunkt, mens denne serviceelasjonen varer kun så lenge motparten kan akseptere denne. Begge parter i serviceelasjonen er forutbestemt til å tilby motparten noe, så vel som at begge er forutbestemt til å kunne avvise hva motparten kan tilby. Ideelt sett kan pasientene enten akseptere eller avvise det behandleren har å tilby. Avvisningen eller overdreven akseptering kan få konsekvenser for relasjonen og pasientenes videre opphold i institusjon. Goffman skriver (1961/1967; s.246) med referanse til serviceforholdets karakter:

«Under sådanne omstændigheder kan serviceyderen være uafhængig af hver enkelt klients «gunst» og høflig afvise enhver, som han føler, han ikke kan betjene forsvarlig. På samme måde kan enhver af klienterne trække sig af det, hvis servicerelationen viser sig at være utilfredsstillende. Ideelt set ligger der en tosidet frivillighed i samhørsforholdet – ligesom med mennesker der lever i synd. Der er også en grænse for, hvor meget hver af parterne kan beklage sig over forholdet, så længe de befinder sig i det. Ideelt set giver

ekspertservicen uttryk for gensidig respekt mellom klient og serviceyder og er forudbestemt til at være en gentleman-agtig proces.»

På et psykiatrisk sykehus er pasient og behandler bundet sammen så lenge de befinner seg innenfor institusjonens vegger med mål om endring og bedring hos den av partene som søker hjelp eller blir søkt hjelp for. Pasientene ble tilbudt medisinsk behandling og noen få pasienter fikk tilbud om samtalebehandling med psykolog. Pasienter kunne både akseptere den medisinske behandling i form av å svelge tabletter når de skulle, eller de kunne avvise den medisinske behandling gjennom å stue vekk tablettene i en sokk i skapet, spyttede den i do, samle tablettene opp i en eske eller liknende. Å avvise den medisinske behandlingen ble møtt med sanksjoner hvis det ble oppdaget. Som regel ble det iverksatt tvangsmedisineringer gjennom depotinjeksjoner. Av den grunn kunne ikke samværsforholdet betraktes som servicerelasjon i begreps egentlige forstand. Alle psykiatriske pasienter innlagt på sykehuset over tid måtte ta imot medisinsk behandling, og følgelig kunne ikke pasienter avvise tilbudet om medisinsk behandling. På et psykiatrisk sykehus vil det derfor ikke være snakk om en «ren» servicerelasjon, der pasientene fritt kunne akseptere eller avvise det servicetilbud som ble forelagt.

Dette var også noe av Goffmans (1961/1967) poeng, der han stilte seg tvilende til om man i det hele tatt kunne anvende servicemønsteret som referanseramme i psykiatriske sykehus. Et serviceforhold har sin egen logikk som fortøner seg annerledes innenfor en institusjonell ramme som det psykiatriske sykehuset sammenlignet med andre samhørsforhold utenfor institusjoner (Goffman 1961/1967). På et psykiatrisk sykehus vil frivillighetsprinsippet ikke nødvendigvis gjelde, og pasienten kan være påtvunget inn i samhørsforholdet og relasjonen. Pasientene kunne blant annet ikke velge hvem som skulle være deres miljøkontakt, men ble tilbudt en miljøkontakt de ikke kunne avvise. Innenfor en institusjonell ramme vil også en serviceyters oppgave om å yte god service stå i konflikt med profesjonens mandat til å yte kontroll over pasienten. Mandat til profesjonsutøveren vil være å tilse at samfunnsmessige normer blir opprettholdt, som for eksempel at pasienten ikke skader seg selv eller andre (Jacobsen 2006; Sørensen 2006; Øye & Skorpen 2009b).

Gaven: Å gi og forvente noe tilbake

Marcel Mauss' publikasjon «Gaven» (1925/1995) tematiserte i likhet med Goffman relasjons- og alliansedannelser mennesker imellom. «Gaven» er en komparativ studie, der Mauss sammenligner gaveutvekslingspraksiser i mange ulike primitive og før-moderne samfunn, som han kaller arkaiske.

Dette til tross kan boken leses som også å gjelde det moderne samfunn, og som noe grunnleggende menneskelig og en allmenn forståelse av sosialt liv.¹

En gave, tjeneste eller ytelse forplikter, og må møtes med gjenytelse (Mauss, 1925/1995). Siden gaven forplikter, fungerer gaven som en symbolsk kontrakt. Den som gir, får et symbolsk tak på mottakeren frem til gaven gjenyttes. Gaven betraktes som en institusjonalisert gavmildhet som innebærer at alle i et sosialt fellesskap står i en vag og udefinert gjeld til hverandre, og der den generaliserte resiprositeten skaper avhengighetsbånd. På den måten ligger det en kraft i tingene og ytelsene; en produktiv kraft. Plikten til både å gi og motta gaver utgjør selve det normative grunnlaget for det sosiale fellesskap, og på den måten opprettholdes også systemer av forpliktende relasjoner. En gaveutvekslingspraksis skaper allianser og nærhet mennesker imellom, heller enn avstand og fiendtlighet (Mauss 1925/1995). Mauss skrev at disse ytelsene ikke er uselviske, nettopp fordi de ikke er frie. Det forventes en motytelse, og da ikke bare som tilbakebetaling for en tjeneste eller ting, men også for å etablere eller vedlikeholde en allianse og relasjon. Gaveutveksling kan således betraktes som fundamentale sider ved mellommenneskelige relasjoner, og gaveutveksling skaper sosiale forpliktelser og varige bånd mellom partene. Mauss betraktet den sosiale verden som en verden av symbolske relasjoner der individene var uløselig knyttet sammen til hverandre i betydning at individets mentale liv var nært forbundet til gruppens liv. Menneskene er knyttet sammen som en usynlig nøkkel som sørger for at deres gjensidige relasjoner er konstante. Symmetriske bånd etableres bare så lenge partene er skuls, og så lenge en av partene står i gjeld til den andre part vil relasjonen betraktes som asymmetrisk.

Gaven og tjenester som ledd i alliansedannelser i institusjonens underverden

Mauss (1925/1995) beskrev hvordan gaven og gaveutveksling skaper sosiale forpliktelser og bånd mennesker imellom, og der plikten til å gi og motta utgjør selve det normative grunnlaget i det sosiale fellesskapet. På et psykiatrisk sykehus som i andre sosiale fellesskap skjer det relasjonsdannelser og

1 Forskjellen ligger i hva Mauss omtalte som gaveøkonomier i tradisjonelle samfunn. Disse tradisjonelle samfunn er i større grad enn hos oss preget av en dypere integrasjon og tettere fellesskap. Overbringelser av gaver i tradisjonelle samfunn er av total karakter som får implikasjoner for store deler av småskalasamfunnets sosiale liv som kjønnsrelasjoner, slektskap, trosformer, rangsforskjeller, næringsveier osv. Begrepet *total* er et nøkkelbegrep i «Gaven» i betydning av at alt i samfunnet henger sammen på en logisk måte; at alle praksiser og institusjoner speiler seg i hverandre og gjensidig forutsetter hverandre.

tilknytninger mennesker imellom gjennom flyt av gaver og tjenester, og som i en hver annen institusjon utvikler det seg en egen underverden som har helt spesifikke karakter av tilknytning mennesker imellom (Goffman, 1961/1967). Personalet i vår studie kunne under visse omstendigheter tillate seg å yte tjenester eller gi noe utover det forventete. Når pasientene manglet penger til røyk, kunne et personalmedlem ta penger fra personalets felles kaffekasse slik at pasienten fikk penger til røyk. Personalet kunne også ta med en pasient inn på vaktrommet (et rom som var forbeholdt personalet) å gi en kopp kaffe fra personalets egen kaffetrakter, eller sette seg sammen med en pasient for å ta en røyk sammen (noe som ikke var lov etter innføringen av røykeloven). Dette var gaver eller offer hvor personalet bryter med institusjonens offisielle normer for sosial samhandling. I kraft av bruddet av det som forventes skapes også nære bånd og allianser mellom partene. Slike ekstraordinære ytelser var handlinger pasientene la merke til og satte pris på. En pasient sa:

«Hun ble til og med igjen etter at vekten hennes var slutt. Jeg ba henne om å dra hjem siden hun var ferdig for dagen, men hun sa at hun ikke ville forlate meg når jeg var så utafør. Det satte jeg utrolig pris på, for jeg var så redd, så akkurat den pleieren fikk jeg et ekstra godt forhold til.»

Goffman (1961/1967) hevdet i likhet med Mauss at relasjoner konstitueres gjennom tjeneste- og gaveutveksling. Disse ekstraordinære ytelsene og gavene skapte en forventning hos pasientene om en reduksjon av avstanden mellom pasient og personalet med en større grad av likeverdighet, jevnbyrdighet og likefremhet. Denne form for relasjonsdannelse beskriver Goffman som en del av den uoffisielle protektorforhold tilhørende en underverden i et psykiatrisk sykehus i motsetning til det offisielle sosiale dagliglivet. Denne omsorgen gjennom disse ekstraytelsene er ikke fri – det forventes noe tilbake. Det ble forventet i gjengjeld at pasienten skulle forholde seg solidarisk gjennom å gjøre gjenytelser, som å delta i institusjonens aktiviteter og gjøremål som eksempelvis vasking av klær, matlaging, rydding, deltakelse på arbeidsstuen og lignende. Et slikt protektorforhold kunne i neste omgang gi pasienten en del forventning om gjenytelser fra personalet i form av større grad av friheter som innlagt. Pasientene kunne ha forventning om å få permisjon, utgang uten følge, flere røyk, tur til shoppingsenteret eller andre «goder.» Dette kaller Goffman gunstbevisninger og var selvsagt rubrisert som ulovlige og følgelig tilhørende institusjonens underverden. Goffman hevder videre at disse gunstbevisninger lett kunne bli rutinemessig og om-danne seg til en alminnelig forventning som ble tatt for gitt. Han skriver:

«Der indtrådte noget i retning av en tilbagegående proces, så ethvert nyt middel til at udvise omsorg blev til rutine og følgelig ikke mer var effektivt

som tegn på hensyn. Man måtte da til å supplere op med yderligere «gaver». Og når en gunstbevisning først var blevet taget som noget helt selvfølgeligt, kunne dens inddragelse give anledning til åbenlyse bebrejdelser» (Goffman, 1961/1967; s.217).

Gaven og stadige gjenytelser kan binde sammen et personalmedlem og en pasient i en relasjon, og der det dannes en allianse. I den grad vi kan tale om en jevnbyrdighet i relasjonsdannelsen tilhører dette institusjonens underverden eller den uoffisielle delen av institusjonens sosiale liv. Jevnbyrdigheten i relasjonene og alliansene mellom personalet og pasienten i institusjonens underverden var bare øyeblikksbetonet og tilsynelatende (Oeye et al. 2009b), da gaver ikke kunne utveksles gjensidig åpenlyst i institusjonens offisielle liv.

Gaven som brudd på alliansedannelser

I den offisielle verden på det psykiatriske sykehuset kunne personalet gi pasientene noe eller gjøre dem tjenester. Det kunne være alt fra å hente en kopp kaffe til dem, ta en kjøretur med de til et handlesenter, kjøpe noe for pasientene i butikken, vaske klærne deres, sy noe for dem eller liknende. Slike tjenester ble av personalet forklart som en måte å gi omsorg til pasientene på grunnet deres sårbarhet og lidelse (Oeye et al. 2009a). I kontrast kunne ikke pasientene gjøre gjengjeld til slike tjenester. Det ble riktignok forventet at pasientene skulle oppføre seg i tråd med institusjonens offisielle husregler og andre normer og regler, som eksempelvis å delta i dagliglivets aktiviteter og gjøremål. Men det å gi noe tilbake, kunne *ikke* gjengjeldes med en gave i form av en *ting*. Hvis en pasient tilbød en gave til et medlem av personalet, var vedkommende forpliktet til ikke å motta gaven.

En pasient åpnet døren inn til vaktrommet og sa at hun hadde en gave til Britt. Britt var pasientens miljøkontakt. Gaven var en bok som var pakket inn i gavepapir og sammen med boken hadde hun laget et kort der det stod et dikt som hun hadde forfattet selv. Hun fortalte at hun hadde brukt lang tid på å skrive diktet og ville gjerne gi denne boken, siden hun syntes hun hadde fått så god kontakt med Britt. Britt nølte med å motta gaven, og pasientens spurte mens hun stod i døråpningen med gaven utstrakt i hånden: «Vil du ikke ha gaven?» Britt så ned i gulvet, mottok noe reservert gaven og sa med en lav stemme: «Takk.» Da døren til vaktrommet ble lukket, la hun gaven med kortet fort vekk på et bord og spøkte rundt det hele og sa til de andre på vaktrommet: «Dere kjenner henne, den ene dagen er jeg helt fantastisk og den neste dagen er jeg ikke noe å samle på». Alle sammen lo og fortsatte med rapporten.

Det er en vanlig restriksjon i hele helsevesenet at personalet ikke har lov til å motta noen former for gaver av pasientene. Det å vurdere å ta imot

gaven kunne forplikte personalmedlemmet å gi noe tilbake til pasienten. En aksept av gaven kunne favorisere enkeltpasienten på bekostning av andre medpasienter og følgelig gå på bekostning av prinsippet om likebehandling. Gaveoverrekkelse fra en pasient til et personalmedlem ble også betraktet av personalet som en måte for pasientene å utvelge et personalmedlem på bekostning av andre personalmedlemmer. Pasientens gaveoverrekkelse ble således ansett som en mulig manipulerende atferd for å oppnå noen fordeler som kunne føre til splittelse av personalgruppen.

Gaveutveksling og flyt av gaver symboliserer at menneskets handlinger er felleskapshandlinger, der den endelige virkningen er opprettholdelse av sosial orden (Mauss 1925/1995). Det å nekte å ta imot gaven er en fornektelse av en sosial orden og samfunnets grunnverdier. I dette tilfelle blir avvisningen av gaven en fornektelse av en sosial orden tilhørende livet utenfor institusjonen, men ikke en fornektelse av den sosiale orden på institusjonen. Den sosiale orden i institusjonens offisielle dagligliv er ikke skapt for jevnbyrdighet og gjensidige allianser. Dette er en verden som bryter med mulighet for varige alliansedannelser, og i den grad det etableres alliansedannelser, tilhører disse alliansene institusjonens underverden. Når gaven ikke aksepteres, symboliserer det et brudd med en invitasjon til opprettholdelse av en allianse mellom to parter, som eksempelvis når gaven fra pasienten ikke kunne aksepteres av personalmedlemmet i institusjonens offentlige rom. Ved å ikke motta gaven, så setter man giveren i forlegenhet. Avvisning av gaven symboliserer et brudd på relasjonen i det gaven ikke aksepteres eller gjengjeldes (Mauss 1925/1995). I neste omgang symboliserer avvisningen av gaven et fundamentalt brudd med det symmetriske idégrunnlaget i terapeutiske relasjoner, samt bryter med prinsippet i humanistisk allianse ideologi (Hickey & Kipping 1998). Bruddet i gaveutvekslingen bidrar også til å undergrave brukermedvirkning, der maktbalansen skal forskyves fra ekspert til pasient. På et psykiatrisk sykehus kunne ikke pasientene gjengjelde tjenesten direkte, og følgelig blir gjensidigheten og jevnbyrdighet i relasjonen avbrutt. I dette tilfelle understreker brudd av gaveutvekslingen heller ujevnbyrdigheten og skjevheten i omsorgsrelasjonen. Asymmetrien i relasjonen etableres gjennom å avvise gjengjeldelsen av gaven.

Det vi finner på det psykiatriske sykehuset er heller en profesjonell, asymmetrisk relasjonsdannelse. Kari Martinsen (1996) skriver med referanse til Hans Jonas at: «Relasjonen blir en avhengig herre (pasienten som byder) og en mektig tjener. En er knyttet sammen fordi den ene er prisgitt den annen» (Martinsen 1996; s.101). Pasienten er prisgitt sin mektige tjener i kraft av sin posisjon som hjelpetrengende; pasientene søker eller blir søkt hjelp til og for. Det binder en uløselig sammen, men skaper også avstand

og asymmetri i kraft av spesifikke vilkår for denne relasjonsdannelse. Relasjonen er ikke betingelsesløs, men konstitueres i kraft av at noen vil noe med den andre utover det å betjene den andre etter et servicemønster. Det er ikke en betingelsesløs tjeneste eller gave som gis fra personalet til pasienten. Behandleren vil noe med pasienten i betydning å få pasienten til å bli frisk, bedre, mer moden, selvstendig, ansvarsfull, samlet, behersket, mindre aggressiv osv. (Oeye et al. 2009a). Det kan være mål personalet har på vegne av pasienten som pasienten ikke sier seg enig i, vil gjøre noe med eller klarer å gjøre noe med.

Hele det psykiatriske sykehusets offisielle liv er bygget rundt denne asymmetrien, der noen tar bestemmelser på vegne av andre. Vaktrommet var forbeholdt personalet og beslutninger tatt vedrørende pasientenes tilværelse inne på og utenfor institusjonen ble tatt uten at pasientene var tilstedet på dette rommet. I det hele tatt ble det totale dagliglivet organisert slik at personalet kunne observere pasientene i dagliglivets gjøremål og aktiviteter for å få informasjon om symptomutvikling hos pasientene (Øye & Skorpen 2009b). Det er noen som gir omsorg og noen som mottar omsorg, det er noen som hjelper og noen som blir hjulpet, det er noen som gir «noe» og noen som mottar «noe». Pasientene mottar noe som ikke umiddelbart kan gjengjeldes i form av gaver. Det å ha mottatt gaven fra personalets side ville ha rokket ved den grunnleggende asymmetriske relasjonen karakteristisk for en hierarkisk medisinsk institusjon; den som er frisk/normal versus den som er syk/avvikelig (Skorpen et al. 2009). I institusjonens offentlige liv ble omsorgsrelasjoner produsert basert på autoritet og underdanighet, noe som går igjen i hele den offisielle medisinske hospitalstrukturen (Oeye et al. 2009b).

Å gi noe tilbake: Gaven som bindeledd mellom stat og individ

Gavepraksisen som alliansedannende kan ses i lys av en større institusjonell og samfunnsmessig ramme. Det å tilby noe kan betraktes som en del av en nasjonal serviceytelse til den delen av befolkningen som lider av psykiske lidelser. Mauss (1925/1995) omtalte hvordan velferdsstaten griper inn i borgernes liv gjennom total omsorg og sosiale ytelser, men vektla samtidig hvordan ytelsene måtte tilbakebetales av borgerne. Mauss skriver (1925/1995; s.195–196):

«På den annen side ønsker staten å ta vare på individet med sine statlige institusjoner. Samfunnet vil tilbake til den sosiale cellen. Det søker å omfatte individet med en total omsorg, hvor rettsfølelsen blander seg med andre og renere følelser; følelser som har å gjøre med veldedighet, «sosiale ytelser» og solidaritet. Tematikken omkring gaven, friheten og forpliktelsen ved gaven,

tematikken omkring gavmildheten og renten man må yte, er på vei tilbake, slik et tema som har vært glemt for lenge, dukker opp igjen.»

Mauss var opptatt av hvordan gaven, plikten og friheten hang sammen, og herunder hvordan gaver og invitasjoner skulle gjengjeldes. Gaven kan med dette forstås som ledd i en statlig styring, hva Mauss omtalte som en total omsorg. Gaven i form av total omsorg er ikke fri. Det forventes at borgerne eller pasientene skal yte noe tilbake. Det forventes ikke at pasienten skal yte noe tilbake der og da nødvendigvis, men i form av en langsiktig omforming til produktive borgere slik at de kan gi noe tilbake til storsamfunnet. Det forventes at pasientene skal tilbakeføres som tilnærmelig normaliserte borgere i tråd med psykiatrireformen (se St. meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet).

Foucault var i likhet med Mauss påvirket av den franske strukturalisme og belyste sammenhengen mellom styring og individers dannelse. Mens Mauss var opptatt av hvordan gaven, plikten og friheten hang sammen, og herunder hvordan gaver og invitasjoner skulle gjengjeldes, var Foucault opptatt av hvordan friheten og de frie valgene bare var tilsynelatende (Foucault 1982/2001; 1961/1999).²

Iver B. Neumann (2002) bygger på Foucault når han hevder at de norske myndighetene prøver gjennom en liberal styringsform og implementering av brukermedvirkning eller serviceinstitusjoner i offentlig omsorg å introdusere en maktform som kan tjene statlige interesser på lang sikt. Staten er avhengig av produktive individer, og individer som ikke vil individualiseres blir et problem for staten (Neumann 2002). Omsorgen og ytelsene blir ikke å betrakte som uselviske, nettopp fordi de ikke er frie. Det forventes mottelser i form av subjektiv omdannelse til produktive borgere på sikt.

Siden etablering av de første psykiatriske institusjonene har hensikten vært at psykiatriske pasienter skulle læres opp inne på institusjon for å gjenetableres som samfunnsnyttige borgere utenfor institusjonen (Foucault 1961/1999; Tuke 1813/1964). Tuke (1813/1964) førte blant annet regnskap over hvor mange pasienter han hadde tilbakeført pr. år til sine familier og lokalsamfunn etter behandling i hans institusjon. Tuke Retreats opprettholdelse og legitimitet lå i et slikt samfunnsoppdrag. I dag som den gang tilrettelegges institusjonsomsorgen for at pasientens skal læres opp og behandles innenfor for et liv utenfor institusjon (Sørensen 2006; Oeye et al. 2009a). Pasientene skulle blant annet læres praktiske og sosiale ferdigheter i samhandling med andre. Denne treningen kunne skje i interaksjon med

2 Mauss (1925/1995) formidler her i kontrast til Foucault et langt mer optimistisk og positivt syn på velferdsstaten.

personalet gjennom å gjøre noe sammen som eksempelvis å bake noe sammen, sy noe sammen, gå tur sammen eller liknende. Slikt sett kan et totalt omsorgsforhold vedlikeholdes av en lønnsom allianse mellom stat og psykiatriske pasienter etablert i institusjonelle omsorgs- og servicereelasjoner. Omsorgen og relasjonsdannelsene blir å betrakte som ledd i omforming av dysfunksjonelle borgere i institusjonsomsorgen.

Gaven, og gjengjeldelse av gaven kan således fungere som bindeleddet mellom stat og individ. Staten yter omsorg via dets institusjoner og dets personalet, og i disse omsorgsyttelsene forventes noe tilbake; gjenytelse i form av subjektets omdannelse til normaliserte borgere. Gavens gjengjeldelse blir ikke forventet gjengjeldt i form av en gave der og da, men i form av pasientens endring og omdanning over tid. Pasienter som ikke klarer denne omdannelsesprosessen kan stå i en udefinert gjeld til den store yter; staten. I kraft av å ikke kunne yte noe tilbake til fellesskapet, kan pasientene risikere langvarig marginalisering.

Gavens rolle

Omsorgens vilkår i institusjonsomsorgen kan belyses gjennom å anskueliggjøre *gaven* som symbol på relasjonsdannelsen på den ene siden og brudd i relasjonsdannelsen på den annen side. Gaver kan binde mennesker sammen i omsorgsrelasjoner, mens stans i flyt av gaver og tjenester symboliserer brudd på relasjonen mennesker imellom. Gaven inngår som en del av en servicereelasjon; et bytteforhold mellom goder og tjenester basert på det å gi, motta og gi noe tilbake innenfor institusjonens sosiale liv og rammer. Gaveutveksling symboliserer relasjoner basert på jevnbyrdighet (Mauss, 1925/1995). Jevnbyrdighet i omsorgsrelasjoner etterstrebes som et ideal i organiseringen av psykiatrihelsetjenestene gjennom målsetting om brukermedvirkning (se st.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet), og inngår også som en sentral målsetting i sykepleiefaglige idealer (McCann & Baker 2001; Olsen 1992).

Brukermedvirkning fordrer jevnbyrdighet i relasjonen mellom personalet og pasientene (Hickey & Kipping 1998). Symbolske gaveutvekslinger partene imellom kan bidra til å opprettholde jevnbyrdighet i relasjonen. En slik symbolsk gaveutveksling finner sted i institusjonens underverden og uoffisielle dagligliv. Det er verken snakk om svære summer eller store gaver, men små symbolske gaver som bidrar til å understreke forholdets betydning og opprettholde alliansen personal og pasient imellom. Brudd på denne gaveutvekslingen skjer i institusjonens offisielle liv, der personalet ikke kan motta symbolske gaver. Det å ikke akseptere gaven skaper et brudd i en etablert alliansedannelse eller avviser en påtenkt alliansedannelse. Slik insti-

tusjonsomsorgen er organisert i dag oppstår det et spenningsfelt mellom relasjonens symmetriske forsøk gjennom gaveutveksling i institusjonens underverden, og asymmetriske relasjoner tilhørende sykehusets offisielle hierarkiske organisering. Det å etablere symmetriske omsorgsrelasjoner i tråd med brukermedvirkningens prinsipper synes derfor å by på en del utfordringer i hierarkiske medisinske organisasjoner der målet er endring av galskapen og normaliserte borgere.

Litteratur

- Alvesson M, Sköldberg K. *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur, 2008.
- Bradshaw PL. Service user involvement in the NHS in England: Genuine user participation or a dogma-driven folly? *Journal of Nursing Management* 2008; 16(6), 673–681.
- Delamont, S. Ethnography and participant observation. I: Seale C, Gobo G, Gubrium JF, Silverman D. (eds.) *Qualitative research practice*. London: Sage Publications, 2004, s. 217–29.
- Digby A. *Madness, morality and medicine: A study of the York Retreat, 1796–1914*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- Edgley A, Stickley T, Masterson S. Whose right? *Journal of Mental Health* 2006; 15(1), 35–42.
- Fangen K. *Deltagende Observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget, 2004.
- Foucault M. *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal, 1973.
- Foucault M. The subject and power, I: Faubion JD (ed.) *Power. Essential works of Foucault 1954–1984, volume three*. London: Penguin Press, 1982/2001, s. 326–48.
- Foucault M. *Psychiatric Power. Lectures at the college de France 1973–1974*. New York: Palgrave Macmillan, 1973–1974/2008.
- Goffman E. *Anstalt og menneske*. Viborg: Paludans fiol-bibliotek, 1961/1967.
- Grut L. En modell for brukermedvirkning i psykiske helsetjenester. *Tidsskrift for Velferdsforskning* 2003; 6(3), 178–188.
- Hermundstad G. *Psykiatriens Historie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.
- Hickey G, Kipping C. Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of Clinical Nursing* 1998; 7(1), 83–8.
- Jacobsen CB. *Paradoksal Psykiatri – Etnografiske analyser av samspeilet mellom plejepersonale og pasienter i dansk retspsykiatri*. København: København Universitet, Institutt for Antropologi, 2006. Ph.D. Thesis.
- Martinsen K. *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.
- Mauss M. *Gaven. Utrvekslingens form og årsak i arkaiske samfunn*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 1925/1995.
- McCann TV, Baker H. Mutual relating: developing interpersonal relationships in the community. *Journal of Advanced Nursing*. 2001, 34(4), 530–7.
- Neumann IB. *Michel Foucault Forelesninger om regjering og styringskunst*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2002, s. 7–38.

- Oeye C, Bjelland AK, Skorpen A. Doing participant observation in a psychiatric hospital – Research ethics resumed, *Social Science & Medicine* 2007; 65(11), 2296–306.
- Oeye C, Bjelland AK, Skorpen A, Anderssen N. Raising adults as children? A report on milieu therapy in a psychiatric ward in Norway, *Issues in Mental Health Nursing* 2009; 30(3), 151–8. (a)
- Oeye C, Bjelland AK, Skorpen A, Anderssen N. (2009b). User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway – a mission impossible? *Nursing Inquiry* 2009; 16(4), 287–96. (b)
- Olsen DP. Controversies in nursing ethics: a historical review. *Journal of Advanced Nursing* 1992; 17(9), 1020–7.
- Skorpen A, Anderssen N, Øye C, Bjelland AK. Treatment regimes in a psychiatric hospital apparent contradictions? Report from field work in a locked-up ward illustrated with a constructed case. *International Journal of Mental Health Nursing* 2009; 18(6), 409–16.
- St. meld. nr. 25 (1996–97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr25_199697.html?id=191086
- Sørensen NØ. *I virkeligheden udenfor. Et dobbeltperspektiv på sygeplejerskers arbejde i en psykiatrisk institution. En analyse af magt, styring – og selvstyringsteknikker*. PhD thesis. Roskilde: Forskerskolen i livslang læring, Roskilde Universitetscenter, 2006.
- Trnobranski PH. Nurse–patient negotiation: assumption or reality? *Journal of Advanced Nursing* 1994; 19 (1), 733–7.
- Tuke S. *Description of the Retreat*. London: Dawsons of Pall Mall, 1813/1964.
- Øye C, Skorpen A. *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon. En analyse av miljøterapeutiske praksiser*. (PhD-avh.), Bergen: Universitetet i Bergen, 2009. (a)
- Øye C, Skorpen A. Kjennskapens ritus - Fra Tukes te-selskap til fredagskos i et psykiatrisk sykehus. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 2009; 50(3), 267–92. (b)

Christine Øye
 Førsteamanuensis
 avdeling for helsefag
 Høgskolen Stord/Haugesund
 N-5409 Stord
 christine.oye@hsh.no

Mennesket i DRG-systemets bilde – helt eller stykkpriset og delt?

Michael 2010; 7: 234-43.

Innsatsstyrt finansiering via DRG-systemet står for en betydelig andel av finansieringen av helseforetakene i Norge. Prinsippet er at jo høyere aktiviteten i et helseforetak er, jo større blir helseforetakets refusjoner. I denne artikkelen redegjør vi kort for DRG-systemet og de variablene som i dette systemet legges til grunn for å vurdere aktiviteten ved sykehusene. Vi drøfter spesielt diagnosen som sentral variabel i systemet og spør om denne er i stand til å fange opp sykdomsbegrepets kompleksitet. Videre diskuterer vi hvorfor viktige pasientrelaterte aktiviteter som omsorg og samhandling ikke er med blant variablene i DRG-systemet. Vi drøfter hvilke konsekvenser dette kan ha for blant annet omsorgsperspektivet og diskuterer hvordan bruken av DRG-systemet kan tenkes å påvirke helsearbeideres tenke- og handlemåte.

Innsats og finansiering

Innsatsstyrt finansiering gjennom DRG-systemet er etter hvert vel etablert som finansieringsmodell i helsevesenet. I 2009 ble 40 % av helseforetakenes somatiske pasientbehandling finansiert gjennom dette systemet, og det finnes lange og detaljerte lister over hva pasientenes diagnoser er priset til (1). Begreper som aktivitetsmål, produksjon og resultat er ikke lenger forbeholdt næringslivet, men brukes like gjerne i behandling av pasienter. Hvilken innvirkning har dette på oss som helsearbeidere – og gjør det noe med måten vi tenker og handler på?

Hensikten med denne artikkelen er ikke først og fremst å diskutere rettferdigheten ved innsatsstyrt finansiering som økonomisk fordelingsredskap i helsevesenet, men snarere å reflektere over hva denne modellen gjør med helsearbeideres fokus.

DRG-systemet

Innsatsstyrt finansiering – stykkprisfinansiering – innebærer at helseinstitusjonene skal få betalt ut fra hva de gjør, altså ut fra aktiviteten. Prinsippet er at jo høyere aktiviteten er, desto større blir helseforetakets refusjoner.

DRG-systemet er et redskap som skal beskrive aktiviteten ved sykehusene (2). DRG er en forkortelse for «diagnoserelaterte grupper» (2). Systemet ble utviklet ved Yale University i USA og tok sikte på å måle sykehusenes produktivitet og effektivitet, samt ledelse og ressursforbruk (3). Modellen var hentet fra industrien (4). Norge var relativt tidlig ute med innføringen av DRG i europeisk sammenheng. Etter et prøveprosjekt i Hordaland og Nordland tidlig på 1990-tallet, ble innsatsstyrt finansiering via DRG-systemet innført i Norge fra 1997 (3).

Prinsippet i DRG-systemet er at man ved hjelp av visse variabler søker å beskrive hvor mye ressurser sykehuset bruker på den enkelte pasient. De sentrale variablene er (2):

diagnoser
prosedyrer (operasjoner med mer)
kjønn
alder
utskrivningsstatus

Ut fra disse variablene plasserer systemet hver enkelt pasient i en diagnose-relatert gruppe (DRG), og dette brukes som beregningsgrunnlag for innsatsstyrt finansiering.

Systemet er kvantitativt og baserer seg på at de sentrale variablene er målbare. Variablene konverteres derfor til tall – eller DRG-poeng. Diagnoser og behandlingsprosedyrer er kostnadsvektet og er sentrale i aktivitetsberegningen. Systemet er koblet tett opp mot diagnosekodene i diagnoselisten ICD-10 ved at valg av diagnoser i ICD-10 er av stor betydning for hvilken DRG (diagnoserelatert gruppe) et pasientopphold ved et sykehus plasseres i, og dermed for hvor mange DRG-poeng pasientoppholdet utløser. Også koder for behandlingsprosedyrer påvirker DRG-plasseringen og dermed DRG-poengene. DRG-poengene gir igjen grunnlag for å beregne helseforetakenes refusjoner (1).

Den virkeligheten DRG-systemet skal håndtere er kompleks, og alle pasienter skal kunne klassifiseres i dette systemet (2). Pasienter med samme diagnose er imidlertid forskjellige, og for å kompensere for dette brukes begrepet «gjennomsnittspasient». For eksempel regner DRG-systemet med at en bruker mer ressurser på et sykehusopphold for en «gjennomsnittlig»

pasient med lungeemboli enn en «gjennomsnittlig» pasient med multipl sklerose, og behandling av pasienten med lungeemboli gir derfor flere DRG-poeng som uttrykk for at denne pasienten genererer større aktivitet i helsevesenet (1).

Utfordringer

Innsatsstyrt finansiering gjennom DRG-systemet er i utgangspunktet statens finansieringssystem for helseregionene. Hvis det var mulig å isolere DRG-systemet til et makronivå som det helseregionale, ville det kanskje ikke vært så problematisk, men når det inntar avdelinger og trenger seg inn i helsearbeider-pasient-relasjoner, kan det få utilsiktede konsekvenser (5). Det er ikke uten grunn blitt stilt spørsmål ved hva DRG-systemet kan gjøre med legenes faglige fokus (6). Blant annet er det trukket fram at det kan bli vanskelig å se det prinsipielle skillet mellom diagnostisering og DRG-koding (7). Fra legehold er det uttrykt bekymring for at økonomi og ikke medisin kan bli avgjørende for de valgene man foretar når det gjelder pasientprioriteringer (5).

Selv om innsatsstyrt finansiering via DRG-systemet er gjennomførbart som økonomisk modell, kan det derfor være grunn til å spørre om denne tenkningen i det hele tatt er mulig, uten at sentrale perspektiver i pasientbehandlingen forsvinner underveis. I det videre ønsker vi å utdype dette.

Diagnosebegrepets objektivitet og målbarhet

Når vi ser på variablene som legges til grunn for aktivitetsberegningen, kan de ved første øyekast se ut som relativt objektive størrelser. For eksempel vil de fleste være enige om at kjønn og alder er presise faktorer. Allerede her må det imidlertid tas høyde for at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom kronologisk og biologisk alder. Når det gjelder behandlingsprosedyrer, kan disse – i hvert fall på et generelt plan – beskrives objektivt, noe som gjøres i prosedyrebøker ved forskjellige sykehusavdelinger. Hvor komplisert gjennomføringen av en gitt behandlingsprosedyre er, kan imidlertid variere fra pasient til pasient. Likevel er diagnosen den variabelen som både er den viktigste og antagelig mest kompliserte i DRG-systemet. Og selv om DRG-systemet opererer med «gjennomsnittspasienter», kan det være grunn til å spørre hvor objektivt og målbart diagnosebegrepet egentlig er.

For å stille diagnoser benyttes – i hvert fall i somatikken – i stor grad det naturvitenskapelige subjekt-objekt-perspektivet når en studerer menneskekroppens organer, vev og celler. Ofte benyttes en reduksjonistisk tilnærming, der man søker å forklare biologi ved hjelp av fysiske og kjemiske prosesser (8), for på den måten å danne seg et bilde av helheten ved hjelp

av delene. I diagnostiseringsprosessen er denne arbeidsmåten ofte både nyttig og nødvendig, eksempelvis gjennom biopsier, cytologiske prøver og biokjemiske analyser. Diagnoser som er basert på denne typen undersøkelser, kan sies å være relativt objektive, men allerede her må det tas høyde for at en del av funnene ved supplerende undersøkelser er basert på undersøkerens vurderinger og derfor inneholder et subjektivt element der det kan inngå et visst skjønn.

Diagnostiseringsprosessen innebærer imidlertid også andre usikkerhetsmomenter. For det første er ikke den stilte diagnosen nødvendigvis synonym med pasientens tilstand, og den kan senere bli revidert når en får mer kunnskap om pasienten. Dette i seg selv gjør diagnosen vanskelig å bruke som standardisert mål på ressursforbruk og aktivitet (7). Et annet moment er at slett ikke alle diagnoser er basert på håndfaste objektive funn. Vi vil utdype dette ved å se nærmere på sykdomsbegrepet.

Å stille diagnoser handler om å finne ut hva slags sykdommer pasientene har, men sykdomsbegrepet er et begrep med flere dimensjoner. Spørsmålet om hva sykdom er, er derfor ikke umiddelbart lett å besvare. Sykdom kan være både noe objektivt og noe subjektivt. Det objektive er det som lar seg måle og undersøke med forskjellige standardiserte diagnostiske prosedyrer. I det subjektive aspektet ligger derimot pasientens opplevelse av sykdommen. Sykdom påvirkes også av sosiale sammenhenger. Vi må derfor forholde oss til at det er flere perspektiver på sykdom (9). Ikke alle perspektivene er like lette å måle, og de er kanskje heller ikke like godt representert i diagnoseverktøyene.

Diagnoser er med andre ord basert på en kombinasjon av objektive data, faglige vurderinger med forskjellig grad av skjønn, og en kulturelt betinget forståelse av hva sykdom er. DRG-poengene skal derimot fungere som objektive mål og være grunnlag for å beregne helseforetakenes refusjoner. Da spørs det om vi klarer å ivareta sykdomsbegrepets mangfoldighet og diagnostikkens ulike fasetter, når alle diagnoser skal omregnes til poeng.

Finnes det tall for alt?

Det er også andre perspektiver i helsearbeiderens hverdag som det kan være grunn til å drøfte i lys av en innsattsstyrt finansieringsmodell. Selv om DRG-systemet i prinsippet skal ta hensyn til alle sykehusets kostnader, inkludert medisinsk service og administrasjon (2), er det viktige elementer i sykehusesenes aktivitet som ikke er representert i systemets variabler. For hva er egentlig aktivitet? Og er all aktivitet målbar?

Helsearbeidere skal ikke bare stille diagnoser, gjennomføre prosedyrer og dele ut medisiner. Helsearbeidere – uansett profesjon – skal også kom-

munisere med pasientene, samhandle og vise omsorg. Men hvorvidt pasientkommunikasjonen fungerer, om informasjonsutvekslingen er god, eller om omsorgen er tilfredsstillende, sier DRG-poengene ingen ting om, selv om dette i høyeste grad er viktige elementer i helsevesenets aktivitet.

Hva kan så være grunnen til at begreper som «omsorg» og «samhandling» ikke er med på lista over sentrale variabler som legges til grunn for å vurdere aktivitet i helsevesenet, til tross for at dette er vesentlige elementer i all helsetjeneste? Omsorg er for eksempel sett på som så viktig at det er nedfelt i helsepersonelloven at helsehjelp skal ytes på en omsorgsfull måte (10), og omsorg er således en helt naturlig del av en helsearbeiders fagutøvelse.

Omsorg er et hverdagslig begrep som vi på en måte umiddelbart forstår hva innebærer. Likevel er det ikke helt lett å definere. Ifølge den norske sykepleieren og filosofen Kari Martinsen er omsorg et menneskelig grunnfenomen som ikke kan tallfestes (11). Martinsen beskriver omsorg som tredimensjonalt. Omsorg er for det første relasjonelt, fordi omsorg bare er mulig i møte med andre. For det andre er omsorg praktisk. Det innebærer at omsorg krever en form for handling. Hvis en ikke handler, vil en havne ut i det Martinsen kaller sentimental omsorg, en situasjon der en bare synes synd på noen uten å gjøre noe. For det tredje er omsorgen moralsk, fordi det dreier seg om hvordan vi er, opptrer og utøver makt i møte med andre mennesker, som helsearbeidere er vi derfor ansvarlige overfor en svakere part (12).

Omsorg er derfor et komplekst begrep med flere dimensjoner, og det er noe annet enn bare en tjenesteyting (12). Det betyr at omsorg ikke like lett kan prises som en hvilken som helst vare eller tjeneste. Det innebærer også at omsorgsrelasjoner er grunnleggende forskjellige fra kjøper-selger-relasjoner, der det som selgeren overdrar til kjøperen, kan måles i kroner og øre (13).

En viktig grunn til at omsorg ikke er med blant de kvantitative variablene som legges til grunn for innsatsstyrt finansiering, er kanskje nettopp dette. Omsorg kan ikke like lett beskrives som objekt og er derfor vanskeligere å tallfeste – og dermed vanskeligere å kostnadsvekke.

Omsorgens relasjonelle dimensjon tilsier også at omsorg på samme måte som kommunikasjon og samhandling hører hjemme i helsearbeider-pasientforholdet, og det har en annen dimensjon enn naturvitenskapens subjektobjekt-perspektiv. I kommunikasjon mellom helsearbeider og pasient er den naturvitenskapelige, forklarende og reduksjonistiske synsvinkelen som benyttes i mye av diagnostikken, antagelig ikke den best egnede, fordi samhandling krever et annet perspektiv på mennesket.

Kanskje man i de humanistiske vitenskapene finner et perspektiv som kan være mer relevant i denne sammenheng. Både naturvitenskapene og

åndsvitenskapene – deriblant de humanistiske vitenskapene – forholder seg til mennesket, men på forskjellige måter (14). Mens årsaksforklaring av iaktatte fenomener er sentralt i naturvitenskapene, har man i de humanistiske vitenskapene vektlagt hermeneutikken og dermed forståelsen av meningen i det som uttrykkes (15, 16). Å forstå hverandres opplevelser og ytringer er viktige elementer i kommunikasjon mellom mennesker, og derfor også i forholdet mellom helsearbeider og pasient.

Men ytringer og opplevelser er noe som er til stede der og da i en gitt situasjon, og som derfor – i motsetning til naturvitenskapelig kunnskap – vanskelig lar seg beskrive objektivt ut ifra gitte naturlover. For å forstå andres opplevelser og ytringer trengs i stedet et mellommenneskelig perspektiv. Men det mellommenneskelige perspektivet – der kommunikasjon, samhandling og omsorg befinner seg – er ikke like målbart som bakteriemengden i urinen eller hemoglobinkonsentrasjonen i blodet, og det er derfor ikke like egnet som variabel når man på kvantitativt vis skal måle aktiviteten i helsevesenet.

Det mellommenneskelige perspektivets betydning

Av forutgående drøfting kan det altså se ut som det kan være vanskelig å finne plass til relasjonelle elementer som omsorg, kommunikasjon og samhandling i DRG-systemet. Når det gjelder diagnosen, kan også denne bli objektivert når alt skal regnes i poeng. Men at det mellommenneskelige perspektivet er mangelfullt representert i DRG-variablene, betyr ikke at det er mindre viktig i praksis.

Filosofen Hans Skjervheim framholder at hvis pasienten tingliggjøres og det mellommenneskelige perspektivet mangler, vil samhandling bli vanskelig (17). Pasienten er et tenkende individ, og vi kan ikke handle på samme måte overfor et menneske som overfor en fysisk gjenstand. Skjervheim bruker Kants skille mellom praktiske og pragmatiske (tekniske) handlinger for å illustrere dette (18). Med pragmatiske handlinger menes her mål-middel-handlinger, for eksempel handlinger en ingeniør benytter seg av når han skal beregne bygningskonstruksjoner, altså objekter. Praktiske handlinger er derimot handlinger i forhold til andre mennesker, det vil si handlinger overfor andre subjekter (19). Da kommer det mellommenneskelige perspektivet inn, og i sosial aktivitet mellom mennesker er det allmenngyldige normer som gjelder (18). Da kan ikke ens egne mål alene være styrende for handlingsvalgene, fordi en også må forholde seg til andre individer med egne tanker, meninger og følelser.

Pragmatiske handlinger hører på mange måter hjemme i det naturvitenskapelige perspektivet. Dette perspektivet har sin rettmessige plass når

en i den diagnostiske prosessen gjennomfører forskjellige supplerende undersøkelser. Det er også nødvendig i den tekniske utførelsen av ulike behandlingsprosedyrer for at disse skal gjennomføres korrekt. Sånn sett kan en si at mange handlinger overfor pasienter inneholder elementer av den pragmatiske handlingen. Men det er alltid andre mennesker en har med å gjøre, og handlingene er derfor aldri rent pragmatiske enten det dreier seg om å ta en blodprøve eller å legge inn et kateter. Dette er også noe Skjervheim trekker fram når han hevder at mange handlinger i virkeligheten er sammensatte og er både pragmatiske og praktiske (18). Det gjør at helsearbeideren må kunne kombinere kunnskap fra forskjellige felter – blant annet det naturvitenskapelige – med god omsorgsevne og evne til kommunikasjon (20). Fordi man som helsearbeider forholder seg til andre mennesker, må det mellommenneskelige perspektivet alltid være tilstede, ellers står vi i fare for å objektivere pasienten.

Fokusdreining

På mange måter er DRG-systemets variabler best tilpasset det pragmatiske handlingsperspektivet. Dette er kanskje ikke overraskende når en vet at modellen er hentet fra industriell produksjon. Men hva kan bli følgen hvis det pragmatiske handlingsperspektivet får en sentral plass også i helsevesenet?

Som tidligere nevnt, var innsattsstyrt finansiering via DRG-systemet i utgangspunktet tenkt brukt på helseregionalt nivå, og er neppe egnet på avdelingsnivå eller i helsearbeider/pasient-relasjoner (5). Spørsmålet er imidlertid om det er mulig å isolere DRG-tenkningen til regionale helseforetak. Når kvantitative aktivitetsberegninger gjennom DRG-systemet er et så sentralt grunnlag for finansiering i helsevesenet, er det ikke utenkelig at det vil kunne påvirke tankegangen og handlingsmønsteret på lavere nivåer enn det helseregionale. Hvis dette medfører et mer pragmatisk handlingsperspektiv i helsevesenet som sådan, hva gjør det i så fall med helsearbeideres fokus?

I DRG-systemet er det det objektivt målbare som registreres. Omsorgsperspektivet kan da bli skadelidende, fordi omsorg er vanskelig å tallfeste og derfor ikke «teller» i regnskapet. Det er kanskje mulig å kostnadsvekta forskjellige tjenester som helsearbeidere yter overfor pasienter, men å yte personlige tjenester er ikke identisk med omsorgsarbeid, fordi omsorgsbegrepet som tidligere nevnt innebærer noe annet og mer komplekst (12). Dersom helsearbeider/pasient-relasjonen utvikles i retning av en markeds-situasjon liknende den en finner mellom en kjøper og en selger, kan derfor omsorgsperspektivet komme i bakgrunnen (13). Og hvis omsorgsarbeid erstattes av ren tjenesteyting, er handlingsperspektivet med ett blitt mer pragmatisk, og vi mister viktige dimensjoner i pasientbehandlingen.

Også den nære koblingen mellom diagnostikkens ICD-koding og DRG-systemets poengberegning, kan tenkes å innebære fokusdreininger, ikke minst i legerollen. Det er ikke overraskende om ledelsen ved klinikker og sykehusavdelinger føler «produksjonspresset», blant annet, ved at en må velge riktige koder i ICD-10 for ikke å gå glipp av DRG-poeng. Hvis fagekspertisen som fastsetter pasientenes diagnosekoder skal benytte sitt faglige skjønn til å registrere de økonomisk mest gunstige diagnosene, kan det oppstå en økonomisk konkurranse mellom fagmiljø, der medisin og behandling defineres som økonomi (21). En logisk konsekvens av dette er opplæring av personalet til å kode best mulig. Men hvor bærer dette av sted?

Det er framholdt at det neppe er heldig hvis legene i stedet for å bruke tid på diagnostikk, behandling, pasientinformasjon og pasientomsorg, i stedet har DRG-koding som en hovedbeskjeftigelse (6). En leder i helsevesenet uttrykte i en intervjuundersøkelse for noen år tilbake sin skepsis til presset om økt inntjening og fokuset på å kode riktig i ICD-systemet på denne måten:

«...Vi må gå på kurs og få all verdens råd – og da grenser det opp til hva som er etisk riktig...» (21).

Antagelig er avdelingslederen her inne på noe grunnleggende. Det er ikke uvesentlig å se på etiske konsekvenser av økonomiske redskaper når det er pasientbehandling det dreier seg om.

For hva skjer hvis det overordnede målet i helsevesenet er å nå budsjettets aktivitetsmål, og det som i hovedsak legges til grunn for å vurdere aktiviteten i helsevesenet, er det som kan måles objektivt? Hvor blir det da av pasienten som menneske?

Skjervheim betoner nettopp begrensningene ved å objektivere omverdenen og den andre. Hvis andre menneskers utsagn kun oppfattes som objektive fakta, gir en ikke rom for en reell samtale med plass til vurderinger. Man vil da konstatere fakta uten egentlig å la seg engasjere, noe som vil være en klar begrensning i ethvert yrke i helsevesenet. I praksis betyr dette at man stiller seg utenfor situasjonen (18). Det er ikke noe gunstig utgangspunkt for kommunikasjon og samhandling.

Når aktivitetsmål basert på «objektive» og «målbare» kriterier får hovedfokus i pasientbehandlingen, kan det nettopp være en fare for dette, fordi helsevesenets blikk flyttes fra det mellommenneskelige perspektivet – der omsorg, kommunikasjon og samhandling befinner seg – til konstaterbare fakta om pasienten. Disse faktaene blir til poeng som legges til grunn for økonomiske refusjoner. Fokuset på objektive kriterier kan da bety en tingliggjøring av helsetjenestenes virksomhet på bekostning av det mellom-

menneskelige perspektivet (13). Hvis Skjervheim har rett, vil det i så fall kunne medføre mindre engasjerte helsearbeidere, og det er vi neppe tjent med.

Helsehjelp – mer enn produksjon

Modellen for DRG-systemet var opprinnelig hentet fra industrien (4), og kanskje er det også der den hører hjemme. Fordi modellen i utgangspunktet var tilpasset produksjon av industrielle objekter, oppstår en slags logisk brist når systemet overføres til helsevesenet og pasientbehandling. DRG-systemets variabler mangler et mellommenneskelig perspektiv, og dette mellommenneskelige perspektivet kan ikke mangle i helsearbeiderens hverdag. Effektivitet og lønnsomhet er markedets verdier. Disse står i kontrast til – og kan muligens også over tid komme til å endre – helsearbeideres faglige og etiske normer (13). Spørsmålet er da hva som skal ha høyest prioritet i helsevesenet. Hvis det blir viktigere å nå kvantitative aktivitetsmål enn å behandle og gi omsorg til dem som trenger det mest, kan det være på tide å stille oss spørsmålet om hvor mennesket er blitt av. Hele mennesket.

Litteratur

1. Helsedirektoratet. *Innsatsstyrt finansiering 2009*. Oslo, 2008.
2. Helsedirektoratet. *Hva er DRG-systemet*. 2007 [cited 2009 25.8.2009]: http://www.helsedirektoratet.no/kodeverk_og_pasientklassifiseri/drg/.
3. Torjesen DO, Byrkjeflot H. When Disease is Being Priced. The Translation of the American DRG System to the hospital sectors in Norway and Denmark. 2nd Nordic Workshop on Health Management and Organization 6–7 December 2007.
4. Sosial- og helsedepartementet. *Innsatsstyrt finansiering. Bakgrunn, beskrivelse og informasjon om innsatsstyrt finansiering (ISF), Statsbudsjettet 1998 og DRG-systemet (Diagnose Relaterte Grupper)*. 1998 [cited 2009 07.10]; <http://web.archive.org/web/20020820092710/http://odin.dep.no/odinarkiv/norsk/dep/shd/1998/publ/030005–990107/index-dok000-b-n-a.html>.
5. Bakken C. Bør ikke ha innsatsstyrt finansiering på avdelingsnivå. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008;128:1316.
6. Wyller TB. Tilbake til faget. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124(4):473.
7. Tøndel G. Hvordan DRG-systemet påvirker medisinsk praksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1532–4.
8. Crick F. *Om molekyler og mennesker*. Oslo: Cappelen, 1967.
9. Hofmann B. *Hva er sykdom?* Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.
10. LOV-1999–07–02–64: *Lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven).
11. Martinsen K. *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribes, 2005.
12. Martinsen K. *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. 2. utg. [Oslo]: Universitetsforlaget, 2003.

13. Lian OS. *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2007.
14. Dilthey W. Avgrensning av åndsvitenskapene. I: Læg Reid S, Skorgen T. (eds.) *Herme-
neutisk lesebok*. Oslo: Spartacus; 2001. p. 215–23.
15. Fjelland R. *Innføring i vitenskapsteori*. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
16. Habermas J. *Vitenskap som ideologi*. Oslo: Gyldendal, 1969.
17. Skjervheim H. *Objektivismen - og studiet av mennesket*. Rev. utg. Oslo: Gyldendal aka-
demisk, 2000.
18. Skjervheim H. *Deltakar og tilskodar og andre essays*. [Ny utg.] Oslo: Aschehoug, 1996.
19. Sørboe JI. Reparasjon eller kommunikasjon? - Pasient og behandlar i filosofisk perspektiv.
I: Ekeland TJ, Heggen K, eds. *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* Oslo:
Gyldendal akademisk, 2007. p. 53–63.
20. Grimen H. Profesjon og kunnskap. I: Molander A, Terum LI. (eds.) *Profesjonsstudier*.
Oslo: Universitetsforlaget, 2008. p. 71–86.
21. Torjesen DO. *Foretak, management og medikrati*. Bergen: Universitetet i Bergen,
2007.

Lars Kyte

Høgskolelektor / Cand. med.

Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for Helsefag

Postboks 523, 6803 Førde

lars.kyte@hisf.no

Solveig Hauge

Førsteamanuensis, PhD

Universitetet i Oslo

Institutt for helse og samfunn

Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag

Postboks 1153 Blindern

0318 Oslo

solveig.hauge@medisin.uio.no

og

Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for Helsefag

Postboks 523, 6803 Førde

Kjærlighet som grunnlag i helsevesenet

Michael 2010; 7: 244-53.

Kjærlighet har en viktig og selvstendig rolle i omsorgsarbeid. Kjærlighetens epikk beskriver dens natur, kjærlighetens poetikk beskriver handlingsaspektet, og kjærlighetens logikk beskriver hvordan kjærlighet skal utfolde seg, barmhjertighetsarbeid i praksis.

Som helsepersonell må vi ha et profesjonelt forhold til kjærlighet. Vi må vise nestekjærlighet og opptre kjærlig også overfor pasienter der den spontante kjærlighet mangler. Til hjelp i denne krevende fordring har vi lover, forskrifter og profesjonsetiske prinsipper. Disse reglene, sammen med vår utdanning og dannelse, gjør det mulig for oss å handle kjærlig i alle profesjonelle sammenhenger.

Kjærlighetens epikk, poetikk og logikk

I 1990 kom det ut en dansk essaysamling med tittelen *Under kærlig behandling. Om kærigheden og dens vilkår i det moderne behandlingssystem*, redigert av den danske teologen og senere biskop Jan Lindhardt (1990). Bidragsyterne til boken er en sykepleier, en sosialrådgiver, en psykolog, et par leger og et par teologer.

Kjærligheten har mange ansikter; eksempelvis nestekjærlighet, søskenkjærlighet, mors- og farskjærlighet, den erotiske kjærlighet. I den nevnte boken er det nestekjærligheten eller omsorgen for syke og fattige som spiller hovedrollen. Selv skrev jeg et essay med tittelen «Kjærlighet – et tidløst fenomen» i *Klinisk Sygepleje* midt på 1990-tallet (Alvsvåg 1996, 1997). I essayet omtales kjærlighetens epikk, poetikk og logikk. Kjærlighetens epikk handler om at vi ved hjelp av fortellinger kan formidle hva kjærlighet dreier seg om. Det er fortellingens natur å formidle noen sannheter. Gjennom fortelling kan vi få fram kjærlighetens budskap og erfaringer. Som når hovedpersonen i filmen «Mannen i månen» sier: «Kjærlighet, det er å gi. Ikke noe annet: Kjærlighet det er å gi» (Mortensen 1992, s. 94).

Mens kjærlighetens epikk får fram det grunnleggende i kjærligheten, viser kjærlighetens poetikk oss handlingsaspektet. Ved hjelp av de pedagogiske virkemidlene, kunst og diktning viser kjærlighetens poetikk oss hva det dreier seg om når det handles kjærlig.

Det er imidlertid ikke nok å få historiene om kjærligheten som grunnleggende fenomen fortalt (kjærlighetens epikk), eller få kunnskap om hvordan det kan handles (kjærlighetens poetikk), kjærligheten skal også utfolde seg konkret, kjærligheten tenker og handler (kjærlighetens logikk). Fornuft, rasjonalitet, kvalifikasjoner og kompetanser må trekkes inn, og det må legges til rette for at kjærlighetens handlinger eller nestekjærligheten kan utfolde seg.

Slik har kjærlighetens logikk en systemside, og en profesjonell og relasjonell side. Som omsorgen har en konkret side, har kjærligheten også det, og i profesjonelle sammenhenger trengs det utdanning for å virkeliggjøre kjærligheten. Også i helsevesenet kan det dreie seg om å sette det radikale kjærlighetsbudet om å elske sin neste som seg selv, ut i livet. Sosialpolitikk og helsepolitikk kan beskrives som kjærlighetens logikk (Mortensen 1992).

«Men hva med kærlighed?» spør en lege i boken det er vist til innledningsvis, og svarer slik: «Der må noget andet og mer til (enn «apparatfejlmodellen»), hvis lægen vil leve op til mottoet for al god lægegerning: Stundom at helbrede, ofte at lindre, aldrig at skade, men altid at trøste» (Anderssen 1990, s.29, min parentes). Og han fortsetter:

«Omsorg og ansvarsfølelse betyder, at kærligheden er en aktivitet, ikke noget der kommer af sig selv, ... Kærlighedens væsen er at arbejde for noget og få noget til at vokse. ... At elske ... er uforenlig med at være passiv, men indebærer omsorg og ansvar. Ingen læge, der er sig indholdet i mottoet for al god lægegerning bevidst, kan arbejde uden omsorg og ansvar. Respekt og forståelse er lige så uundværlige grundelementer som omsorg og ansvarsfølelse» (Anderssen 1990, s.32).

En annen lege framholder at den profesjonelle nestekjærligheten har røtter i faglig viten, erfaring og kompetanse, samtidig som den profesjonelle nestekjærlighet evner å se og verdsett hele mennesket, han skriver: «Alt godt behandlingsarbejde rummer et minimum af nestekærlighed; en professionalisme, hvor behandleren udelukkende bruger sine faglige håndgreb og ikke selv er med som menneske, når ikke langt» (Hejl 1990, s.118).

Kjærlighet som et grunnleggende begrep er ikke minst blitt understreket i sykepleiefaget, hvor omsorg som nestekjærlighet er arbeidet fram som et faglig grunnleggende begrep i helse- og omsorgsfagene (Martinsen 1989, 1993/1996, 2000, 2005, 2007). Noen av sykepleiens formødre som Florence

Nightingale, Rikke Nissen og Elisabeth Hagemann framholdt også at kjærlighet er grunnvollen i sykepleien, men det er ikke tilstrekkelig, det trengs også utdanning i tillegg. Elisabeth Hagemann skriver at barmhjertighet eller nestekjærlighet er grunnlaget i sykepleien (2003/1930).

Fortellingen om Den barmhjertige samaritan (Lukas 10, 25–37) er en grunnfortelling om nestekjærlighet. Den forteller noe om hva nestekjærlighet er, hva det ikke er, og den forteller om hvordan det kan handles nestekjærlig, altså kjærlighetens epikk og poetikk. Fortellingen har i århundrer inspirert mennesker til utdanning for å utøve profesjonelt barmhjertighetsarbeid eller kjærlighetens logikk. Med uttrykket «den barmhjertige og den politiske samaritan» samler Kari Martinsen kjærlighetens epikk, poetikk og logikk i ett uttrykk. Et annet uttrykk for profesjonell nestekjærlighet er «personorientert profesjonalitet» som nettopp understreker at i en profesjonell handling trengs faglig dyktighet som utøves med medmenneskelighet eller nestekjærlighet (Martinsen 2000).

Kjærlighet som nødvendighetsfenomen og fordring

Fenomenet kjærlighet har mennesker alltid vært opptatt av. Filosofer, psykologer og teologer har tematisert kjærlighet på ulike måter og vi har ulike begreper for kjærlighet, som *eros*, *agape*, *filia* og *caritas*.

Agape (gresk) og *caritas* (latin) handler om nestekjærlighet. Nestekjærlighet vil si å gi noe videre som vi selv har fått, en uselvisk kjærlighet, rettet mot en annen eller noen andre. I kristen forståelse er kjærligheten gitt menneskene av Gud for at vi skal gi den videre til vår neste. I denne forståelsen er Gud kjærlighetens kilde. Gud er kjærlighet og bruker mennesket til å virkeliggjøre kjærligheten. Fordi Gud elsker sin skaping, gjøres ingen forskjell, alle elses og alle har fått kjærligheten nedlagt i seg (Nissen 1990). Kjærligheten åpenbarer seg også i skaperverket, den preger skaperverket i den forstand at vi overøses av naturens gavmildhet. Andre vil hevde at kjærligheten er gitt oss med det skapte liv som et nødvendighetsfenomen (Løgstrup 2008/1956; 1983, Pahuus 1993a; 1993b; 1998). Kjærlighet, barmhjertighet, åpenhet og tillit er nødvendighetsfenomener som vi ikke kan tenke oss tilværelsen foruten. Disse fenomenene er livsnødvendige som lyset, luften og vannet, for at menneskelig fellesskap skal kunne opprettholdes.

Helmut Friis (1994) skriver i boken *Glæden*, at vi er innleiret i tilværelsens eget diktat, «i livsnødvendige eksistensmåder som forventning, håb, tillid, talens åbenhed, kærlighed. Alt sammen fænomener, uden hvilke tilværelsen ville falde sammen» (s.76). Altså er det noen fenomener som har den karakter at de er livsnødvendige for vår tilværelse. Til slike regnes altså kjærligheten. I vår sammenheng kan vi si at uten kjærlighet vil helsevesenet

falle sammen. Kjærlighet er en grunnstein i helse- og sosialvesenets profesjoner. Livsnødvendige fenomener gjelder alle. Kjærlighetens nødvendighet gjelder alt. Kjærligheten som de andre nødvendighetsfenomenene unndrar seg vår makt og påvirkning, slik sett er de suverene. Imidlertid har vi gjennom kjærlighetens logikk makt til å virkeliggjøre kjærligheten i handling, holdning og i gode samfunnsskapte ordninger, for eksempel et godt helsevesen.

Det er ovenfor vist til ulike begrep for kjærlighet, og nestekjærligheten er løftet fram. Men hva skiller nestekjærligheten fra den naturlige kjærligheten? (Løgstrup 1956; Andersen 1990). I kjærlighetens logikk er det nestekjærligheten som utfolder seg i de mellommenneskelige møtene, i handlinger, i systemer, lover og forskrifter som regulerer den profesjonelle barmhjertigheten i helsevesen, sosialvesen, utdanningsvesen osv. som er det sentrale.

Nestekjærlighet vil si å hjelpe et annet menneske som trenger det. Det er en umiddelbar tilskyndelse. Hvordan det kan hjelpes avhenger av den konkrete situasjonen, det kan handle om å støtte og hjelpe, lege og pleie, men det kan også dreie seg om å stille krav om selv å yte, trene og endre handlingsmønstre. Den fremmede er min neste, nestekjærligheten vender seg mot den andre og den baserer seg ikke på gjenytelse. Det fordres nestekjærlighet overfor fremmede, som pasienter, pårørende og studenter. Mens nestekjærligheten vender seg mot den fremmede, råder den naturlige kjærligheten grunnen i de nære relasjonene som vi har til foreldre, barn, søsken og venner.

I nestekjærligheten ligger det en fordring om å handle kjærlig. Det radikale i kristendommen er fordringen om ikke bare å hjelpe den fremmede, men også å hjelpe fienden *som* fiende. Vi kan si at fordringen eller kravet om å handle ut fra barmhjertighet radikaliseres. Det vil si at vi fordres til å handle slik som nestekjærligheten ville ha handlet helt spontant, slik det er når vi nærer en umiddelbar tilskyndelse til å hjelpe den som er i nød. Når denne spontane, så å si automatiske nestekjærlighet ikke gjør seg gjeldende, trer fordringen inn, kravet om *likevel* å handle med nestekjærlighet. En dansk teolog skriver:

«... fordringen om næstekjærlighet hører til de helt grunnleggende *etiske normer* i den europæiske kultur. At man bør hjelpe andre mennesker, der har brug for hjælp, og som man har mulighed for at hjelpe, er en forestilling, der nyder udbredt anerkendelse, både hos mennesker, der betragter sig som kristne, og hos mennesker, der ikke gør det» (Andersen 1990, s.88).

Å skape rom for nødvendighetsfenomener

Det finnes altså noen fenomener som er livsnødvendige og som er utenfor vår makt. Slike som kjærligheten, tilliten, håpet, åpenheten. Livsnødvendigheter kaller Løgstrup (1956) suverene livsytringer. Fenomener som er utenfor vår makt og kontroll, er fenomener som *er*. De er ontologiske, grunnleggende. Andre fenomener har vi makt og innflytelse på. Det er fenomener som vi kan lære, som vi kan anstrenge oss for å oppfylle. Disse er på et annet nivå, de tilhører det kulturelle, det menneskene selv konstruerer. Vi kan oppfylle dem med våre handlinger og holdninger, gjennom kjærlighetens epikk, poetikk og dens logikk.

Noen tar utdanning for å kunne utøve kjærlighetens gjerninger. Det gjelder yrkene i helse- og sosialvesenet, det gjelder også lærere og andre som arbeider i tjeneste for andre. Ofte trengs utdannelse for å kunne utøve kjærlighetens gjerninger. Men slett ikke alltid. Kjærligheten kommer gjerne spontant til uttrykk i omsorg og respekt for den andre. Omsorg, ansvar og dannelse trengs i utøvelse av kjærlighetens gjerninger. Slik sett tar disse vare på kjærligheten og skaper rom for dens virke mellom menneskene.

Vi dannes, oppdras og lærer. Dette er fenomener som tilhører det kulturelle eller det vi selv skaper. Det er vår egen bedrift, våre konstruksjoner. Det kan være vanskelig å tenke at det kan finnes noe som vi selv ikke har skapt, at det finnes noe som er utenfor vår makt. Hva vil i tilfelle være så suverent at det ligger utenfor menneskets herredømme? Ovenfor har vi svart at til slike fenomener hører universet, lyset, naturen, vannet, luften og det skapte livet. Det er eksempler på noe vi selv ikke kan skape. Vi har makt til å ødelegge, men ikke selv skape eller konstruere disse fenomener. Skapelsesfenomenologer (Grundtvig, Feilberg, Løgstrup, Kierkegaard, Jensen, Martinsen) vil hevde at det i tillegg til disse, også er andre fenomener som vi heller ikke har skapt. De er allerede nevnt: kjærligheten, tilliten, gleden, håpet, åpenheten og barmhjertigheten. De er suverene livsytringer, unndradd vår makt. Vi kan heller ikke skape dem. Det som er i vår makt er å leve og handle slik at disse fenomenene får rom mellom oss, og plass og vilkår i helsevesenets ulike rom.

Uten glede, håp, barmhjertighet, kjærlighet og tillit vil ikke livet kunne leves fullt og helt. Det er her dannelsen, ansvaret og omsorgen kommer inn. Dannelse, ansvar og faglig omsorg kan læres og formes, slik sett er de kulturelle fenomener. Kulturelle fenomen er i vår makt, vi skaper dem og vi kan påvirke dem. Dannelse og faglig omsorg i helsevesenet skal nettopp ta vare på, hegne om og skape grunnlag for det ikke-kulturelle, det suverene som bærer vår tilværelse og som er grunnleggende for at menneskelig fellesskap kan utfolde seg, for liv og helse. Vi trenger derfor

å dannes allment og profesjonelt som sykepleiere, leger og andre helsearbeidere for at pasienter og pårørende kan erfare tillit, kjærlighet, barmhjertighet, håp og glede, - på tross av sykdom, lidelse og død. Dette søker en å sikre gjennom lover og forskrifter, rammer og systemer, samtidig som hvert møte mellom pasient/pårørende og helsepersonell, de mellommenneskelige møtene og handlingene har avgjørende betydning. Derfor vil både utdanning og dannelse til faglig omsorg, faglig ansvar og faglig nestekjærlighet være helt sentralt i profesjonelle yrker i helse-, sosial- og utdanningsvesenet.

Profesjoner i helsevesenet er viktige for å virkeliggjøre kjærlighetens logikk. Med profesjonalitet forstås i denne sammenhengen yrkesutøvere som utøver yrket selvstendig på bakgrunn av formell utdanning på høyere nivå, hvor fagkunnskaper, medmenneskelighet og kritisk refleksjon kommer til uttrykk i den konkrete yrkesutøvelse. Det handler om at den profesjonelle integrerer det faglige, det moralske og det personlige i yrkesutøvelsen. Det vil si at profesjonalitet, faglig kyndighet og dannelse er en enhet i den profesjonelle personen. Da trengs ulike former for kunnskap. Ett av kriteriene på en profesjon har alltid vært at den er basert på faglig kunnskap. Kjærlighetens logikk konkretiseres i og gjennom profesjonelle møter. Fruktbare strukturer kan skape rom for kjærlighetens gjerninger. Noen ganger skaper strukturer, systemer og handlemåter hindringer for utøvelse av profesjonell nestekjærlighet.

Det nest beste – å handle som om vi elsker

Agape og *caritas* er som nevnt uttrykk som brukes om nestekjærlighet, en uselvisk kjærlighet til nesten. Som medisinsere, helse- og sosialarbeidere og som lærere fordres det av oss at vi skal handle kjærlig, medmenneskelig, med omsorg, ansvar og dannelse, *selv om vi ikke* elsker pasienten, klienten, studenten eller eleven.

Vi er imidlertid ikke bare uselviske, også selviske. Den personen som vi forholder oss til i profesjonelle sammenhenger, eksempelvis pasienter og pårørende, er fremmede, kan være usympatiske, og vi kan være irriterte og arge på vedkommende. Hva med nestekjærligheten i slike situasjoner? Dersom vi hadde elsket pasientene, de pårørende og kolleger, trengtes neppe fordringen eller dannelsen til gode gjerninger. Da ville den spontane, automatiske kjærligheten som vi umiddelbart kan kjenne i møte med den hjelp-trengende, bli aktualisert i situasjonen. Det vil si at dersom vi virkelig vil den andre vel, eller føler en genuin nestekjærlighet for den andre, da ville vi handlet slik vi selv ville blitt behandlet i en liknende situasjon, vi ville anstrenge oss for å gjøre det aller, aller beste. Men slik er det ikke, og vi må

nøye oss med det nest beste (Jensen 2007). Den fordrede nestekjærligheten er uttrykk for det nest beste, at vi pålegger oss selv å handle som om vi elsker den vi står overfor i profesjonelle sammenhenger.

Vi har ikke makt over det som er suverent, for eksempel kjærligheten. Det vi har makt over, er våre handlinger og våre holdninger, hvordan vi kan handle kjærlig på tross av manglende kjærlighet til den vi står overfor. Vi har makt til å kultivere oss selv og hverandre, til å dannes, til å lære omsorg og ansvar slik at vi kan handle godt og kjærlig, medmenneskelig, med respekt og aktelse, når den spontane kjærligheten er fraværende. Med det nest beste pålegger vi oss selv og lærer vi andre til å handle etisk og moralsk. Vi må dannes til å handle nest best, fordi vi lever i virkelighetens verden, en verden med konflikter, egoisme og ondskap. «Den spontane kærlighed nedskriver vi til pligt, anstændighedsfølelse, selvrespekt. Når vi handler moralsk, er det ikke mindst for at kunne se os selv i øjnene og sige: «Jeg er et hæderligt menneske!»» (Jensen 2007, s. 235). Moralsk handling fremmes av karakteregenskaper som pålitelighet, ærlighet, ansvarlighet, hensynsfullhet, oppmerksomhet og pliktfølelse, altså holdninger. Dette er dyder. Dyder kan læres, de kan oppøves. Vi kan ikke lære kjærlighet og vi kan ikke påbys å elske, men vi kan påbys å handle *som om* vi elsket. Det er dette som kalles den nest beste etikk. Karaktertrekk kan vi trene, lære. Slik læring er sentral i barneoppdragelsen og den er sentral, ja avgjørende i utdanninger hvor møter med mennesker; pasienter, pårørende, elever, studenter og kolleger er sentrale. Det er dette dyder og etiske prinsipper skal hjelpe oss til (Alvsvåg 2010). Helsearbeidere og andre profesjonelle skal trenes til å *handle* kjærlig (Jensen 2007, s. 236).

Elisabeth Hagemann som skrev boka *Sykepleieskolens etikk* som kom ut første gang i 1930, skriver: «Det er ikke nok å lære de tekniske ting som hører sykepleien til. Man må samtidig arbeide på sin egen personlighet, arbeide for å bli 'god'. Det vil med andre ord si at eleven – om hun ikke har gjort det før – nu må begynne et pløiningsarbeide inne i sin egen karakter» (Hagemann 2003/1930, s.12). Danning og læring handler om pløingsarbeid. Hagemann skriver at «Det er kjærligheten som må være den drivende og bærende makt i sykepleien» (Hagemann 2003/1930, s.7). Så går hun over til å omtale disiplin og selvdisiplin, den ytre framtreten, pålitelighet som uttrykker seg i orden, nøyaktighet og punktlighet, sannferdighet, troskap og taushet, altså det som kan trenes opp, det som har med dannelse å gjøre. En dannelse som tar vare på og gir rom for kjærlighetens uttrykk.

Kjærlighet er på et annet nivå enn som kan læres, som, ansvar og dannelse. Det har imidlertid det til felles med de andre begrepene som kan

læres at de ikke kan defineres strengt, settes fast og avgrenses i forhold til hverandre. De er gjerne på banen samtidig i situasjoner der kjærlighet uttrykkes. Vi må utdannes og dannes for å handle kjærlig i profesjonelle sammenhenger. Utdannelse og dannelse skal ta vare på sårbarheten, tilliten, omsorgen og kjærligheten. Visse grunnelementer er typiske i alle former for kjærlighet, som omsorg, ansvarsfølelse, respekt og forståelse (Alvsvåg 2010, Andreassen 1990, s. 32).

Nestekjærlighet og egenkjærlighet, - motsetninger?

Menneskene er egosentriske, seg selv nærmest, det kan vi ikke fri oss fra. Det er også viktig å kunne elske seg selv. Det gir oss et utgangspunkt til å elske den andre. Som det står i den gylne regelen: ... å elske den andre som seg selv. Det gir oss et utgangspunkt for å kunne tenke hvordan vi selv ville ønske å ha det om vi var i den andre sitt sted. Eller vi kan si det slik at det gir oss et utgangspunkt for å handle godt når den spontane kjærligheten ikke slår til.

Den spontane kjærligheten gjør det beste for den andre. Det er den kjærligheten som automatisk gjør seg gjeldende når vi står overfor en som trenger støtte og hjelp. Med den spontane kjærligheten og egenkjærligheten som utgangspunkt kan jeg fantasere meg fram til hva jeg selv ville ønske at andre bistod med hvis jeg var i den andre sitt sted. Ole Jensen sier det slik:

«Den gyldne regel' har det overkommelige ved sig, at plejehjemsassistenten over for den kværlantiske gamle mand eller læreren over for den vanskelige elev kan spørge sig selv: Hvordan ville du ønske, at din plejer eller lærer behandlede dig, hvis du var den irritable gamle mand eller den vanskelige elev?» (Jensen 2007, s.236).

Vi ser at fordringen om nestekjærlighet eller den nest beste etikk hjelper oss i de tilfeller hvor ikke den spontane kjærlighet råder grunnen. Vi kan oppøves i å handle kjærlig. Vi kan utdannes og dannes til nestekjærlighet. Slik er kjærlighet grunnleggende i profesjonelle yrker. Den viser for det første hvordan den spontane kjærligheten handler, for det andre hvordan nestekjærligheten overfor fremmede handler, og for det tredje viser den at vi med utgangspunkt i egenkjærlighet kan fantasere oss fram til hvordan den som er svært forskjellig for oss, som er ufordragelig, eller den som er fiendtlig innstilt trenger at det handles nestekjærlig. Det vil si slik vi ville ønske at andre handlet overfor oss om vi var den ufordragelige, den fiendtlige innstilte osv.

I vårt samfunn har nestekjærligheten fått noen krykker å støtte seg til. Vi kan nevne den legeetiske ed, etiske retningslinjer for sykepleiere,

helsepersonelloven og forskrifter om å handle med skikkethet. Historien har vist at kjærligheten trenger lover og regler, nettopp for å hjelpe oss til å utøve den nest beste etikk. Disse skal bistå oss i nestekjærlig handling.

Å handle moralsk, godt og kjærlig i alle situasjoner vet vi av erfaringen er uoppnåelig. Det er gjerne derfor lover, regler og forskrifter formuleres. Kjærlighet er et grunnleggende fenomen i helsevesenets profesjoner som i andre hjelpende profesjoner. Vi trenger sammen å reflektere over hvordan kjærlighetens epikk og poetikk ser ut og kan se ut i helsevesenet, og hvordan kjærlighetens logikk kan uttrykkes konkret nettopp her.

Litteratur

- Alsvåg H. Kjærlighet som et tidløst fenomen. *Klinisk Sykepleie* 1996, nr 2. s. 97–102.
- Alsvåg H. *På sporet av et dannet helsevesen. Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Oslo: Akribe, 2010.
- Alsvåg H. *Sykepleie – mellom pasient og vitenskap*. Bergen: Fagbokforlaget, 1997.
- Andersen S. Den professionelle næstekærlighed. I: Lindhardt, J. (red.) *Under kærteg behandling. Om kærligheden og dens vilkår i det moderne behandlingssystem*. København: Munksgaard, 1990. S.86–101.
- Andreassen J. Det danske lægeløfte fra 1815 i historisk og nutidig perspektiv. I: Lindhardt, J. (red.) *Under kærteg behandling. Om kærligheden og dens vilkår i det moderne behandlingssystem*. København: Munksgaard, 1990. S. 21–36.
- Friis H. *Glæden. Om laster og dyder*. København: Gyldendal, 1994.
- Hagemann E. Sykepleieskolens etikk. I korte trekk. I: K. Martinsen og T. Wyller (red.) *Etikk, disiplin og dannelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2003/1930.
- Hejl BL. Næstekærlighed og lægekunst. I: Lindhardt, J. (red.) *Under kærteg behandling. Om kærligheden og dens vilkår i det moderne behandlingssystem*. København: Munksgaard, 1990. S.115–130.
- Jensen O. *Historien om K.E. Løgstrup*. København: Forlaget ANIS, 2007
- Lindhardt J. (red.) *Under kærteg behandling. Om kærligheden og dens vilkår i det moderne behandlingssystem*. København: Munksgaard, 1990.
- Lindhardt J. Den institutionaliserede næstekærlighed. I Lindhardt J. (red.) (1990) *Under kærteg behandling. Om kærligheden og dens vilkår i det moderne behandlingssystem*. København: Munksgaard, 1990, s. 11–20.
- Løgstrup K.E. *System og symbol. Essays*. København: Gyldendal, 1983.
- Løgstrup KE. *Den etiske fordring*. København: Gyldendal, 2008/1956.
- Martinsen K. *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Tano forlag, 1989.
- Martinsen K. *Fenomenologi og omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003/1996.
- Martinsen K. *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget, 2000.
- Martinsen K. *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe, 2005.

- Martinsen K. Angår du meg? Etisk fordring og disiplinert godhet. I: Alvsvåg H, Førland O. *Engasjement og læring*. Oslo: Akribe, 2007.
- Mortensen V. Næstekærlighed, menneskelighed og kristelig. I: Lindhardt J. (red.) *Under kærlig behandling. Om kærligheden og dens vilkår i det moderne behandlingssystem*. København: Munksgaard, 1990. S.131–145.
- Mortensen V. *Alting af kærlighed sødes*. København: Det økumeniske Fællesråd i Danmark, 1992.
- Nissen J. Guds kærligheds ansigt. I: Lindhardt J. (red.) (1990) *Under kærlig behandling. Om kærligheden og dens vilkår i det moderne behandlingssystem*. København: Munksgaard, 1990. S. 37–56.
- Pahuus M. *Den enkelte og de andre. Om at være sig selv uden at være sig selv nok*. København: Gyldendal, 1993.
- Pahuus M. *Livet Selv. En livsfilosofisk tolkning af kristendommen*. Århus: Philosophia, 1993.
- Pahuus M. *Det gode liv. Indføring i livsfilosofi*. København: Gyldendal, 1998.

Herdís Alvsvåg
Førsteamanuensis
Haraldsplass diakonale højskole
Bergen

Sårbarheit, makt og tillit: tillit - den gode bru mellom sårbarheit og makt, eksempli- fisert med pasientar innlagde på sjukehus til utgreiing

Michael 2010; 7: 254-61.

Pasientar innlagde på sjukehus til utgreiing er sårbart avhengige av personalet og sjukehussystemet. Funn frå eit kvalitativt doktorgradsarbeid om slike pasientar blir presenterte og diskuterte i artikkelen. Pasientar si sårbarheit er knytt til usikkerheit og venting og til at dei er avhengige av helsepersonellet for å koma på ein god måte gjennom utgreiingsprosessen fram til ein konklusjon. Helsepersonell har makt ut frå den kompetansen og erfaringa dei har, og ved at dei kan bestemma og påverka kva som skal skje med pasienten. Det er derfor viktig at denne makta vert brukt til pasienten sitt beste.

Tillit er grunnleggjande for kommunikasjon og gode relasjonar, for utgreiing og behandling. Hovudansvaret for å skapa tillitsbyggjande relasjonar kviler på helsepersonellet. Tillit veks fram når pasientar opplever helsepersonell som kompetente og omsorgsfulle.

Å vera til utgreiing

«Dette er på ein måte min siste sjanse og eg føler at eg går og venter på livsdommen min. Eg føler at eg lever veldig i spenn, eg er veldig spent på reaksjonen min i morgon, viss dei ikkje finner noko. Føler at dette er min siste sjanse, kva blir livet mitt vidare?» Ho gret.

(Småbarnsmor som lever som kronisk sjuk. Ho har valt sjukehus og er inne til «second opinion».)

Dei fleste av oss vil, før eller seinare i livet, koma i den situasjonen at vi lurar på om noko er gale i kroppen vår. Ein del av oss vil bli lagt inn på sjukehus til utgreiing. Å bli innlagt på sjukehus til utgreiing, utan å vita kva som er på gang i kroppen, kor alvorleg det er og om det finnast behandling for dette ukjende, kan vera ei stor påkjenning. Selder (1) hevdar at slik usikkerheit tvinger pasienten til å bli konfrontert med si eiga sårbarheit. Poole (2) bruker bilde med å vera i ein storm på havet for å beskriva korleis den diagnostiske fasa kan opplevast. I stormen blir pasienten dytta og kasta hit og dit inntil ho eller han vert kasta opp på stranda til kongeriket for dei friske eller kongeriket for dei sjuke. Når pasientar er innlagde på sjukehus til utgreiing, er dei sårbart avhengige av personalet og systemet. Til meir som står på spel for dei, til viktigare er det korleis dei vert møtte.

I denne artikkelen vil eg drøfta forhold rundt sårbarheit, makt og tillit. Drøftinga tek utgangspunkt i eit doktorgradsarbeid (3) der data frå 18 djupintervju med pasientar innlagde til utgreiing vart analyserte etter metoden *grounded theory* (4, 5) og teorien «*førebuande venting*» (6) vart utvikla.

Førebuande venting

Teorien «*førebuande venting*» (6,7) er den mest velutvikla presentasjonen av korleis den diagnostiske fasa opplevast av pasientar på sjukehus. Hovudutfordringa for pasientar innlagde til utgreiing er å førebu seg best mogeleg på å få ein diagnose. Teorien forklarar korleis pasientar arbeider for å halda ut å leva med usikkerheit og venting og korleis dei førebur seg til konklusjonssamtalen og slik dei håper eller fryktar at livet skal bli etter at dei har fått ein diagnose.

Sentralt i teorien er balansering mellom håp og fortvilning, ein prosess som er styrande for korleis pasientar førebur seg. Pasientar *søker informasjon* i forhold til prøver og undersøkingar dei går gjennom og i forhold til resultat av desse. Dei ønskjer å ha ein kontaktperson på posten som dei kan halda seg til og som dei kan forventa har oversikt over situasjonen deira og kan hjelpa dei å driva prosessen framover. Kontinuitet i kontakta og oppleving av engasjement frå denne kontaktpersonen opplevast som støttande og styrker pasienten, det motsette vert ei ekstra belastning.

I prosessen med å vurdere kva som er på spel i livet, *tolkar pasientar teiken* frå eigen kropp, kva slags prøver og undersøkingar dei går gjennom, korleis samarbeidet med personalet er, og kva prioritet dei opplever å ha i systemet. Å måtte leva med usikkerheit om kva utredninga vil konkludere med, og dermed kva framtida vil bringa, fører til *refleksjon over dei store spørsmåla i livet*. Dei reflekterer over kva som er viktig i livet og dei vert meir bevisste

på kva livssyn dei har. Pasientar tek vare på seg sjølve ved å *søke kvile og avveksling* frå smertefulle tankar om ei usikker framtid. Dette gjer dei ved å fylle tida med andre ting enn venting og tenking. I den grad dei greier det, opplever dei at dei får kvile og fornya krefter til å halda ut til dei får vita konklusjonen på opphaldet.

Alle desse strategiane er styrte av korleis dei balanserer mellom håp og fortvilning. Bevegelsen mellom håp og fortvilning er viktig, fordi den let dei smaka på kva dei håper og frykter. Det å ha smakt på begge deler, gjer at pasientar førebur seg på ulike moglege diagnosar på ein måte dei kan klara å leva med. I tillegg til dette indre arbeidet vil relasjonen og kommunikasjonen med helsepersonellet påverka opplevinga av både håp og fortvilning.

Sårbarheit

«Det er veldig slitsamt (å vera til utgreiing). Eg trudde at eg var ganske sterk psykisk, men no er eg ganske langt nede og det skal veldig lite til før eg tipper over. Bare det å ta ein blodprøve er sånn som eg kvir meg til. Og om noen snakkar venleg til meg, så begynner eg å grina. Det skal så lite til før eg tipper over... Det skal så lite til (gråter), det skremmer meg kor utrolig lite det er som skal til, eg har ikkje kontroll i det heile tatt.»

(Ung kvinne, akutt innlagt og som har gjennomgått ein lengre utgreiingsprosess på sjukehus.)

Usikkerheita og ventinga som pasientar går gjennom i prosessen fram mot ein diagnose, er vanskeleg. Dei veit ikkje kor alvorleg situasjonen deira er, og dei bruker mykje krefter på å kontrollera tankane sine, slik at dei ikkje vert overvelda av fortvilning av dei verste tankane. Det skjøre skalet ein del av dei vernar seg med for ikkje å bryte saman, kan gjera det vanskeleg for helsepersonellet å få auge på kor tøft dei kan ha det.

Å bli innlagt på sjukehus bidreg til at alvorlet i situasjonen vert endå meir påtrengande for mange pasientar. På sjukehuset er ein skilt frå sine næraste, og pasientane bur tett saman med ukjende i eit framandt miljø. I tillegg vert ein konfrontert med mange sanseintrykk (lyd, lukt, syn, hørsel) som representerar sjukdom. Mange er glade for å koma på sjukehus og for å få hjelp til å finna ut av kva symptom og plager kan vera eit uttrykk for. Dei som opplever god oppfølging, kan leggja seg over i helsepersonellet sine hender og ha ei kjensle av å bli borne gjennom systemet.

For andre kan utgreiingsprosessen bli ei personleg prøving der ein må halda ut og finna seg i lite kontinuitet og utsetjingar. Den som kom med forventingar om teamarbeid og dedikerte legar og sjukepleiarar, men som opplever seg som eit nummer i systemet, kjenner i større grad fortvilning

enn håp etter innleggjinga. Om ein føler seg i vegen eller kjenner at ein tek opp ei verdfull seng når ein ligg bak skjermbrettet på gangen, legg det ekstra uro til den bekymringa pasienten alt har inne i seg. Manglande informasjon om førebuing til prøver og undersøkingar, utsetjing av gjennomføring, stadig forlenging av fasting, og manglande oversikt over når ting kan forventast å skje, set pasienten i ein situasjon med stor ytre usikkerheit. Slik ytre usikkerheit kan kjennast som meir enn ein kan klara å bera, sidan den indre usikkerheita alt er så stor.

Som menneske er vi sårbart utleverte til kvarandre og vi utgjer kvarandre sin verden og skjebne (8). Den danske teologen og filosofen Knud E. Løgstrup uttrykker denne allmenne sårbarheita som møter oss i livet slik: «Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender. Det kan være svært lite, en forbigående stemning, en oppstemthet en vekker eller får til å visne, en tristhet som forsterker eller letter. Men det kan også være skremmende mye, slik at det simpelthen er opp til den enkelte om den andre lykkes med sitt liv eller ikke» (8: s. 37). Å vera innlagt til utgreiing er ein situasjon som gir mennesket mogelegheit til å stansa opp og erkjenne at livet er sårbart og at pasientar bokstaveleg talt kjenner at dei er avhengige av helsepersonellet.

Sellman (9) beskriv sårbarheit som ein funksjon av det å vera utsett for skade og av personen si evne til å beskytta seg sjølv. Sellman set opp tre typar risiko for skade som er relaterte til det å kjenna seg sårbar: 1) skade som personen kan førebyggja, 2) skade fordi ein person er avhengig av andre for å få beskyttelse, 3) skade vi står makteslause overfor fordi den skjer uventa.

Pasientar innlagde til utgreiing er sårbare i forhold til type to fordi dei er avhengige av at helsepersonell planlegg og gjennomfører det som er naudsynt for at ein skal koma fram til ein konklusjon om saka deira. Dei er sårbare for type tre sidan det er mogeleg at dei har ein alvorleg sjukdom som truar liv og helse. Sellman peikar på den nære samanhangen det er mellom sårbarheit og tillit. Å vera pasient betyr å ha si sårbarheit eksponert, og det å vere avhengig av helsepersonell aukar pasienten si sårbarheit. Dette blir støtta av Iruria (10) som fant at pasientar sitt hovudproblem på sjukehus var sårbarheit på grunn av manglande evne til å behalda kontrollen over eige liv og over situasjonen dei var i, og manglande evne til å beskytta seg mot truslar mot eigen integritet. Pasientar fortel også at dei opplever seg sårbare når verdigheit og autonomi vert trua eller krenka, når kroppen vert blottstilt i undersøkingar og når personleg informasjon blir behandla utan respekt (11).

Makt

«Nå må de komme til bunns i dette og jeg må få en skikkelig forklaring på hva disse funnene kan være for noe. Du føler fort at du forsvinner i et stort system. Jeg er doktor, men jeg føler meg veldig liten i dette store systemet. Det er stadig nye folk involvert, og du forteller sykehistorien til en og så er det andre som følger opp. Man forsvinner litt, det er den følelsen man får når man er her. Og ting tar veldig lang tid... Både leger og sykepleiere har individuelle forskjeller og ulik stil. Noen føler du du ikke får så mye kontakt med, de er raske i farta og har det travelt. Andre føler man at, ja noen bryr seg mer enn andre. Det handler om å ønske og ville ta seg tid, om å prioritere tid i øyeblikket.»

(Mann midt i livet som har vore i utgreiingsprosess i 2 – 3 år og som no er innlagt på sjukehus.)

Pasientar som går gjennom utgreiing kjenner seg stansa i livet og «satt på ven». I denne situasjonen har dei fleste meir enn nok tid til å tenkja. Sansane vert skjerpa og dei vert svært vare for tone og gestar hos legar og sjukepleiarar. Sårbarheita gjer pasientene meir vare for maktforskjellar og kor avhengige dei er av helsepersonellet for å koma seg gjennom utgreiingsprosessen på beste måte. I denne relasjonen er det pasienten som er den mest ubeskytta, blottstilte og avhengige fordi det er ho eller han som kjem til sjukehuset for å få hjelp med helseproblemet sitt. Pasientar har oftast liten innsikt i korleis sjukehussystemet verkar og kan i liten grad påverka vedtak som gjerast. I denne situasjonen har helsepersonellet stor makt og eit moralsk ansvar for å bruke makta si til det beste for pasienten.

I studien fortel pasientar om kor usikre dei kjende seg i pasientrolla, til dømes i forhold til kor mykje initiativ dei skulle ta for å få ein god prosess og fortgang i saka si, utan at personalet skulle oppfatta det som misstillit.

For å koma best mogleg gjennom utgreiingsprosessen bruker pasientar ulike strategiar som å ikkje lage trøbbel, sjølv om dei kjenner seg dårleg behandla, og å vente på legen dei har størst tillit til for å ta opp spørsmål med han eller henne.

Måten informasjon vert utveksla på er eit anna sentralt område der helsepersonellet si makt kan føra til håp eller fortvilning. Fleire av pasientane i studien hadde opplevd at dei hadde blitt informerte om at dei hadde kreft, noko som viste seg i ettertid å vera feil. Ein anna pasient opplevde at håpet om at det var noko å gjera for han vart styrka når legen gjennomførte ei undersøking utanom det oppsette programmet.

I følgje Løgstrup (8) har vi makt over liva til kvarandre. Alle relasjonar er maktrelasjonar, og vi treng å vera viljuge til å opna oss mot kvarandre og lytta til appellen frå den andre for å kunne bruke makta vår til den andres beste. Helsepersonell har makt over pasientar på sjukehus fordi pasientane

er sjuke og oftast har lite kunnskapar og røynsle med sjukehusystemet (11, 12). Pasientane har også avgrensa påverknad på beslutningsprosessen (13). Pasientane er den mest sårbare parten fordi dei står mest utsette til for å oppleve krenking og skade medan dei er på sjukehuset (14, 9). Korleis vi som helsepersonell bruker makta vår er derfor av aller største betydning for pasientar. Å kjenna igjen og erkjenne appellen frå pasientar om å bli tekne vare på og følgde opp på ein god måte er eit moralsk ansvar for legar og sjukepleiarar. Den store utfordringa er i fylgje Løgstrup (8) at denne appellen er taus og at det heller ikkje er tydeleg og klart korleis appellen best kan bli møtt. Vi er derfor overletne til å bruka vår eigen kunnskap, erfaring og modning saman med eit godt fagleg skjøn og kreativitet i kvar enkelt situasjon (15–17).

Tillit

«Det har vært så mange forskjellige leger som du må forholde deg til, som går visitten, så det går heilt rundt... I morgon, viss NN kommer, så kommer eg til å spørja han om eg skal bruka denne behandlinga fortsett. Eg berre håper at han kommer. ... Ein dag var det ein lege som eg aldri hadde sett før som kom på visitten og han nemnde ordet kreft. Eg var heilt fortvilt. Da kom NN inn om ettermiddagen og sette seg ned og eg trur han satt og prata med meg i 20 minutt. Da fekk eg svar på veldig mye. NN visste kor bekymra eg var.»

(Middelaldrande kvinne akutt innlagd denne gangen, men som har vore innlagt på sjukehus til utgreiing for smerte i magen fleire gangar.)

Eksemplet illustrerer pasientar si sårbarheit på sjukehus og korleis samspillet med helsepersonellet kan fremja fortvilning eller håp. Pasientar kjem til sjukehuset med håp og tru på at dei skal få hjelp med helseproblema sine. Dei er viljuge til å fortelja om personlege forhold, ofte med medpasientar som tilhøyrarar bak tynne gardiner. Pasientar trur på informasjon som lege og sjukepleiar gir. Dei støttar seg på at helsepersonell har kunnskapar og erfaring som dei brukar til det beste for pasienten. Utan denne tilliten ville sjukehuset som system bryta saman. Derfor er det tungt når pasientar opplever at det blir gitt feil informasjon, som i dette eksemplet der pasienten oppfattar at ho har fått ein alvorleg diagnose av ein ny lege ho ikkje kjenner.

I fylgje Løgstrup er tillit eit livsfenomen. Sidan vi er sårbart utleverte til kvarandre, er vi avhengige av tillit for å kunne leva godt saman. På sjukehuset, der sårbarheita kan vera stor og helsepersonellet si makt er tydeleg for pasientane, kviler tilliten på at pasientar opplever at helsepersonellet er dyktige og ærlege, er til å stola på og bryr seg om pasienten sitt beste (personleg tillit) (15,18). Sellman (9) fann at tillit i helsevesenet (sosial tillit)

handla om å tru og stola på den gode viljen til helsepersonellet. Dette er særst viktig for pasientar som er innlagde til utgreiing, sidan dei er heilt avhengige både av systemet og av personene som arbeider der for å få rett og god hjelp med helseproblema sine.

I studien vår såg vi at både pasient og helsepersonell sansa kvarandre og var vare for tonen i stemma, for kroppsspråket og for gestar (19). I denne prosessen prøver begge seg fram. Balansering av inviterande openheit med respektfull distanse i høve til pasienten blir viktig. Ein slik balanse vil skjerma pasienten mot krenking og blottstilling og dermed gjere sårbarheita mogeleg å bære og auke tilliten. Tillit er heilt grunnleggjande for omsorg og god behandling. Hovudansvaret for å skape tillitsbyggjande relasjonar ligg på helsepersonellet.

Relasjonelle kvalitetar

Tillit er naudsynt for mellommenneskeleg samhandling. Pasientar som vert innlagde på sjukehus til utgreiing opplever seg sårbare fordi dei lever med usikkerheit om kva livet deira vil bli i framtida. Dei er avhengige av sjukehussystemet og personene som arbeider der. Helsepersonellet har makt i denne situasjonen, makt som kan bli brukt til det beste for pasienten og makt som kan bli brukt til å la pasienten kjenna seg i vegen og som eit nummer i rekka.

Når tillit veks fram i denne relasjonen, kan pasienten opna seg og vise noko av det som er vanskeleg. Gjensidig tillit mellom pasient og helsepersonell er nødvendig for å byggja gode relasjonar og ha god kommunikasjon.

Pasientar ønskjer seg helsepersonell som kan kombinera bruk av kunnskap og klinisk røynsle med relasjonelle kvalitetar som evne til å lytte, vera tilstades i situasjonen og å vera støttande. Det treng ikkje ta lengre tid å kombinera desse kvalitetane, men resultatet vert det aller beste når det blir gjort.

Litteratur

1. Selder F. Life transition theory: The resolution of uncertainty. *Nurs Health Care* 1989; 10(8): 437 – 51.
2. Poole K. The emergence of the «waiting game»: a critical examination of the psychosocial issues in diagnosing breast cancer. *J Adv Nurs* 1997; 25: 273–81.
3. Giske T. *Preparative waiting. A grounded theory study of gastroenterological patients going through the diagnostic phase in a university hospital* (PhD-avh.). Bergen, Universitetet i Bergen: Det medisinsk-odontologiske fakultet, 2008.
4. Glaser B. *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: The Sociology Press, 1978.

5. Glaser B. *The grounded theory perspective III: Theoretical coding*. Mill Valley, CA: The Sociology Press, 2005.
6. Giske T, Artinian B. Patterns of «balancing between hope and despair» in the diagnostic phase: a grounded theory study of patients on a gastroenterology ward. *J Adv Nurs* 2007; 62(1): 22–31.
7. Giske T, Artinian BM. Preparative Waiting: Patients Hospitalised for Diagnostic Workups. I: Artinian BM, Giske T, Cone PH, red. *Glaserian Grounded Theory in Nursing Research. Trusting Emergence*. New York: Springer Publishing Company, 2009. s. 81–93.
8. Løgstrup KE. *Den etiske fordring*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag, 1956/1999.
9. Sellman, D. Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. *Nurs Phil* 2005; 6: 2–10.
10. Irurita VF. The problem of patient vulnerability. *Collegian* (Royal College of Nursing, Australia) 1999; 6(1): 10–5.
11. McQueen A. Nurse-patient relationship and partnership in hospital care. *J Clin Nurs* 2000; 9: 723–31.
12. Schantz ML. Compassion: a concept analysis. *Nurs For* 2007; 42(2): 48–55.
13. Shattell M. Nurse-patient interaction: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2004; 13: 714–22.
14. Sørli V, Torjuul K, Ross A, Kihlgreen M. Satisfied patients are also vulnerable patients – narratives from an acute care ward. *J Clin Nurs* 2006; 15: 1240–6.
15. Fugelli P. Tillit. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3621–4.
16. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of presence in nursing. *J Adv Nurs* 2006; 55(6):708–14.
17. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. *J Clin Nurs* 2007; 17: 96–204.
18. Peter E, Morgan KP. Exploration of a trust approach for nursing ethics. *Nurs Inq* 2001; 8: 3–10.
19. Giske T, Gjengedal E, Artinian B. The silent demand in the diagnostic phase. *Scand J Caring Sci* 2009; 23: 100–6.

Tove Giske,

Sjukepleiar, dr. polit.

Forsknings- og fagutviklingssjukepleiar ved Haraldsplass diakonale høyskole og Haraldsplass diakonale sykehus, medisinsk klinikk, Bergen.

tove.giske@haraldsplass.no

Profesjonalitet, eksistensialisme og relasjonell omsorg

Michael 2010; 7: 262-9.

Relasjonell omsorg baserer seg på profesjonalitet som utvikles gjennom personlig modning. Eksistensiell teori, som i denne artikkelen baserer seg først og fremst på de Beauvoir og Kierkegaard, hevder at det må til en eksistensiell omvendelse eller en dobbeltbevegelse fra første etikk til annen etikk for å nå denne personlige modningen. Artikkelen diskuterer en fortelling gitt av en sykepleiestudent som møtte en suicidal pasient og hvor sykepleiestudenten forsto at profesjonalitet ikke kun var basert på ønske om å ville det gode for pasienten, men at det også hadde med egen personlig modning som profesjonell å gjør, en profesjonell nærhet som baserer seg på anerkjennelse av den omsorgstrengende.

Profesjonalitet, omsorg og egen modning

Innen helsesektoren arbeider en oftest sammen med andre og ofte i nære forbindelser med pasient og pårørende. En relasjon i helsesektoren som består av to parter, hvor den ene er i behov av omsorg og den andre er profesjonell hjelper, kan hevdes å i utgangspunktet være en asymmetrisk relasjon. Den ene parten (pasienten) har en lidelse, et problem, et ønske eller et behov, den andre parten (den profesjonelle) har evne, kunnskap, makt eller mulighet til å gi den andre det som den andre mangler. Den omsorgstrengende er avhengig av profesjonell ekspertise. Når den ene parten er avhengig av en hjelp som den andre parten tilsynelatende disponerer, vil relasjonen kunne oppfattes som et forhold mellom en svak og en sterk part (1). Dette utfordrer helsearbeideren.

Den hjelpesøkende vender seg til den andre for å få hjelp, og en regner da med at den som yter hjelp skal svare på appellen fra den som søker hjelp. I omsorg finnes elementer av makt og omsorg kan derfor tippe over til å bli overgrep (2). Denne artikkelen vil diskutere relasjonen mellom hjelper og

den hjelpetrengende med utgangspunkt i en eksistensiell forståelse av relasjonen. Diskusjonen gjøres ved hjelp av en fortelling.

Fortellingen handler om Tone, en sykepleiestudent i tredje og siste året av sin utdanning. Det er et spørsmål til Tone om hvordan det var å møte en pasient som hadde forsøkt å ta sitt eget liv og som kom inn til akuttmottaket med ambulanse som danner bakgrunnen for fortellingen. Fokus i fortellingen er Tones opplevelser av profesjonalitet og relasjonell omsorg. Spørsmålet til Tone og fortellingen som det refereres til her inngår i en større undersøkelse om oppfølging etter selvmord etter innleggelse på sykehus.

Profesjonalitet

Både samfunnsvitenskapen og filosofien har igjennom historien vært opptatt av relasjoner mellom ekspert og lekfolk og mellom jevnlike. Her kan raskt nevnes enkelte teorier som har vært formende for vår kulturs tankesett: Max Weber (1864–1920) vektla at byråkratiet skulle handle profesjonelt i betydningen saklig ovenfor borgerne (3), Talcott Parsons (1902–1979) var opptatt av hvilke roller som utvikles fra samfunnets plikter og rettigheter, og spesielt var han opptatt av relasjonen mellom lege og pasient. Pasientnormen var å bli frisk så fort som mulig, legenormen var å forsøke å oppnå denne tilfriskningen for pasienten så effektivt som mulig (4). Jürgen Habermas (1929–) formulerte det som kalles en diskursetikk, en etikk som er grunnleggende for den kommunikative handlingen som bør tilstrebes i sosiale relasjoner og som særpreges av jevnlikhet i dialogen (5). Hans Skjervheim forutsatte at en dialog mellom to var tuftet på innspill i meningsutveksling og ikke på fakta eller endelige svar (6). Filosofen og feministen Simone de Beauvoir (1908–1986) utviklet en moralteori med boken *Pour une morale de l'ambiguïté* (1947) som oversatt til svensk har tittelen: «*För en tvetydighetens moral.*» (7). Denne boken gav hun ut to år før hennes store verk *Det annet kjønn* utkom i 1949 (8).

Simone de Beauvoir er i *För en tvetydighetens moral* lite opptatt av kvinnes situasjon spesielt, det ble hun først med utgivelsen av *Det annet kjønn*. Imidlertid har de Beauvoir selv påpekt fellestrekk og en kontinuitet mellom disse to verker, som blant annet består i at moralfilosofiske innsikter og begreper videreutvikles i *Det annet kjønn*.

Eksistensialisme

I første kapittel i *För en tvetydighetens moral* beskriver de Beauvoir sitt syn på to grunnleggende aspekter ved menneskets situasjon: tvetydigheten og friheten. Grunnen til denne beskrivelsen og presiseringen av sitt syn er at hun vil vise at det er mulig å utvikle en eksistensialistisk moral: Hun ønsker

å tilbakevise Sartre sin påstand om at det er umulig for mennesket å leve autentisk. Samtidig vil hun også argumentere for at, til tross for menneskets absolutte frihet, vil den eksistensialistiske filosofien være det eneste mulige utgangspunkt for en moral som betoner menneskets ansvar ved siden av friheten, et ansvar som impliserer forholdet til andre mennesker.

Når hun beskriver menneskets vilkår som tvetydig bygger hun i sin argumentasjon på Kierkegaard når hun sier: «*Existensialismen definerer seg fra begynnelsen av som en tvetydighetens filosofi. Kierkegaard opponerer seg mot Hegel genom att hävda tvetydighetens irreducibile karaktär.*» Tvetydighet beskrives ved å peke på at mennesket gjennom tenkning kan heve seg over sin naturbestemte undergang, erkjenne den i motsetning til dyr og planter og ha et forhold til egen død. Mennesket besitter det privilegium at det er et suverent og unikt subjekt, men samtidig er det enkelte mennesket bare en liten del av et større fellesskap. Denne bevissthet medfører spenning og kontinuerlige konfrontasjoner med valgmuligheter (9).

Valgene er forbundet med andre mennesker, de Beauvoir hevder at mennesket kan behandle andre mennesker som *objekt*, som vil si å behandle andre som middel, men mennesket kan også behandle andre som *subjekt*, det vil si i jevnlikhet og med aktelse for andre. Hun hevder at mennesket kan bli moralsk eller autentisk gjennom en eksistensialistisk omvendelse hvor en ikke slår seg til ro med å være i-seg-for-seg, men ser seg selv som en skapning ikke kun for seg selv, men for andre i en transendental evne av sin frihet. Friheten blir da *å være noe for den andre*. Mennesket tar steget fra natur til moral som Beauvoir selv uttrykte det.

Hun utvikler et nytt frihetsbegrep, nemlig begrepet *moralsk frihet*. Moralsk frihet innebærer å leve autentisk, å velge friheten, men ikke friheten som et fritt valgt prosjekt, derimot en frihet som kjennetegnes ved å være bevisst sin egen frihets virkelige krav, som er å ville seg selv gjennom relasjon til andre. Det betyr at friheten ikke er noe *vi har*, det er en *kontinuerlig bevegelse* og den utvides gjennom vårt engasjement i verden og gjennom våre relasjoner.

Det er umulig å virkeliggjøre sin frihet uten at det gjøres i relasjon til andre. Hovedtanken i de Beauvoirs etikk er derfor at vi må ta et moralsk ansvar både for oss selv og for andre, og at det er mulig å få det til gjennom å ta vårt eget liv på alvor gjennom en eksistensialistisk omvendelse.

Denne *grunnleggende frihet gjennom ansvar*-tesen hos de Beauvoir bygger på eksistensialismen slik som Kierkegaard utviklet den et hundre år tidligere.

Søren Kierkegaard (1813–1855) er i sin eksistensfilosofi opptatt av menneskets grunnleggende vilkår, av valgene som kreves av den enkelte, og av

den angst og det ansvar som er knyttet til valgene. Han hevder at sannheten er subjektiv og hans tenkning er sentrert om hva det vil si å bli et «selv» i moderne forstand.

Selvet utgjør en grunnstruktur hos Kierkegaard og det å bli «et virkelig menneske» er hovedpoenget i hans filosofi. Det er hos Kierkegaard en tett og særegen forbindelse mellom selvforholdet og forholdet til det annet menneske, mellom subjektiviteten og intersubjektiviteten. For Kierkegaard er både subjektiviteten og intersubjektiviteten et etisk problem for mennesket. Man skal både ta ansvar for seg selv og man skal handle etisk i forhold til det andre mennesket.

I *Begrebet Angst* (1844) (10) beskrives hvordan mennesket sliter med å klare seg denne doble oppgave og Kierkegaard tar dette særdeles alvorlig. Han kritiserer en forståelse av etikk som tar utgangspunkt i at når mennesket bare kjenner det gode, så handler man også etter det. For Kierkegaard er det mer komplisert enn det. Han forutsetter en motvilje mot det etiske, og en god vilje er derfor ikke en vilje som er god i seg selv, men en vilje som trosser motviljen mot det etiske.

Med grunnlag i denne negative forutsetningen i sin etikk legger han en dobbeltbestemmelse til grunn for subjektiviteten, som også impliserer forholdet til det annet menneske. Subjektiviteten er aldri avsluttet og lukket om seg selv, den er en stadig dynamisk streben gjennom to samtidige bevegelser.

Kierkegaard beskriver to former for etikk i sine verker, den første og den annen etikk. *Den første etikk* beskrives som naiv i sin tiltro til menneskets villighet til å løse den etiske oppgave, for denne etikk går ut fra at når mennesket kjenner det gode, så handler mennesket også etter det. Men det er ikke nok å kjenne det gode, etikken blir for ideell i sitt vesen. Den har ikke tilgivelsen eller forsoningen med, den er kun en idealiserende etikk som derfor også blir en dømmende etikk og overfladisk etikk, det blir en etikk hvor subjektiviteten blir som *en varen mot den andre*. Den første etikk har ingen mulighet til å vedvare, den bryter sammen når mennesket innser at idealiteten er en visjon som aldri kan nås. Denne etikk kan karakteriseres som et *bør*.

Men skal mennesket komme lenger, så er mennesket tvunget til å akseptere virkeligheten, å ta utgangspunkt der, for deretter å heve virkelighetens etikk opp i idealiteten. Dette er *den annen etikk*. I denne etikk aksepteres mennesket sin egen og andres svakhet, og derfor er det i denne etikk mulig å møte det annet menneske genuint. Det annet menneske blir det genuine objekt for den etiske fordring, og samtidig virker dette etiske forhold tilbake på selvet og gir det en bestemmelse av *en varen med den andre*.

I *Enten – Eller* som utkom i 1843 inneholder annen del to store brev som assessor Wilhelm skriver til en ung venn (11). Disse to brevene har mest av alt karakter av etiske avhandlinger. Man vil i disse to brevene finne en grunnleggende etisk bestemmelse av selvforholdet som et forhold som impliserer relasjonen til det andre mennesket (12).

I det første brevet prises kjærligheten som en grunnbestemmelse ved det menneskelige. Kjærligheten er en iboende kraft i ethvert menneske og dragningen mot det annet menneske er en bestemmelse av det menneskelige, en bestemmelse som knytter selvforholdet sammen med forholdet til den andre. I det andre brevet er assessor Wilhelm opptatt av å velge seg selv, men det å velge seg selv er uløselig knyttet til det å være noe for andre.

Relasjonell omsorg

Vi ser at både de Beauvoir og Kierkegaard er opptatt av det å utvikle seg som menneske er uløselig knyttet til relasjonen til andre. Frihet blir forstått som det å ta ansvar for den andre. Denne innsikten er det mulig for den enkelte å nå gjennom en personlig modning, de Beauvoir kaller det en eksistensialistisk omvendelse, mens Kierkegaard beskriver det som en dobbeltbevegelse fra den første til den annen etikk. Med dette som utgangspunkt vil det være interessant å diskutere om en eksistensiell forståelse av et annet menneske vil kunne bidra til et møte i symmetri og jevnlikhet, og ikke nødvendigvis i den asymmetriske relasjonen som Aadnanes problematiserer og som artikkelen viser til innledningsvis (1).

Fortellingen til Tone

Jeg møtte pasienten en sen kveld, jeg hadde kveldsvakt og skulle egentlig gå av vakt en liten halvtime etter at pasienten kom inn på avdelingen. Pasienten var en mann i førtiårene, ved bevissthet, han hadde forsøkt å skyte seg selv, men skuddet hadde bare streift halsen, og det var ikke nødvendig å operere. Imidlertid blødde det en del fra såret og det var nødvendig med kontinuerlig overvåkning. Jeg ble bedt om å være inne hos pasienten en kort stund da det også var så mye annet som hendte samtidig på avdelingen. Jeg var svært usikker på situasjonen, mannen virket fortvilet, han gråt, lå vendt bort fra meg og jeg visste ikke hva jeg skulle si eller gjøre. Jeg satte meg ned ved siden av sengen, og etter noen minutter spurte jeg forsiktig om det var noe jeg kunne gjøre, eller om han trengte hjelp med noe. Han snudde seg rundt i sengen, så alvorlig på meg og sa at han gjerne ville ha hjelp til å dø. Jeg oppfattet situasjonen som svært vanskelig og visste ingenting å svare. Jeg ble sittende stille ved siden av ham. Jeg var redd hele tiden, men han lå rolig og han sluttet å gråte etter en stund. Jeg opplevde ikke at jeg kunne være til hjelp, jeg visste ingenting om hva han trengte, hvem

han var og hvorfor han var så fortvilet. Etter ca ti minutter kom en sykepleier inn og jeg forlot rommet. Jeg var svært lettet da. Jeg sov ingenting den natten, inntrykkene var for sterke til det. Neste dag hadde pasienten reist hjem tidlig på morgenen og jeg traff ham ikke igjen. Jeg tenker mye på ham og lurer på om han lever ennå. Denne situasjonen har fått meg til å tenke på at det å tro at en hjelper en annen bare fordi en vil det, ikke er nok. Det er kanskje det jeg føler at vi lærer på skolen, at gjennom å beskrive skriftlig og muntlig vanskelige situasjoner som vi møter i praksis skal vi bli bedre i stand til å møte slike situasjoner ved senere anledninger. Jeg vet ikke om det er nok å beskrive situasjonene, men hvordan jeg kan lære, vet jeg ikke. Det blir svært subjektivt, men det jeg har kommet fram til gjennom å ha tenkt på dette selv, diskutert det med medstudenter, men også med min lærer, er at det eneste jeg kunne bidra med, var mitt nærvær. Men jeg ble svært redd når han ville ha hjelp til å dø, det var så vidt jeg ikke tilkalte andre da. Det å få mer erfaring vil kanskje bidra til at jeg ikke blir så redd, og det vil kanskje gjøre sitt til at jeg vil våge å nærme meg pasienten på en bedre måte, med forsiktig kroppskontakt for eksempel.

Tone problematiserer i denne fortellingen relasjonen mellom den hjelpe-trengende og den profesjonelle (seg selv). Det som pasienten ba om når Tone spurte om hva hun kunne hjelpe med, var umulig å etterkomme, pasienten ønsket hjelp til å dø. Dette gjorde at Tone ble redd og hun hadde ingen opplevelse av å være til hjelp, hun ble antageligvis for redd selv til å klare å være opptatt av pasientens lidelse. En omsorgsprosess kan stoppes ved at vi definerer pasienten som uforståelig eller ikke tilregnelig og pasientens lidelsesuttrykk kun som kriterium i et diagnostisk system. Det vil fungere som en objektivisering som trekker opp en usynlig grense mellom pasienten og den profesjonelle (13).

Tone sier at situasjonen har fått henne til å tenke over om det er nok å *ville det gode*. Både de Beauvoir og Kierkegaard beskriver det etiske møte mellom to som godt når en aksepterer hverandre som genuine mennesker. Dette vil Kierkegaard mene ikke skjer av seg selv, først når en har akseptert seg selv og andre som menneskelige. Med de svakheter menneskelivet fører med seg vil en kunne møte andre som genuint likeverdige.

de Beauvoir er også opptatt av dette i sin teori om moralsk frihet. Det er en personlig modning som den enkelte må igjennom og det kan være at det er dette som skolen mener er viktig, når Tone forteller at det er et ønske fra skolens side at vanskelige situasjoner skal beskrives skriftlig eller muntlig. Et spørsmål å stille i den forbindelse er om det er nok å beskrive situasjonene, eller om Tone ville fått mer hjelp i sin profesjonelle utvikling hvis beskrivelsene av de vanskelige situasjonene var tatt opp i forpliktende dialoger som bar form av veiledning med lærer.

Tone sier videre at hun gjerne kunne tenkt seg å nærme seg pasienten på en annen måte enn hva hun gjorde, for eksempel med forsiktig kroppskontakt. Å bli sett og å bli tatt på alvor, bli anerkjent som menneske i en atmosfære av profesjonell nærhet, vil alltid være essensielt, (14) og for eksempel et håndtrykk eller en bevegelse mot dynen ville nok kunne blitt oppfattet som god for pasienten. Men på den annen side kan i følge Ruyter og Vetlesen (1) fort omsorg gå over til å bli overgrep. Det vil alltid være viktig å respektere pasientens grenser og pasientens autonomi i situasjonen.

Martinsen (15) bruker begrepet «å se med hjertets øye» og mener med dette at øyets forståelse er ledet av sansningen som innebærer deltagende oppmerksomhet. «Å se med hjertets øye» innebærer å sette seg i en posisjon hvor en kan bli den andres tillit verdig. I en slik personorientert profesjonalitet vil ikke profesjonalitet stå i motsetning til det å være personlig. Personorientert profesjonalitet utfordrer den profesjonelles faglighet og menneskelighet i en vennlig vekselvirkning, forbundet i en grunnerfaring om å beskytte og ta vare på livet.

I en saksorientert og upartisk omsorg som Weber (3) beskriver som idealet for byråkratiet, vil den relasjonelle omsorgen møte grenser. Med en profesjonell nærhet som styrende for omsorgen vil derimot ønsket om anerkjennelse av den enkelte danne grunnlaget for all kontakt som omsorgsgiver har i møte med den hjelpetrequende.

Litteratur

1. Aadnanes PM. *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.
2. Ruyter K.W, Vetlesen J. *Omsorgens tvetydighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.
3. Weber M. (1971) *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 1971.
4. Parsons T. *Action Theory and the Human Condition*. New York: The Free Press, 1978.
5. Habermas J. *The Theory of communication Action*. Volume One. Boston: Beacon Press, 1984.
6. Skjervheim H. *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Tanum Norli, 1976.
7. Beauvoir S de. *För en tvetydighetens moral*. Uddevalla: Daidalos, 1947/1990.
8. Beauvoir S de. *Det andra könet*. AWE/Göteborg: Gebers, 1949/1976.
9. Pettersen T. Moralsk frihet og situasjon: Simone de Beauvoir. *Norsk filosofisk tidskrift*, 2006; 41 (4): 284–98.
10. Kierkegaard S. *Begrebet Angest*. 3. utgave, bind 6. København: Gyldendal, 1844/1978.
11. Kierkegaard S. *Enten – Eller*. 3. utgave, bind 2 og 3. København: Gyldendal, 1843/1978.

12. Søltoft P. *Svimmelhedens Etik* – om forholdet mellom den enkelte og den anden. København: Gads Forlag, 2000.
13. Vevatne O. Overgrep – en konsekvens av mangel på relasjoner. *Syn og Segn*, 2009; nr 3: 88–95.
14. Vevatne K. *Selvordsforsøket – søken mot livet*. Bergen: Universitetet i Bergen, 2006.
15. Martinsen K. *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget, 2000.

Kari Vevatne
sykepleier, dr.polit.
Universitetet i Stavanger
Institutt for helsefag
Stavanger
kari.vevatne@uis.no

Ulike perspektiver på sorg og følger for omsorg og hjelp

Michael 2010; 7: 270-81.

Artikkelen retter et kritisk lys på naturvitenskapelige teorier som modell for å forstå sorg. Et naturvitenskapelig perspektiv som grunnlag for sorg, omsorg og hjelp kan medføre objektivisering av pasienten. Sorg som et livsfenomen, og en klinisk praksis relatert til sorg og sorgarbeid har den enkelte sørgendes erfaring som utgangspunkt. I denne artikkelen beskrives og diskuteres ulike tenkemåter om sorg, og videre hva disse tenkemåtene kan innebære i møte med omsorg til personer i sorg. Budskapet er at vi ikke kan komme utenom å arbeide erfaringsnært med sorgfenomenet dersom den sørgende personen skal bli tatt vare på.

Perspektiv på sorg

Sorg er de mange ulike inntrykk og uttrykk vi har når vi blir utsatt for et betydelig tap. I denne forbindelse tar vi opp sorg knyttet til å miste en nær person ved død, noe som medfører en av de største og vanskeligste livskriser mennesket opplever.

Tapet av en nær person forårsaker kroppslig smerte, deriblant fortvilelse, motløshet og ubalanse der hele personen berøres. Situasjonen er spesielt krevende fordi personen nå skal hanskes med belastningen som dødsfallet medfører, søke å leve med følelsene uten at de tar overhånd og fortsette det daglige livet.

Et *perspektiv* kan sies å romme en synsvinkel, en åpning og et felt som er bestemmende for hva vi ser, hvordan vi ser noe, hva som tillegges mening og gir betydning. Et perspektiv er derved førende for vår fortolkning og forståelse. Den kunnskapen og de tenkemåter som dette rommer, er avgjørende for hva hjelperen ser og for innstilling og tilnæringsmåter i den kliniske praksis.

Her tydeliggjør vi to perspektiver på sorg gjennom betegnelsene: «sorg som reaksjon og symptom» og «sorg som livsfenomen». Den første posisjo-

nen uttrykkes i depresjons-, stress og faseteorier, mens den andre er den erfaringsnære fenomenologiske tenkemåten. Videre diskuteres de to perspektivene med hverandre, og det vises til det problematiske når perspektivet på sorg som symptom og reaksjon blir enerådende.

Omsorg er et komplisert og mangetydig begrep og i denne forbindelse er det den norske sykepleieren og filosofen Kari Martinsens utlegning av omsorg det tas utgangspunkt i. (1, 2). Når det i det følgende vises til *omsorgsperson* og *hjelper* forstås med det en profesjonell hjelper som for eksempel sykepleier eller lege.

Sorg som reaksjon og symptom

Teori om sorg og tap ut fra det som kalles depresjonsmodeller, analyserer sorg som en emosjonell reaksjon på tap (3, 4). Innen disse modellene er en opptatt av de ulike reaksjonene som følger tap, og hvorfor sorg noen ganger leder til klinisk depresjon.

Innen stressmodellene ses tap som en stressbelastning, det vil si en erfaring som overgår personens mestringssevne. Sorg forklares som årsak til en rekke fysiologiske prosesser, symptomer og reaksjonsmåter. Utgangspunktet for tilnæringsmåter og hjelp ut fra studier som er fundert i de nevnte modellene baserer seg på målbare, observerbare symptomer og reaksjoner.

Omfattende studier har pekt på karakteristiske trekk vedrørende sorg og psykologiske reaksjoner. Sorg er satt i et system med faser karakterisert av bestemte reaksjoner (5, 6, 7, 3). Faseteorier forklarer sorgen som tidsavgrenset, der personen etter en viss tid kan legge sorgen bak seg. Faseteoriene har utspring i psykoanalytisk teori og biologisk baserte prosesser.

De nevnte eksempler innen sorgteori slutter seg til en klassifiserende tenkemåte. En klassifiserende tenkemåte har naturvitenskapen som utgangspunkt, der studiet av fysiske fenomen eller objekt støtter seg til naturvitenskapelige metode. Å kartlegge og forklare det som synes objektivt, ses som mål for den vitenskapelige aktiviteten. Objekt kan observeres og er registrerbare, og respekt for fakta og registrerbar kunnskap er sentralt. Objekt kan ut fra naturvitenskapelig arbeid settes inn i ulike rammer for mål og kvantitet og klassifiseres. Innen forskning basert på et naturvitenskapelig rasjonale er siktet å forklare sammenhenger ved hjelp av ulike typer eksperimentelle design, og det kan gjennom systematisk kontroll finnes frem til holdepunkter som leder til en generalisering på grunnlag av beregninger og funn.

Beskrivelser i form av årsaksforklaringer er viktige innen disipliner som særlig omhandler biologisk - fysiske og kjemiske prosesser eller naturfenomen. Medisinsk forskning gjennom naturvitenskapelig metodikk er i dag

en utbredt arbeidsmåte. Også innen sykepleieforskning støtter en seg til en klassifiserende metodikk.

Ut fra studier som presiserer sorg som reaksjon og symptom kan vi knytte forklaringen: Å ha sorg. I dette kan vi se sorg som noe konkret og definisjonsmessig, en ytre tilstand så og si som personen er en del av eller utsettes for. Kunnskap vunnet gjennom naturvitenskapelige klassifiserende forsknings- og tenkemåter som brukes som grunnlag for klinisk praksis og hvilke følger en slik tenkning kan medføre i omsorg og hjelpearbeid, vil vi diskutere senere.

Sorg som livsfenomen

Sorg som livsfenomen betyr at den er et grunnvilkår ved livet og det å være i relasjoner. Sorg er eksistens og sorgen og tapet griper inn i den enkeltes omgang med alt i verden. Sorg som livsfenomen vil si at sorgen ikke er et gitt eller definert begrep som mennesket kan defineres eller innordnes i. Sorgen kan heller ikke underlegges normative forestillinger om hva som er sorg, hvordan den bør bæres eller uttrykkes. Sorg er noe som kjennes av og viser seg for den enkeltes egen erfaring gjennom de kulturelle sammenhenger personen står i (8). Den danske sykepleieforskeren Charlotte Delmar (9, 10) belyser livsfenomener i en livsfilosofisk sammenheng i en sykepleiekontekst. Hun poengterer at livsfenomener er uttrykk for grunnleggende allmennmenneskelige erfaringer som utgjør grunnlaget i tilgangen til å forstå og møte mennesket.

Delmar (9, 10) retter sin forskning mot å forstå livsfenomenene for å danne oss til å gjøre gode, kloke og riktige handlinger. Hun viser til noen fellestrekk ved livsfenomenene. Livsfenomener er førkulturelle, de er både typiske og unike, og de utgjør et grunnvilkår ved livet. Vi vil understreke at livsfenomenet sorg er et uttrykk for en grunnleggende erfaring som er typisk og unik. Denne erfaringen bærer på mening som er særegen for den enkelte i sorg samtidig som den er en allmennerfaring. Nyere sorgforskning og teorier om sorg får frem og vektlegger perspektiv som beskriver sorg som en aktiv og for personen særegen prosess for å finne mening (11, 12). Den enkelte personens opplevelse og egne erfaringer i sorgen ses innen disse teoriene som sentralt. Teoriene beskriver også at sorg er noe den etterlatte bærer med seg, den er ikke forutsigbar eller tidsavgrenset, og sorgen er ikke noe som fullføres. Ut fra det vi har nevnt kan vi knytte an forståelsen til: Å være i sorg.

Den tyske filosofen Edmund Husserl (1859–1938) bygget opp og gjorde tydelig en filosofi om det konkrete innholdet i vår erfaring som en naturlig erfaring, den hverdagslige, opplevde erfaring av verden (13). Fenomenologi-

ens utgangspunkt er den verden vi til daglig lever i og gjør erfaring i. Å gå til saken selv, til det som viser seg ved seg selv gjennom erfaringen, er et kjernepunkt. Det dreier seg om å møte fenomenet der det er og slik det viser seg. Forestillingen om bevissthetens intensjonalitet er grunnleggende innen den fenomenologiske forståelsesmåten. Bevisstheten er alltid bevisstheten «om noe», og verden er en verden «for noen». Denne bevissthetens rettethet innebærer at vi erfarer noe «som noe», erfaringen gir mening. Erfaring som noe, om noe som gir mening, fletter subjekt og objekt sammen. Fenomenologisk tenkemåte har avstand til René Descartes' (1596–1650) dualisme. Det er ikke mulig å tenke subjekt og objekt hver for seg for mennesket og verden står i en gjensidig relasjon.

Den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908–1961) (14), som har utlagt Husserls sene verker: om kropp og intensjonalitet, mener at det er som levende og sansende kropp vi erfarer. Mennesket oppfattes som hele personer som befinner seg i og er en del av en helhet. Menneskets eksistens er betinget av at vi er uløselig knyttet til verden. Det er gjennom samspill og deltagelse i verden vi erfarer. Erfaringene og forståelsen av disse, danner en forståelse og fortolkningsramme for nye erfaringer. Kroppen uttrykker seg gjennom språket, og det er gjennom kroppens språklige uttrykk det gis tilgang til den andres opplevelse og erfaring, sier Merleau-Ponty (14). Også den norske filosofen Hans Skjervheim (1926–1999) (15) understreker at en alltid er i en fortolkende kommunikativ sammenheng. Derfor kan en som hjelper ikke stille seg utenfor den kliniske praksissammenhengen, og vi kan heller ikke forstå livsfenomener ved å utelukke det erfaringsnære.

Kritisk diskusjon av et naturvitenskapelig tenkesett som perspektiv på sorg og hjelp.

Tilnæringsmåter som støtter seg til et naturvitenskapelig tenkesett, er ikke egnet til å beskrive og forstå mennesket og menneskets erfaringer i den sammenheng det lever i. Dette er noe av budskapet i Skjervheims positivismekritikk. Å sette menneskets handlinger og opplevelser inn i naturvitenskapens forklaringsrammer, er det samme som å redusere mennesket til et objekt, påpeker han (15). Når et naturvitenskapelig tenkesett i denne sammenhengen blir enerådende, mener vi at det leder til en feilslått og utilstrekkelig praksis.

Fordi mennesket er ureduserbart, selvfortolkende og intensjonalt, er det umulig at naturvitenskapen kan ha makt over mennesket og samfunnet på samme måte som over naturen når denne er redusert til lovmessigheter (16). Om teorier om naturens lovmessigheter skulle gjelde for mennesker, ville

det være å redusere mennesket til en kategori på lik linje med dette. Anvendelse av naturvitenskapelige teorier som modeller i forståelse av mennesket og samfunn, er å forfeile og å begå urett. Dette betegner Skjervheim (15) som «det instrumentalistiske mistaket».

Syn på den sørgende som en generalisering eller et objekt, vil både i forskning og omsorg bety at personens opplevelse og erfaring overses. Sorgen kan reduseres til en tilstand, der den sørgende faller inn i en tilskuerposisjon. Sorg blir ut fra et slikt tenkesett redusert til et sett symptomer som kan observeres og kategoriseres. Fravær av synlige tegn på sorg kan lede andre og da hjelpere til å neglisjere sorgen. Den sørgende på sin side kan igjen ledes til å holde tilbake følelser og opplevelser og blir stående alene i og med sin sorg. Sorgteori slik som depresjons- og stress-modellene innordner den sørgende i en klassifisering, som derved utelukker det unike, den enkelte.

Teorier som inndeler sorgen i bestemte faser, er i sitt vesen lineær og statisk, og den sørgende fremstår som et system av symptomer. Sorgen blir en tilstand den etterlatte er prisgitt og en slik oppfatning vil kunne bidra til å øke lidelsen og medføre at den sørgende er fremmedgjort i forhold til egen sorg. Klassifisering av sorg og sorgbearbeidelse, slik den er beskrevet i de nevnte teoriene, kan komme til å fremstå som en sykeliggjøring av det å være menneske, det å tilhøre livet. Å anlegge en naturvitenskapelig tenkemåte i tilnærmingen til personen i sorg, kan lede til en sykeliggjøring av personen og en objektivisering av denne.

Sorg forklart som en reaksjon som følger bestemte statiske og lineære faser vil bedømmes til å være forutsigbart og lite påvirkelig. Dette vil kunne kjennes som en situasjon, der den etterlatte selv ikke har kontroll over seg og sin livssituasjon som sørgende. Sorgen blir en tilstand, noe som ikke kan påvirkes. Den sørgende kan betegnes som tilskuer. En slik erfaring vil kunne bidra til å øke lidelsen og medføre at den sørgende er fremmedgjort i forhold til egen sorg. Det innebærer en tilstand der den enkelte ikke har mulighet for å skape sin situasjon eller påvirke denne. Som en konsekvens av dette vil den etterlatte være avhengig av den andre, en avhengighet som stenger for opplevelse av egenverdi (8). Å anlegge et naturvitenskapelig perspektiv i omsorg og hjelp, kan lede til objektivisering av den andre.

Slik vi forstår Skjervheim, vil det nevnte perspektivet også lede til at omsorgs- og hjelpepersonen ser på seg selv som ekspert og er den som lager spillereglene, mens den andre (personen i sorg) blir en tilskuer. Imidlertid, slik vi følger Skjervheims diskusjon, kan ikke mennesket fordi det alltid står i en kommunikasjonssammenheng, settes som tilskuer. Både den sørgende og hjelperen må dermed stå som medspillere og altså deltagere.

Skjervheim (15) vendte blikket fra objektivismen til forståelsen av mennesket. Å forstå mennesket er å forstå et vesen som selv er i stand til å forstå og forstå seg selv. Et av Skjervheims anliggender er at vi får tilgang til sosiale fenomen gjennom å forstå hvorledes personen tolker seg selv som en del av situasjonen (17). Tilgang til livsfenomenet sorg og forståelse av fenomenet i sin sammenheng, får hjelperen i sin kliniske praksis ved å gå til saken selv, til den sørgendes egen forståelse og fortolkning av fenomenene og situasjonen, til den erfarte erfaring slik denne uttrykkes. En forutsetning for dette er en hjelper som er deltagende tilstede, der deltagelsen innebærer å få fatt på ulike måter sorgen viser seg på i livssituasjonen, for å forstå ulike sider ved livsfenomenet. Hjelperen forstår ved å delta i den enkeltes fortelling (18). Hjelper og pasient forstår noe sammen, som overskrider den enkeltes erfaring.

Innen nyere sorgteori, der det fremheves som viktig å vektlegge den enkelte sørgendes selvopplevelse og egenforståelse ved tap, trekkes mulighet for det som har blitt kalt «post-traumatisk vekst» frem. Forutsetninger for dette er at det rettes søkelys mot og gis rom for at den sørgendes egen forståelse kommer frem ved hjelp og støttetiltak (8). Forståelse og selvforståelse er i fenomenologien knyttet til erfaring fra ulike begivenheter i livet og den sammenhengen en skaper mellom disse. Å forstå og finne mening i sorg og tap situasjonen, er slik knyttet an til den enkelte sørgendes erfaringer og håndtering av erfaringene (8).

Å være i sorg innebærer en bevisstgjøring, en erkjennelse og erindring gjennom erfaringen. Det dreier seg om å bevege seg inn i en endret virkelighet med nye erfaringer og måter å møte verden på. Sorg som eksistens understreker at sorgen berører alt i denne eksistens. Å erfare sorg er å være i en situasjon og å håndtere tapet og sorgen er også å være i denne erfarte situasjonen. Den enkelte vil i sorgen og bearbeidelsen av denne måtte rette seg mot å finne mening i en ny livsforståelse og tilværelse. Også omgivelsene vil måtte ta utgangspunkt i at sorg er eksistens, er altomfattende, og at den inngår som en vesentlig erfaring i den fremtidige livsforståelsen.

Begrensninger når det faglige skjønnets overses

Ut fra en fenomenologisk tenkemåte har sorgen i sin forskjellighet også likhetstrekk fordi mennesket også har iboende noe felles, noe allment/universelt i det spesielle. Det som det kan stilles kritiske spørsmål til, er når teorier generaliserer sorg til kjennetegn som skal være gjeldende som regel for personer i sorg. En fenomenologisk forståelse av livsfenomenet sorg, er et motspill til generalisering og klassifisering av sorg som bestemte reaksjoner eller symptomer satt i system eller faser. Sorg sett som livsfenomen, betoner

at den enkelte erfarer og forstår sorgen på sin måte og den enkelte vil også uttrykke sorgen på sin måte. Det ville ut fra dette være urett å slutte seg til bestemte definisjoner av hva sorg og sorguttrykk er. Når sorg ses som et livsfenomen, kan den ikke låses til generaliseringer og slik bli gjenstand for klinisk behandling med på forhånd oppsatte tiltak. Sorgen erfares spesielt og opplevelsen varierer i kraft og kommer til uttrykk på den etterlattes egne måter og i den etterlattes spesielle livssituasjon. Dette krever også at en i omsorg og hjelp må rette oppmerksomheten mot den enkelte og møte ham eller henne i den unike sorgerfaringen. Slik ser vi at sorgen bæres med og ikke kan skilles fra personen som sørger, i det personen *er* sin sorg. Det betyr at det enkelte sorguttrykk heller ikke kan låses fast til å gjelde for alle personer i sorg. Sorgen kan slik sett bare forstås gjennom en henvendelse til den sørgende selv, og følgelig må støtte og hjelp til sørgende rette seg inn mot dette. Fordi sorg *både* er et unikt og typisk fenomen, vil andre/hjelper kunne kjenne igjen sider ved fenomenet og i møte med hjelperen vil den sørgendes egne erfaringer settes i spill og den sørgende kan få hjelp til å håndtere sorgen på en tjenlig måte for den bestemte personen.

Martinsen (2) understreker betydningen av det faglige skjønnnet i omsorgen for den andre. Det faglige skjønnnet har to hovedkomponenter: en saklig, begrepslig forståelse og en sanselig forståelse. I det faglige skjønn er disse to komponentene sammenvevd. En kan si at teoriene er innvevd i holdningene og handlingene. Det er altså ut fra et faglig skjønn vi ser, vi tolker, tillegger noe betydning og handler. Martinsen setter likhetstegn mellom et faglig skjønn og en praktisk moralsk handlingsklokskap. Det dreier seg om den gode sykepleie, den reflekterte praktiker, som handler ut fra innsikt (2). Komplekse livssituasjoner, der det fordres hjelp og støtte, krever at ulike former for kunnskap bringes inn og at det skjønnes i forhold til det som er aktuelt og relevant. Tidligere erfaringer, teoretisk kunnskap, forskningsbasert kunnskap og håndverkskunnskap virker og spiller sammen. Det faglige skjønnnet avgjør hva som er relevant og hva som er tjenlig og til å stole på ut fra en helhetlig bedømmelse av situasjonen.

Livsfenomenet sorg fremstår som nyansert og komplekst. For at hjelpere kan komme tett inn på livsfenomenet sorg, fordres det en avstand og samtidig et sansende nærvær, en varhet for stemningen i situasjonen. Tilgangen kan sies å kreve en sanselig og situasjonsbestemt oppmerksomhet rettet mot livsfenomenet, som Delmar (10) utlegger det. Kunnskap om sorg og generaliseringer fremkommet gjennom en klassifiserende forskning, vil kunne bidra med en orienterende kunnskap. Det vil si hjelperen tar i det faglige skjønnnet den begrepslige kunnskapen inn i en vekselvirkning med den erfaringsnære kunnskapen. Med et perspektiv som ser det faglige skjønnets

betydning vil vi også peke på at en klassifisering av sorg blir utilstrekkelig som grunnlag for omsorg og hjelp.

Innen en naturvitenskapelig tenkemåte fremstår mennesket som objekt, noe som kan defineres og kontrolleres. Når denne klassifiserende tenkemåten dominerer og blir enerådende i beskrivelsen av den sosiale virkeligheten, innebærer dette at det anlegges en tilskuer eller observatørs synsvinkel på menneskers liv. En objektivisering av den sørgende vil i omsorgs- og hjelpearbeidet bety at personens opplevelse og erfaring overses, for innen tenke- og handlemåter som har som forutsetning det synlige eller målbare, anses erfaringen å være av liten betydning for å danne et bilde av hva sorg er. Den sørgendes egen opplevelse innskrenkes og den sørgende kan derved ledes til å holde tilbake egne følelser og opplevelser fordi disse erfaringene fremstår som lite vesentlige eller ugyldige. Utforskning og bedømmelse av pasientens erfaringer ved hjelp av manualer eller oppskrifter, vil være med å øke avstanden mellom kunnskapsutvikling og klinisk praksis eller fagverden og dagligverden. Omsorg og hjelp som utgår fra slik kunnskap *kan* komme til å være depersonaliserende, det vil si den kliniske praksis bygger på en generalisert kunnskap som gjelder for en generalisert, eller standardisert person. Dersom vi godtar naturvitenskapens tenkemåte og denne kunnskapen som utgangspunkt for klinisk praksis, overses vår tydning av livsfenomenene, som viser seg gjennom den enkeltes uttrykk. Når kunnskap og klinisk praksis baserer seg på standardisering av mennesket, gis det ikke rom for forskjelligheten. Når det faglige skjønnet utelates og når mennesket reduseres til et kasus, er en ikke lenger opptatt av sammenhengen mennesket står i. Slik blir mennesket fremmed for seg selv og hjelperen fremmed for mennesket hun/han skal gi omsorg og hjelp.

I fenomenologien er et møte mellom personer aldri et nøytralt, objektivt møte. Vi gjør inntrykk på hverandre. Vi har følelser og vi beveges. Hjelperens kunnskapssyn, menneskesyn og væremåte griper inn i pasientens (den sørgendes) situasjon og kan være med å forverre eller bedre denne (18). Personer i sorg befinner seg i en meget krevende livssituasjon, og er svært sårbare (8). Dette medfører en særlig varhet for hvorledes hjelper kommer den enkelte i møte. Det inntrykket personen i sorg får i møtet bygger opp personens selvforståelse og selvspekt (19). Om den sørgende reduseres til sorgsymptomer, reaksjoner som mer eller mindre skal kunne forutsies, vil det være å overse den andre som person. Hjelperens interesse og orientering kan da gå mot å diagnostisere problemer, diagnostisere hva personen tilsynelatende lider av for så å iverksette på forhånd oppsatte tiltak. Det diagnostiserende blikket har sin berettigelse der det er nødvendig å observere og registrere, men har også sine begrensninger i det at *personen* overses. Blikk som diag-

nostiserer er et objektiverende blikk som medfører at personene blir gjort til gjenstander og ikke sosiale, medlevende personer. Vi befinner oss da i en subjekt-objekt-relasjon (19).

I alle hjelperelasjoner er det et asymmetrisk forhold. Et instrumentelt rasjonale som legger til grunn objekt – subjekt-relasjonen, vil understøtte et asymmetrisk forhold mellom hjelperen og den som trenger støtten. Det faglige skjønn er utelatt. Sorgen som generaliseringer av symptom, fakta eller kaus, står uten annerledeshet og egenverdi. Tilnæringsmåter som er fundert i relasjonen subjekt - subjekt, der begge parter er deltagere, vil ha som utgangspunkt den andres annerledeshet og søke å tilstrebe en ballanse, likeverd, *noe* som er ikke-asymmetrisk i forholdet.

Skjervheim (20) mener at vitenskapen og praksis må grunnlegges på det han kaller dialogisk logikk. Dette innebærer at alt og alle *både* er subjekt og objekt. Fornuften utkrystalliserer seg i interaksjonen mellom subjekt og objekt; en slik fornuft er reflekterende og ikke bestemmende. Subjektet og objektet fremstår slik som deler av den samme virkelighet.

En kan være henvendt i situasjoner og *se* mennesket på ulike måter. Martinsen (1), utfordrer til å skille mellom å sanse og å registrere. Vi kan se mennesket som et objekt gjennom et øye som ikke er deltagende seende. Kun å registrere er å vurdere den andre uten å se den andre som mennesket. Vi kan se mennesket i sin integritet gjennom det seende og deltagende øye, sier Martinsen (1). Å sanse vil i omgang med den andre når det gjelder omsorg og hjelp, dreie seg om å kunne se den andre som det bestemte sørgende mennesket. Dette fordrer at hjelperen må være i det konkrete. Det fordrer at den som er involvert i forhold til den andre gjør dette i et forsøk på å fortolke og forstå ut fra den andres situasjon. Den danske teologen og filosofen Knud Eiler Løgstrup sier: «...uden følelse, ingen forståelse. Al forståelse, al tænkning er anvist på følelsen» (21). Følelsens forståelse kan sammenlignes med en horisont som åpner seg, og innbyr til å følge med i den andres verden, gå ham seende-lyttende i møte, som Martinsen (1) skriver. Forhold som åpenhet og nærhet, gjelder i en hver kommunikativ sammenheng, men også en distanse. Distanse er forutsetningen for nærhet. Som hjelper blir en berørt. Innbildingskraften, å tenke seg inn i andres ståsted, bidrar til at en i omsorgen og hjelpen kan komme frem til hvordan noe forholder seg i verden.

Absoluttering av fagverdenen er samtidig å tildekke dagligverdenen og dermed se bort fra den konkrete erfaring. For å hindre dette kreves at fagverdenen må ha forfeste i dagligverdenen. Som hjelper må en være deltagende tilstede i den etterlattes uttrykte livsforståelse. Martinsen (1) tydeliggjør dette når hun viser til det sansende seende øyet som en fenomenologisk forståelsesmåte og det registrerende øyet som en naturvitenskapelig tenke-

måte i vekselvirkning. Det sansede og seende øyet er et deltagende oppmerksomt øye. Dette øyet forsøker å finne ut hvordan det vi har felles (for eksempel det å sørge), viser seg på variert vis i hver enkelt situasjon. Og derfor kan det sansende og seende øyet ikke trekke seg ut av situasjonen det er i, men ser den andre som den andre. Det registrerende øyet derimot, har trukket seg ut av situasjonen. Dette øyet stiller seg i en utenforposisjon, opptatt av å se etter og trekke ut felles kjennetegn for å ordne disse under et på forhånd definert begrep eller klassifikasjon. Øyet som registrerer abstraherer fra den konkrete sammenhengen og ser etter likheter som kan innordnes et felles begrep. Dette øyet underslår den varierte forskjelligheten. For det sansende deltagende øyet derimot, viser det som er felles seg i en uendelighet som stadig henviser og varierer på en slik måte at vi aldri kan låse det i og til en klassifisering, for det er alltid noe mer som knytter seg til personen ut over objektiviteten.

Sorg som personlig erfaring

Den erfaringsnære fenomenologiske tenkemåten er ikke til å komme utenom. Et helhetlig syn på mennesket der kroppen er både det bio-kroppslige, det eksistensielle og logos, er langt mer omfattende enn en naturvitenskapelig rasjonalitet fastholder. Det vil kunne betegnes som et etisk-faglig mistak når synlige mål, det observerbare, blir en rådende referanse og utgangspunkt i omsorg og hjelp. I arbeidet der en søker å forstå noe ved andre mennesker, vil deltakelse og fortolkning være sentralt. Opplevelser og erfaringer kan ikke observeres og registreres som naturfenomen. Vi *ser* ikke opplevelser og erfaringer som fakta eller sansedata, men de *berører oss* og de må *tolkes*. Det er gjennom den andres fortelling og uttrykk vi har tilgang til opplevelsen og forståelsen.

I den objektive verdens grunninnstilling er visse perspektiv låst fast, derfor må vi vende om til det vi har oversett. Når vi stiller øyet i sansningens tjeneste er ikke øyets makt innskrenkende overfor den andre. Denne omvendelsen, det å komme livet på sanset hold, er det fenomenologien som filosofisk bevegelse arbeider med, fremholder Martinsen (2). Når oppmerksomheten og hjelpen rettes mot sorg som livsfenomen, må det faglige skjønn spille en sentral rolle. En tilnærming som er tuftet på en fenomenologisk tenkemåte der sorg som livsfenomen står sentralt, åpner for muligheter til å ta med den andres ståsted og unike erfaring. Dette er en forskjell fra en klassifisering av sorg der det legges standardiserte intervensjoner til grunn i den kliniske praksis.

Depresjons-, stress- og sorgfaseteorier kan bidra med orienterende kunnskap. I seg selv eller som enerådende har slike teorier betydelige begrens-

ninger. Når klassifiseringens begrensninger overses, overses også den sørgendes erfaring og sorg. Det er derfor en ikke kommer utenom den erfaringsnære fenomenologiske tenkemåten og en klinisk praksis som bygger på det faglig skjønnet. I denne forbindelse har vi rettet søkelyset på hvorledes disse ulike perspektivene åpner for hva som ses og vektlegges i sorg og hvorledes ulike perspektiver medfører en ulik innstilling og tilnærming i en klinisk praksis som omhandler personer i sorg.

Litteratur

1. Martinsen K. *Care and vulnerability*. Oslo: Akribe, 2006.
2. Alsvåg H. Philosophy of caring. I: Tomey AM, Alligood MR (eds.) *Nursing Theorists and their Work*. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2006, 167–90.
3. Stroebe W, Stroebe M. *Bereavement and Health. The Psychological and Physical Consequences of Partner Loss*. New York-Sidney: University Press, 1987.
4. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies* 1999; 23: 197–224.
5. Lindemann E. The Symptomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry* 1944; 44: 101- 141.
6. Lindemann E. *Beyond Grief: Studies in Crisis Intervention*. New-York: Aronson, 1979.
7. Parkes CM. *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*. London: Penguin, 1986.
8. Furnes B. *Å skrive sorgen – bearbeidelse av sorg. Professororientert skriving i møte med en fenomenologisk språkførståelse. En hermeneutisk fenomenologisk studie av skriving som sorgbearbeidelse hos etterlatte*. Doktorgradsavhandling. Bergen: Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen, 2008.
9. Delmar C. *Tillid & Magt. En moralsk utfordring*. København: Munksgaard, 1999.
10. Delmar C. The Phenomenology of life phenomena – in a nursing context. *Nursing Philosophy* 2006; 4: 235–246.
11. Attig T. Relearning the world: Making and Finding Meanings. I: Neimeyer RA. (ed.) *Meaning Reconstruction & the Experience of Loss*. Washington DC: American Psychological Association, 2001, s. 33–55.
12. Neimeyer R A. Meaning, Reconstruction & Loss. I: Neimeyer RA. (ed.) *Meaning Reconstruction & the Experience of Loss*. American Psychological Association, Washington DC, 2001, s. 1–13.
13. Strandmark M, Hedelin B. Phenomenological Methods reveal an inside perspective on health and ill health. I: Hallberg LRM (ed.) *Qualitative Methods in Public Health Research*. Lund: Studentlitteratur, 2002, s. 71–100.
14. Priest S. *Merleau-Ponty*. New York: Routledge Taylor and Francis, 1998.
15. Skjervheim H. *Deltakar og Tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug, 1976.
16. Ekeland TJ. Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1999; 36: 1036–1047.
17. Hellesnes J. *Om Hans Skjervheim*. Oslo: Det Norske Samlaget, 1999.

18. Alvsvåg H. The nurse's learning through the patient's encounter with death. *Klinisk sygepleie* 2008; 22: 5–14.
19. Alvsvåg H. *Sykepleie - mellom vitenskap og pasient*. Bergen: Fagbokforlaget, 1997.
20. Skjervheim H. *Filosofi og Dømmekraft*. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
21. Løgstrup KE. *Vidde og prægnsans*. København: Gyldendal, 1976.

Bodil Furnes

Førsteamanuensis, dr. polit.

Institutt for helsefag

Universitetet i Stavanger

N-4036 Stavanger

bodil.furnes@uis.no

Kari Martinsen

Professor

Institutt for helse og sosialfag

Høgskolen i Harstad

N-9480 Harstad/

Haraldsplass diakonale høyskole

N-5009 Bergen

kari.martinsen@hih.no

Om tröst och att trösta¹

Michael 2010; 7: 282-6.

Syftet med denna artikel är att undersöka tröstens innebörd, med fokus på vårdande och icke-vårdande tröst såsom den framträder i Jobs bok i Gamla testamentet. Analysen visar att Job upplever den tröst som förmedlas till honom som både frånvaro, frånvarande tröst och närvaro, närvarande tröst. Några dimensioner av den frånvarande trösten är att den förminskar lidandet och är en tröst som stannar vid ytan. Den närvarande trösten framträder i dimensioner som karakteriseras av en öppnande tröst och av en motsägelsefull tröst. I artikeln urskiljes en vårdande och en icke-vårdande tröst, och argumenteras för att även vårdarna själva upplever tröst av att förmedla en tröst som vårdar den lidande

Tröst

Tröst är något som sysselsatt människors tänkande genom tiderna, ett ofta förekommande begrepp i Bibeln och i grekisk och romersk filosofi. I Jobs bok i Gamla testamentet möts vi av en lidande människa. Vad har han med tröst att göra och vad kan Job bidra med för att vi bättre ska förstå tröst?

När vi först träffar Job är han rik på ägodelar, har en stor familj och ett gott anseende. Job är *well off* som man brukar säga, och lever lycklig med sin stora familj i landet Uz (Mellanöstern). Plötsligt drabbas Job av flera personliga olyckor, inte bara av en utan av flera. Han förlorar flera medlemmar av sin familj och en stor del av sin egendom. Som om inte detta var nog så insjuknar han i en hudsjukdom som ger honom varbölder över hela kroppen.

Jobs liv förändras drastiskt, som om någon kastat krona eller klave om det. Det som var intressant för min avhandling² om tröst var bland annat

- 1 En artikel med besläktad tematik är publicerad i *Tidsskrift för fag og tro* 2009; 4: 7 – 9. Tidsskriftet har gett tillstånd til detta.
- 2 Roxberg Å. *Vårdande och icke-vårdande tröst*. Åbo: Åbo Akademi, 2005. Akademisk doktorsavhandling. Hämtas: <http://bibbild.abo.fi/ediss/2005/RoxbergAsa.pdf>

det totala scenbytet, från lycklig och frisk till bruten och sjuk, sittande på en askhög i utkanten av staden. Askhögen var platsen för den tidens utstötta och för de med smittsamma sjukdomar.

Job är bitter över det lidande som drabbat honom:

«Om blott mina kval kunde vägas, mina olyckor läggas på vågen! De skulle väga tyngre än havets sand, därför är mina ord bittra» (Job 6:2–3).

Om vi själva mötte Job i hans elände skulle vi nog tycka att denne man är i stort behov av tröst. Det tyckte också Jobs vänner som reste långt för att komma till Job och för att trösta honom. Vännerna gör precis som man ska göra för att trösta enligt den tidens sed och som vi förmodligen också skulle göra:

De kom för att: *«visa honom sin medkänsla och trösta honom» (Job 2:11).*

«Så satt de hos honom på marken i sju dagar och sju nätter. Ingen sade något till honom, ty de såg hur han led (Job 2:13)

Den frånvarande trösten

I den fortsatta dialogen mellan vännerna och Job gör vännerna allt för att trösta Job och misslyckas lika många gånger. Job blir bara irriterad av deras tröst.

Varför blir då Job inte tröstad av vännernas tröst, en tröst som ges i allra största välmening? Varför misslyckas trösten? I det följande belyses den frånvarande «trösten». Det är en «tröst» som utgår från egna istället för den andres upplevelse av sitt lidande. Denna tröst har flera dimensioner, varav endast några exempel behandlas i denna artikel.

Förminskande «tröst»

Vännernas förklaringar till det lidande som drabbat Job lindrar inte hans lidande. Ett exempel är vännen Elifas som förklarar Jobs lidande utifrån den Job han kände sedan tidigare. Elifas påminner Job om hans tidigare goda livsstil (4:3–4) och orsaken till Jobs nuvarande reaktion (bristande ork, rädsla)(4:5). Enligt Lindström (1992)³ reduceras på detta sätt det ondas problem till en bristsjukdom, nämligen bristande insikt och tro.

Den förklarande «trösten» verkar uppfatta lidandet som ett problem och ett lidandeproblem som tröstas genom att förklaras och därmed förenklas. Marcel (1950)⁴ framhåller att ett problem är avgränsat och något som är

3 Lindström F. Gud och det onda i Jobs bok. I: Aneer G., Cöster H., Lindström F. *Lidande och Död*. Göteborg: Institutionen för Religionsvetenskap, Nr. 2, Göteborgs universitet, 1992, s. 25–43.

4 Marcel G. *The Mystery of being. I: Reflection and mystery*. London: The Harvill Press, 1950.

utanför oss själva medan mysteriet är något som vi själva är engagerade och involverade i. Mysterier är inte heller möjliga att förenkla utan till mysteriets natur hör att det är gåtfullt och oförutsägbart. Skillnaden mellan den förklarande och den närvarande trösten tycks ytterst handla om hur människan uppfattas, d.v.s. om hon uppfattas som ett problem som kan besvaras eller ett mysterium som kan förstås och nås insikt om.

«Tröst» som stannar vid ytan

Vad är det då egentligen som gör Job besviken på vännernas tröst? Vad är det som vi kan lära oss något av när vi själva ska trösta någon som lider?

Jobs upplevelse av vännernas tröst är att den skorrar falskt. Det är också en tröst som är otålig och inte lyssnar. Brist på tålmod är karakteristiskt för den tröst som utgår från det egna och som är vänd från den lidande. Enligt Marcel (1950) kan denna tröst förstås som teknisk och en tröst som utgår från en rationell syn på människan. En tröst som lindrar och vårdar, tycks istället uppfatta den andre som ett mysterium. Denna är följdriktigt en tröst som berörs av och som är engagerad i den andres lidande. För en sådan tröst förefaller det omöjligt att utgå från sig själv. En narcissistisk tröst kan inte vara både och, d.v.s. både i den andres lidande och i spegelbilden av sig själv. Dessa är två oförenliga motsatser.

Det verkar som att svaret på frågan finns i själva ordet *besviken* och *sviken*. Job säger bland annat att vännernas tröst är tom, innehållslös. Vännerna tröstar inte utifrån Jobs existentiella frågor och livssituation, utan utifrån sin egen livsförståelse och tro. Det Jobs vänner misslyckas med, är att vara närvarande för Job i hans upplevelse av sitt lidande. Vännerna är inte där Job är och Job upplever inte heller att Gud är det. Det är en *frånvarande tröst*, en tröst som *går förbi* och inte *till* den lidande.

Av det skälet känner sig Job också sviken av den Gud som han trott på och som för honom har utgjort tillvarons grund. Han accepterar inte heller att det lidande som drabbat honom skulle vara hans öde. Jobs bok uttrycker en mänsklig grundfråga: Varför drabbas oskyldiga människor av lidande?

Den närvarande trösten

Vad är tröst idag? För att få svar på den frågan vände jag mig till dem som liksom Job borde vara experter på tröst och att förmedla tröst, nämligen äldre vårdtagare inom kommunal hemsjukvård och vårdare inom samma vårdform.

I vårdarstudien uttrycktes en närvarande tröst. Denna tröst har flera dimensioner, varav några exempel ges i denna artikel, dvs. den motsägelse-

fulla trösten och den öppnande trösten. I denna ömsesidiga öppenhet kan tröst «multipliceras».

Den öppnande trösten

Vårdarna använde sig ofta av metaforer för att beskriva erfarenheter av tröst och att trösta. En sådan hade anknytning till hemmet. Den inbjudande öppna och den motsatt stängda dörren tolkas som att den helt stängda dörren stänger inne lidandet. Den representerar en dörr, stängd för möjligheten att låta lidandet lidas och för tröst att trösta. Den lidande måste släppa in tröstaren för att bli tröstad, vilket pekar på betydelsen av att själv vilja ta emot tröst. Dörren som utgång för förlösta känslor handlar om att lidandet lids. Utgången tycks samtidigt fungera som en ingång för tröst.

Om man har en stängd dörr, då kommer ju inte känslorna någonstans varken ut eller in ju, då kan man inte ta emot tröst // Ja, man måste ju släppa in den andre om man ska bli tröstad, man måste ju, man måste ju släppa till själv den som blir tröstad, annars kan man ju inte bli det // det blir som en utgång när man har öppnat en dörr

Vårdarna upplever själva tröst av att trösta och vårda. Det sker på olika sätt. En vårdare beskriver hur tröstandet ger henne tröst. Det gör den därför att när hon hjälper den lidande så hjälper det samtidigt henne själv att utvecklas som människa. Den växten handlar om att få en förmåga att förstå andra, vilken framstår som en samlad erfarenhet som hon bär med sig och senare kan utnyttja för att bli bättre på att hjälpa andra.

(F:... tröstar vad gör trösten med mej då?) Jaa, jo men det hjälper ju mej också det gör det ju, jag tror att det hjälper mej också // Dels att man kan hjälpa den här personen att få tillbaka något men också att det är någon slags förberedelse att man kan hjälpa någon annan så // Det hjälper mej att jag utvecklas lite tror jag, jag växer lite för varje gång som människa tror jag om jag kan göra något sånt //

Den motsägelsefulla trösten

I äldrestudien förekom ofta bilden av en hand, en hand som bär lidandet och en hand som prövar genom att ge lidande. De äldre beskriver prövninngen som tröst och i Jobs bok uttrycker Elifas att den människa som tuktas av Gud är lycklig.⁵ Dessa beskrivningar tycks, trots att det skiljer ca 2 500 år mellan dem, ha en gemensam nämnare, nämligen att *tröst är att lida*. Frågan är om denna föreställning levt genom årtusendena och om den också tröstat under samma tidsrymd.

5 «Lycklig den människa som tuktas av Gud. Förkasta inte den Våldiges fostran!» (Job 5:17)

Tröst är ett yttersta hopp, och när ingen annan hjälp finns, finns tröst. Tröst som bär den lidande är således en tröst att lita på. Den lidande förlitar sig till den andre och trots att denne ger lidande så rubbas inte förtroendet. Av den anledningen kan även lidandet (prövningen) upplevas som tröst.

Den komplexitet som denna tröst visar, består således bland annat i att tröst prövar och att prövningen tröstar. En annan komplex aspekt är att överlämna sig själv till en annan, t.ex. att ge upp den egna viljan för att istället göra som den andre vill. Det kan alltså vara tröst att vilja vad den andre vill och att lida vad denne vill. Sett ur detta perspektiv uppfattas lidandet som en gåva och en gåva som ges av «Högre makt».

Vad gör tröst till tröst?

Vännernas tröst är exempel på en stum och icke-vårdande tröst. Det stumma i denna tröst är att den inte svarar an på och saknar följsamhet för den andres lidande. För den som lider gäller att försöka släppa taget om lidande. Det kan innebära att ge upp försöken att förstå lidandet, t.ex. varför lida, för att istället låta det oförståliga vara oförståligt.

När vi möter en lidande människa, känner vi ofta en stark önskan att trösta. Samtidigt kan vi känna en djup otillräcklighet. Hur är det då ens möjligt att trösta? För dem som vårdar sjuka och utsatta människor är detta dagliga frågeställningar. Denna avhandling kan trots allt bidra till att ge hopp: Det är svårt att trösta, men det är inte omöjligt. Tröst som vårdar är nämligen inte alltid vad vi tror, inte alltid vad vi önskar att den skulle vara, och förmedlas på sätt som vi kanske inte ens kan ana.

Detta är tröstens mysterium och det som gör tröst till tröst.

Åsa Roxberg

PhD, Førsteamanuensis,

Haraldsplass diakonale høyskole

og

lektor, Linnéuniversitetet, Växjö, Sverige

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769-1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

Editors:

Professor Øivind Larsen
Professor Magne Nylenna
Professor Erlend Hem
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

Editorial board:

Professor Stein A. Evensen
Professor Jan Frich
Professor Christoph Gradmann
Professor Arvid Heiberg
Director Frøydis Langmark
Dr. Kristine Lillestøl

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 500 (2021)

ISSN 1893-9651

Retur: Tidsskriftet *Michael*, Boks 1152 Sentrum, N-0107 OSLO

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004