

# Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



## Makt og omsorg

2/15



# 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.

# Makten i helse- og omsorgstjenestene

*Michael* 2015; 12: 147–9.

Makt er et sosialt og relasjonelt fenomen som kan defineres, forstås og analyseres på en rekke ulike måter (1,2). Leger, sykepleiere og annet helsepersonell har makt og utøver makt, selv om det kan være ubehagelig å erkjenne dette (3). I et leserinnlegg i BMJ for noen år siden ble det hevdet at hvis man praktiserte en pasientsentrert tilnærming ville spørsmålet om makt være så godt som irrelevant (4).

Det er en slik naiv tilnærming legen og filosofen Howard Brody problematiserer i en studie av makt (5). Brody argumenterer for at helsepersonell må være seg bevisst sin makt og gjøre denne til gjenstand for kritisk refleksjon. Han skriver: «[T]he real world has a way of being messier than those theories would allow for. A world that contains sickness that interfere with people's lives in varied and complex ways, and in which medicine has substantial but imperfect power to resolve those sicknesses, is precisely that sort of messy world» (5). Nettopp fordi verden fremstår som «rotete» og tvetydig, kan makten være vanskelig å få øye på. Derfor trenger vi begreper, analyser og studier for å orientere oss i landskapet og oppnå økt innsikt. Dette temanummeret av *Michael* presenterer studier av ulike former for makt og maktutøvelse og inviterer leseren til undring og refleksjon over makten i helse- og omsorgstjenestene.

Sosiologen Max Weber (1864–1920) har definert makt som «et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand» (6). Hva slags makt snakker vi om i en medisinsk og helsefaglig sammenheng? Makten er dels nedarvet gjennom rolleforventninger. Yrkesroller, titler og uniformer gir personer autoritet som danner et grunnlag for utøvelse av makt, men makt er også noe som knytter seg til den enkelte person.

Selv om makten oppstår i relasjoner og er virksom på et mikronivå, er det viktig å ta i betraktning at makt etableres og forvaltes på et mer overordnet nivå. Begrepsbruk, tenkemåter og definisjoner av sykt og friskt, samt de strukturelle rammevilkårene for helsevesenet, er et uttrykk for makt og er mulighetsbetingelser for utøvelse av makt i helse- og omsorgstjenestene (7).

Ofte forbindes makt med noe negativt – maktmisbruk – og det er lett å spørre: Er makten legitim eller ikke? Snarere enn å trekke slike normative slutninger kan det være interessant å studere maktens mekanikk, eller maktens «hvordan», slik Truls Juritzen har gjort i en studie av makt i en sykehjemsetting (8). Felles for mange av bidragene i dette temanummeret er nettopp en slik analyserende og undrende tilnærming av hverdagsituasjoner og ting man nærmest tar for gitt.

Den franske filosofen og idéhistorikeren Michel Foucault (1926–1984) har vært en inspirasjon og fellesnevner for mange av bidragene i nummeret (9). Begreper om normalitet og disiplinering er viktige i Foucaults teoretiske univers, og han har særlig vist hvordan begreper og kunnskap ikke er nøytrale størrelser, men er virksomme og påvirker folks forestillinger, handlemåter og forventninger til virkeligheten. Studier av hvordan makten er virksom bringer oss tettere på det konkrete og gir oss mulighet til å forstå mer av hvordan og hvorfor makt utøves. I neste runde vil det da være lettere å reflektere over og ta stilling til hva som er legitim bruk av makt.

De siste tiår har maktbalansen mellom pasient, bruker og system endret seg dramatisk. Medvirkning og involvering av brukere og pasienter på individ- og systemnivå er blitt en viktig helse- og omsorgspolitisk målsetting (10). Utviklingen innebærer en nødvendig styrking av bruker- og pasientperspektivet, men utviklingen fører samtidig til nye begreper om ansvar, krav til egenomsorg og forventninger til pårørende. Makten syns ikke, men blir ikke borte med en demokratisering av tjenestene – den uttrykker seg på nye måter som det er verd å reflektere over.

## Litteratur

1. Engelstad F. (red.) *Om makt: teori og kritikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.
2. Fugelli P, Stang G, Wilmar B. (red.) *Makt og medisin. Makt- og demokratiutredningen 1998–2003*. Rapport nr. 57. Oslo: Unipub, 2003.
3. Måseide P. Possibly abusive, often benign, and always necessary: on power and domination in medical practice. *Sociology of Health and Illness* 1991; 13: 545-61.
4. Nestel D. Issue of power is almost irrelevant for doctors practicing patient centred medicine. *BMJ* 2001; 323: 1368.
5. Brody H. *The healer's power*. New Haven: Yale University Press, 1992.

6. Weber M. *Makt og byråkrati: essay om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. 3. utg. Oslo: Gyldendal, 2000.
7. Turner BS. *Medical power and social knowledge*. 2. utg. London: Sage, 1995.
8. Juritzen TI. *Omsorgsmakt : Foucaultinspirerte studier av maktens hvordan i sykehjem*. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, 2013.
9. Foucault M. *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal, 1999.
10. Frich JC. Pasienters erfaringer – til nytte? *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132: 507.

*Jan C. Frich*  
*Institutt for helse og samfunn*  
*Universitetet i Oslo*  
*jan.frich@medisin.uio.no*

## Makt og omsorg – til introduksjon

*Michael 2015;12:150–2.*

*Grunnlaget for dette temanummeret er en tverrfaglig seminarrekke de to siste årene (2013–2014), med makt og omsorg som tema. Seminarrekken springer ut av forskningsgruppen «Omsorgens grunnlag, fenomener og vilkår» ved Senter for omsorgsforskning – Vest. Artikkelen representerer et lite utsnitt av faglige bidrag fra forskere inn mot seminarrekken, og der også en rekke andre forskere har bidratt med faglig inspirasjon.*

«Folk er seg gjerne bevisst hva de gjør og de vet ofte også hvorfor de gjør det de gjør. Derimot vet de ikke hva det som de gjør, avstedkommer» (1, s.187).<sup>2</sup> Dette utsagnet fra den franske filosofen Michel Foucault (1926–1984), illustrerer et viktig dilemma knyttet til enhver form for intensjonell handling og enhver form for maktutøvelse. Man kan ofte være seg bevisst hva man vil og handle deretter, men som regel uten fullt å kunne vite konsekvensene av det man gjør. Foucault går enda lenger enn dette og viser, blant annet i boken *Galskapens historie* (2), at man gjerne agerer og handler uten å øyne de små og store sammenhengene som ens handlinger inngår i. Når det gjelder de større sammenhenger, kan det være vanskelig å se hvorfra man motiveres og inspireres, eller tvinges. For de små sammenhenger, unnlater man gjerne å stille grunnleggende spørsmål til hvordan de praksiser man daglig deltar i, utfolder seg. Foucaults blikk rettes blant annet inn mot følgende spørsmål i boken *Overvåkning og straff*, hvordan straffer man? (3) Inn mot praksiser i omsorgstjenestene kunne man på samme måte stille spørsmål som: hvordan utøves daglig pleie, behandling og omsorg? Spørsmålet kan også stilles mer spesifikt: Hvordan utøves omsorgsarbeid akkurat nå, og her?

1 Arbeidsutvalget i forskningsgruppen «Omsorgens grunnlag, fenomener og vilkår», Herdis Alsvåg (leder), Oddvar Førland, Tove Giske, Kari Martinsen og Christine Øye har bidratt aktivt til denne teksten og som redaksjon for temanummeret.

2 Forfatters oversettelse. Originalt sitat: «People know what they do; they frequently know why they do what they do; but what they don't know is what they do, does»

Denne siste måten å stille et slikt spørsmål til, inn mot de små sammenhenger og hverdagspraksiser, kjennetegner Foucaults oppfatning av de små og lokale praksiser som utfolder seg innenfor «innumerable separate locations» (1,s.187). Alle artiklene i dette tidsskriftnummeret går inn i de mange små sammenhenger knyttet til profesjonelt helse- og omsorgsarbeid, men med ulike teoretiske vinklinger og med eksempler fra flere forskjellige profesjonelle virksomheter. Samtlige artikler trekker også inn perspektiver fra Foucault, men også andre teoretikere, og inspirert av helt ulike deler av Foucaults forfatterskap. Riktignok trekkes Foucault mer indirekte inn i en av artiklene, der Sandvoll og Dales artikkel belyser makt som å makte, knyttet til det å makte å gi omsorg. Dette eksemplet illustrerer også et grunnleggende trekk ved hvordan maktbegrepet trekkes inn i alle artiklene og knyttet til omsorgsarbeid, som makt på godt og vondt. Med utgangspunkt i Foucault, men også i teoretikere som Fredrik Engelstad (4) og Thomas Mathiesen (5), fremhever artiklene makt som et fenomen som er relasjonelt, som alltid inngår i sosiale sammenhenger og som relaterer seg til større samfunnsstrukturer.

Makt på mikronivå, knyttet til mellommenneskelige relasjoner, og makt på makronivå, knyttet til samfunnsmessige forhold, kan ikke forstås uavhengig av hverandre. I særlig grad belyser Beedholm & Fredriksens, Øvre Sørensens og Øyes artikler denne viktige innsikten. Disse arbeidene tar også opp et annet vesentlig tema, at makt i sin mest positive og tiltrekkende forkledning kan være den mest effektive og gjennomgripende. Øyes og Beedholm & Fredriksens artikler illustrerer at hvordan det som til enhver tid kaller frihet og frivillighet i offentlige diskurser står ikke nødvendigvis i et motsetningsforhold til tvang men kan skape former for maktbruk og tvang. Øvre Sørensens artikkel eksemplifiserer hvordan «positiv tenkning», forstått som å rette blikket mot muligheter heller enn problemer og begrensninger, og hvordan et «ressursfokus» og en «brukerorientering» med fokus på den hjelpetrengendes egne ressurser kan bli en viktig kilde til makt for personale og til avmakt for pasienter og pårørende.

I bevegelsen fra velferdsstat til konkurransestat eksemplifiserer Beedholm & Frederiksen hvordan konkurransestaten fører til at helseprofesjonenes rolle i stigende grad søker å mobilisere den enkelte person og gjøre denne ansvarlig for sitt eget liv. Dermed blir oppgavene for de profesjonelle skjøvet fra å pleie de syke til i stigende grad å veilede, motivere og hjelpe den enkelte til å makte rollen som den aktive pasient. Dette gir nye fordringer til de etiske diskusjonene innenfor sykepleie- og forskning, som bør reaktualiseres mot etiske spørsmål på makronivå.

At makt knytter seg til steder og situasjoner innebærer også at makt utfolder seg i rom og gjennom ting og objekter. Owrens og Jacobsens artikler trekker inn Foucaults heteropi-begrep (6), der heterotopiske rom er mangetydige og utenfor vanlige og normale rom, slik rom der profesjonelt omsorgsarbeid utføres kan være. Som i disse to artiklene så tar også Therkildsen Sudmanns artikkel for seg makt knyttet til små detaljer i samhandling mellom profesjonelle og hjelpetremgende. Mens Owrens bidrag har et fokus på hvordan plasseringen av dørmatten i en hjelpemottakers hjem trekkes mellom ulike kulturelt betingede oppfattelser av orden, og Jacobsens bidrag problematiserer hvordan oppslag og små post-it lapper inngår som en betydningsfull del av en institusjons interiør, demonstrerer Therkildsens Sudmann potensiell makt og symbolsk vold knyttet til tilsynelatende små, ubetydelige og dagligdagse ord i kommunikasjon mellom personell og hjelpetremgende.

Therkildsen Sudmanns og Owrens artikler åpner i særlig grad for positive muligheter som kan åpne seg gjennom at personale i omsorgstjenestene blir seg bevisst sin egen maktutøvelse. En slik bevissthet vil ikke bare måtte være på et generelt og overordnet nivå men også på et detaljnivå der oppmerksomheten rettes inn mot de små ord og begreper og de små rom og objekter i den daglige praksis.

Vårt siktemål er å invitere leserne av dette temanummeret til å undre seg og reflektere sammen med oss omkring hvordan makt og omsorg kommer til uttrykk i det daglige liv, og inn i de unike sammenhenger som hver enkelt står i knyttet til omsorg generelt og til profesjonelt omsorgsarbeid spesielt. Det er vårt håp at tekstene vil inspirere mennesker både i uformelt og profesjonelt omsorgsarbeid til å stille kontinuerlige spørsmål inn mot sin praksis og dermed danne grunnlag for en reflektert praksis til beste for dem som i særlig grad trenger andres hjelp og bistand.

## Litteratur

1. Dreyfus HL. & Rabinow P. *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago: University of Chicago Press, Chicago; 1983.
2. Foucault M. *Galskapens historie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 1991 [1973, original 1961]
3. Foucault M. *Overvåkning og straff*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 1994 [1975]
4. Engelstad F. *Hva er makt*. Oslo: Universitetsforlaget; 2005
5. Mathiesen T. *Makt og medier. En innføring i mediesosiologi*. Oslo: Pax Forlag; 2010.
6. Foucault M. Andre rum. *Slagmark. Tidsskrift for idéhistorie*. Nr.27 1997/1998, s.87-96.



# Professioner og værdier i bevægelse – når målet er det aktive patientskab

*Michael 2015;12:153–66.*

*Velfærdsstatens delvise transformation til konkurrencestat skaber nye vilkår og roller for de sundhedsprofessionelle. Mens velfærdsstaten er indrettet med en række ordninger, der beskytter borgerne mod konsekvenserne af global konkurrence, mobiliserer konkurrencestaten sine borgere i bestræbelserne på at styrke nationen i den globale konkurrence. Velfærdsstatens værdier som solidaritet, omsorg for de svageste og lighed for alle i forhold til blandt andet sundhed bliver udfordret af konkurrencestatens menneskesyn, hvor den enkelte er ansvarlig for sit eget liv og fri til at realisere sine egne behov. Disse forandringer har betydning for sundhedsprofessionerne på to måder: dels svækkes professionernes samfundsmæssige prestige og magt, dels ændres det relationelle forhold mellem professionel og borger. Disse forhold kræver, at sygepleje- og omsorgsforskningen øger interessen for betydningen af samfundsmæssige forhold for befolkning og sundhedsprofessionelle.*

## Indledning

I denne artikel argumenterer vi for, at rammerne for at varetage opgaveløsning inden for sundheds- og sygeplejeområdet er under grundlæggende forandring, og at dette rejser nye faglige og videnskabelige spørgsmål i relation til omsorg og magt. Vi tager afsæt i den nordiske velfærdsstat og dennes delvise transformation til konkurrencestat og argumenterer for, at denne transformation ledsages af forandringer i de sundhedsprofessionelles rolle.

Vi opererer med magt- og styrkeforhold på to niveauer: Dels på mikro-niveau, som vedrører relationelle forhold mellem mennesker; dels på makro-niveau, som vedrører samfundsmæssige forhold. Det er vores vurdering, at sygepleje- og omsorgsforskningen især er optaget af analyser af magt og

omsorg på mikroniveau, om end der foreligger væsentlige analyser af betydningen af de samfundsmæssige rammer for omsorg (1,2).

Vi konkluderer, at ændringer i magtforhold på makroniveau sammen med en række samtidige ændringer i værdier og i udvikling og kommercialisering af medicinsk forskning mv. får betydning for, hvordan vi kan forstå magt- og styrkeforhold i omsorgsarbejdet på mikroniveau. Vi argumenterer for, at sygepleje- og omsorgsforskningen må øge interessen for analyser af omsorg og magt i et makroperspektiv for fortsat at kunne indfange, hvorledes dette udspiller i det aktuelle sundhedsvæsen.

### **Fra velfærdsstat til konkurrencestat**

Den danske professor i komparativ økonomi på Copenhagen Business School, Ove Kaj Pedersen, har i bogen *Konkurrencestaten* (3) beskrevet nogle gennemgribende ændringer, som han mener er sket i de vestlige lande inden for de seneste 25 år. Ændringerne er forårsaget af ændringer i verdensøkonomien og ideen om nationernes konkurrence, der medfører, at staten bliver stadig mere dymanisk og internationalt orienteret. Dette betyder et brud med en tradition, der går 100 år tilbage, og som for alvor foldede sig ud med udbygningen af velfærdsstaten efter 2. verdenskrig. Skønt Pedersens analyser vedrører den danske velfærdsstat, kan bogens pointer anvendes til forståelse af tilsvarende træk ved andre af de vestlige velfærdsstater – ikke mindst de nordiske, der har afgørende lighedspunkter. Selvom Pedersen associerer begrebet konkurrencestat til marxistisk statsteori og fører begrebet tilbage til begyndelsen af 1990'erne, hvor bl. a. Philip Cerny skrev om 'the Competition State', fremstår Pedersens introduktion af begrebet i en dansk kontekst dog som resultatet af Pedersens selvstændige analyse af de forandringer, der er sket i samfundet siden 2. verdenskrig.

Pedersen beskriver velfærdsstaten som et politisk kulturelt projekt, som for alvor vandt frem som ide og organisering efter 2. verdenskrig. Velfærdsstaten skulle forebygge ulighed og forarmelse og deraf følgende ekstremisme og var bygget på en moralsk og eksistentiel opfattelse af fremtidens menneske. Midlet var social lighed gennem dannelse til demokrati og gennem beskyttelse af borgerene mod den internationale konkurrences sociale konsekvenser som f.eks. massearbejdsløshed. Pedersens ærinde er således at vise, at skreddet fra velfærdsstat til konkurrencestat ikke blot vedrører den politiske økonomi, men også den politiske kultur, hvilket medfører dybtgående ændringer i velfærdsstaternes værdier og menneskesyn.

Velfærdsstatens værdier var solidaritet, omsorg for de svageste og lighed for alle i forhold til samfundsmæssige goder som uddannelse og sundhed. I konkurrencestaten hersker ideen om det opportunistiske menneske. Her

er den enkelte ansvarlig for sit eget liv og fri til at realisere sine egne behov. Det skyldes blandt andet velfærdsstatens høje omkostningsniveau og tilpasningen til «den globale orden» (3 s. 44-46). Dette indebærer, at velfærdsstatens institutioner reduceres og effektiviseres med henblik på at fremme nationens konkurrenceevne på det globale marked. Det er Pedersens påstand, at konkurrencestatens overordnede mål er det samme som velfærdsstatens, nemlig at sikre velstand for borgerne og dermed skabe stabilitet og fred. Men strategien er ændret: Nu gælder det ikke om at beskytte borgerne mod konsekvenserne af global konkurrence, men om at mobilisere borgerne i bestræbelserne på at styrke nationens konkurrenceevne i den globale konkurrence. Den opportunistiske og selvrealiserende person er altså ikke et mål i sig selv, men er det nye middel til at opnå det fælles bedste: at sikre nationens overlevelse i den globale konkurrence. Til forskel fra Jensen og Højrup (4), som også diskuterer forandringerne i velfærdssamfundet med henvisning til Philip Cerny's beskrivelse af 'the Competition State', tager Pedersen således den politiske argumentation om, at den danske udgave af konkurrencestaten er udviklet i bestræbelserne på at sikre velfærdssamfundet, til efterretning. Pedersen er lang fra den første, som peger på, at velfærdsstatens offentlige institutioner de seneste 2-3 årtier er blevet ændret gennem en lang række af reformer og reformideer, hvoraf New Public Management har været en af de helt centrale (5). Pedersen peger som mange andre på, at neoliberalismen indtager en dominerende rolle i den globale politik, også på trods af den økonomiske krise i begyndelsen af dette årtusinde. Men Pedersens bidrag til diskussionerne er, at han ikke stopper ved en kritik eller diskussion af New Public Management. Skønt Pedersen således anlægger et politisk økonomisk perspektiv og specielt interesserer sig for, hvordan tilpasningen til udviklingen i den globale økonomi foregår, er han ikke blot optaget af at analysere og beskrive økonomiske reformer og styringskoncepter, men af at vise, at økonomisk tænkning hænger snævert sammen med kultur og værdier. Således er bogens vigtigste pointe, at nutidens internationale konkurrence er anderledes end efterkrigstidens: der er en menneskeforståelse og en markedsforståelse til forskel.

Økonomi og værdier hænger sammen, og der har altid hersket en værdikamp. Det nye ved konkurrencestaten er, at værdikampen underordnes den samfundsøkonomiske forestilling. Idealet om den eksistentielle person erstattes af idealet om den opportunistiske person, og ideen om den uerstatelige eksistens erstattes af ideen om den rationelle og egennyttige eksistens. De samfundsmæssige fællesskaber skabes ikke gennem demokratisk deltagelse, men gennem arbejdet.

Værdier som lighed, fællesskab, solidaritet og omsorg for næsten fortrænges (delvist) af forestillinger om, at mennesker er drevet af egne interesser og motiveret af tilskyndelser og incitamenter, der stimulerer personen til selvrealisering gennem arbejdet.

Tabel 1 illustrerer vores udlægning af forskelle i velfærdsstatens og konkurrencestatens værdier. Det er vigtigt at understrege, at Pedersen taler om en *delvis* transformation. Det er ikke påstanden, at velfærdsstatens værdier er erstattet af konkurrencestatens, men at der sker en forskydning, og at der finder en værdikamp sted.

*Tabel 1: Træk ved velfærdsstat og konkurrencestat. Frit efter Pedersen 2011.*

Velfærdsstaten	Konkurrencestaten
Beskytter befolkningen	Mobiliserer befolkningen
Lighed, fællesskab, solidaritet og omsorg for næsten	Den enkelte er ansvarlig for sit eget liv og fri til at realisere egne behov
Den eksistentielle person	Den opportunistiske person
Dannelse	Kompetenceudvikling
Fællesskab gennem deltagelse i demokratiske processer	Selvrealisering gennem arbejde
Re-aktivt sundhedsvæsen	Pro-aktivt sundhedsvæsen

Pedersen beskriver hvorledes staten og dens institutioner er blevet tilpasset konkurrencestatens samfundsøkonomiske forestilling. De offentligt ansatte skal arbejde så effektivt som muligt og gøre det med den højst mulige produktivitet, samtidig med at det, de producerer, skal have optimal effekt på de private virksomheders konkurrenceevne. For at bringe det offentlige ressourceforbrug under kontrol er økonomistyringen søgt centraliseret gennem en lang række statslige reorganiseringer. Statens legitimitet opnås ikke, som det tidligere var tilfældet, gennem borgernes medbestemmelse og parternes inddragelse, men ved dens evne til at skabe konkurrence og til effektivt at udnytte de ressourcer, der er stillet den til rådighed. Med folkeskolen som eksempel viser Pedersen, hvordan konkurrencestatens behov for, at borgeren står til rådighed og bidrager til at styrke nationen i den globale konkurrence, kan aflæses i skolepolitikken. En tilsvarende analyse af udviklingen i sundhedsvæsenet vil givetvis vise tilsvarende mønstre, idet konkurrencestaten vedrører alle samfundets institutioner. Helt overordnet søger konkurrencestaten, ifølge Pedersen, aktivt at mobilisere befolkningen og virksomhederne i at deltage i den globale konkurrence, at gøre den enkelte

ansvarlig for sit eget liv og at fremme dynamik gennem «den uendelige reform» (3 s. 12 og s. 206). Det betyder bl.a., at befolkningen i højere og højere grad skal tage ansvar og være selvforvaltende i forhold til egen sundhed, og at sundhedsvæsenet skal være proaktivt i stedet for reaktivt i forhold til befolkningens sundhed.

### **Sundhedsprofessioner og borgere – Historisk tilbageblik**

På baggrund af Pedersens samfundsdiagnose vil vi nu vende os til spørgsmålet om magt og omsorg og diskutere, hvordan velfærdsstatens delvise transformation til konkurrencestat påvirker forholdet mellem patienter og sundhedsprofessionelle, og hvilke nye typer af spørgsmål om magt og omsorg dette rejser. For at tydeliggøre på hvilke måder forholdet er under forandring, må vi først se på, hvad der historisk set har kendetegnet sundhedsprofessionerne.

I takt med udviklingen af velfærdsstatens institutioner fra midten af det 20. århundrede voksede en række, hovedsagligt kvindelige, erhverv frem. Mange af disse har efterhånden opnået professionsstatus og benævnes ofte som velfærds-, omsorg-, relations- eller semiprofessioner (6, 7, 8). Når vi i det følgende anvender ordet sundhedsprofessionelle, refererer vi til disse erhverv.

Der hersker langt fra enighed om, hvad professioner er, og hvordan de kan beskrives. Dog har de såkaldte 'professionsvenlige' teorier haft en afgørende betydning for den generelle forståelse af professioners rolle. Disse teorier hæfter sig ved professionernes samfundsstabiliserende funktioner, som for de klassiske professioners vedkommende drejede sig om sundhed (læger), lov og ret (jurister) og sandhed (præster). Med professionaliseringens 2. og 3. bølge (11) fulgte blandt andet opgaver som dannelse (bibliotekarer), opdragelse (pædagoger), uddannelse (lærere), pleje og omsorg (sygeplejersker) osv. Professioner har historisk set været karakteriseret ved, at de har varetaget deres opgaver og ansvar gennem forvaltning af specialiseret kundskab i en kollegial organiseringsform og med en politisk legitimitet til at gennemføre et samfundsupdrag gennem udøvelse af professionel dømmekraft – også kaldet fagligt skøn (9). Professionerne har endvidere haft et samfundsmæssigt mandat, som for en dels vedkommende har været udtrykt gennem statsautorisation. Hertil kom en høj grad af autonomi i arbejdstilrettelæggelse, udførelse og kvalitetsvurdering. Mange professionsteorier beskriver professionernes virksomhed som præget af altruisme og tillid i forholdet mellem den professionelle og borgeren. Endelig vil vi nævne, at den specialiserede viden, som professionerne har bygget deres virke på, historisk set har været monopoliseret eller i al fald beskyttet og præget af et særligt professionelt sprog, som har gjort det utilgængeligt for menigmand.

Disse træk ved professionerne har givet anledning til beskrivelser af det professionelle arbejde som magtfuldt: at være forvalter af en særlig viden og have retten til ud fra denne viden at afgøre, hvad der er det bedste for 'den anden' (10). Altruismen er altså nært forbundet med magt, og forholdet mellem professionel og borger kan dermed også beskrives som præget af paternalisme, asymmetri og formynderi. Dette ændrer dog ikke ved, at der generelt set har været en positiv opfattelse af professionerne, både hvad angår deres stabiliserende samfundsbidrag og uegennyttige relation til borgeren. Ikke mindst inden for professionerne selv er en sådan selvforståelse udbredt, og det er vores opfattelse, at sundhedsfaglige diskussioner om omsorg og magt ofte foregår inden for rammerne af denne forståelse af professioner.

Ikke desto mindre er denne opfattelse i de senere år kommet under pres, og professionerne er kommet i en «responsiv» rolle (6), idet patienter, pårørende, politikere, administratorer, medier og interesseorganisationer i stigende grad forventer, at de professionelle viser større respekt for borgerne og deres behov og på baggrund af deres faglige viden indgår i forhandlinger om, hvordan opgaverne løses bedst. Således er det ikke blot det medicinske hegemoni, som er blevet udfordret af de nye sundhedsprofessioner. I de senere år har de tekniske professioner (11) bestående af højtuddannede vidensarbejdere inden for teknologi, finans og ledelse organiseret sig i faglige organisationer og hævdet samfundsmæssig legitimitet med henvisning til, at de varetager vigtige funktioner i forhold til at sikre f.eks. organisatorisk effektivitet, styring af offentlig budgetlægning og national konkurrenceevne. Denne forskydning af indflydelse og dermed svækkelse af sundhedsprofessionernes relative magt, fik næsten symbolsk udtryk i 2007, da den første ikke-lægelige chef for Sundhedsstyrelsen i Danmark blev udpeget. Den nye chef var cand. scient. pol. (4).

Disse forskydninger i professionernes relative magt er i nogen grad foregrebet af de såkaldte kritiske professionsteorier, som ikke har fokuseret på forholdet mellem den professionelle og borgeren, men på professionernes indbyrdes styrkeforhold og deres rolle i forhold til andre grupper i samfundet (12). De kritiske professionsteorier ser professionalisering som en erhvervsgruppes strategi til at tilkæmpe sig en samfundsmæssig position. Gennem blandt andet krav om formaliseret uddannelse, autorisation og kundskabsmonopol har professionerne tilkæmpet sig kontrol over et område ved at udelukke andre fra adgang til det arbejdsområde og til de goder, der følger med. Professionerne har dog mistet deres relative prestige i takt med, at flere og flere har fået tilkæmpet sig et højt uddannelsesniveau og professionsstatus. Kritiske stemmer har spurgt, om professionerne, i deres iver

efter at opnå prestige, har været sig deres ansvar bevidst. Argumentet er, at de forvalter store samfundsressourcer og tager beslutninger, som griber ind i menneskers liv, og at de under påberåbelse af altruistiske motiver i lige så høj grad har været optaget af at varetage egne interesser. I takt med velfærdssamfundets økonomiske ekspansion har sådanne spørgsmål lagt pres på professionerne og deres virke.

### **Tilbage til nutiden og spørgsmålet om magt og omsorg**

Med denne karakteristik af professionerne og Ove Kaj Pedersens påstand om, at velfærdsstatens delvise transformation til konkurrencestat er et vilkår, som vi ikke kan komme udenom, vender vi nu tilbage til spørgsmålet om magt og omsorg og spørger: hvordan kommer disse ændrede forhold til udtryk i forhold til professionerne – specielt hvad angår magt og omsorg? Vi vil i det følgende pege på to træk, som vi mener er helt centrale: På makroniveau er professionerne i den klassiske forstand under forandring, og deres samfundsmæssige magt er svækket. På mikroniveau er relationen til borgeren eller patienten ændret fra at gøre det, som patienten ikke magtede, til at støtte patienten til at magte det selv og dermed udøve aktivt «patientskab» (13).

Her skal vi igen understrege, at der ikke er tale om, at velfærdsstatens værdier er erstattet af konkurrencestatens, men at balancen imellem dem i disse år forskydes. Dermed udfolder omsorgsarbejdet sig i et spændingsfelt mellem konkurrerende værdier. Når vi i det følgende peger på de to træk, som vi mener er helt centrale, når vi skal belyse spørgsmålet om, hvordan de ændrede forhold kommer til udtryk i forhold til det sundhedsprofessionelle arbejde, er det således væsentligt samtidig at gøre opmærksom på, at velfærdsstatens forståelse af den professionelle og relationen mellem sundhedsprofessionel og patient fortsat i nogen grad er gældende.

#### *Svækkelse af professionernes samfundsmæssige magt*

Der er ingen tvivl om, at konkurrencestatens strategi om at mobilisere befolkningen og samfundets institutioner til at indgå i den globale konkurrence har betydet en svækkelse af professionernes autonomi og position (14, 15). I Danmark sker dette gennem en øget politisk styring som f.eks., kvalitetsreformen af hele den offentlige sektor og et stigende dokumentationskrav til de professionelle. Professionernes autonome ret til at tilrettelægge arbejdet og vurdere kvalitet er i høj grad udfordret af eksterne krav i form af akkreditering, kvalitetsmodel, vedvarende effektiviseringskrav (16) og omorganisering af sundhedsvæsenets opgaver (17). De offentlige institutioner forvaltes gennem mål- og rammestyring med en tendens til, at

målfastsættelsen sker fra overordnet politisk hold. Samtidig inddrages de offentlige institutioner i højere grad som medansvarlige for nationens konkurrenceevne.

Den offentlige sektors institutioner er således ikke blot udfordret økonomisk; de bliver også i stigende grad gjort medansvarlige for nationens konkurrenceevne. Sundhedssektoren skal ikke alene mobiliseres til selv at være mere effektiv og produktiv ved at producere bedre og flere sundhedsydelser; den skal også bidrage til at mobilisere befolkningen i den globale konkurrences navn. Samtidig peger flere forskere på, at det offentlige sundhedsvæsen i stigende grad udfordres af, at det kun udgør én af flere spillere på 'sundhedsmarkedet' (14, 18). Sundhed vil i stigende grad udgøre et marked for kommercielle virksomheder, og befolkningen vil i stigende grad blive tilbudt sundhedsydelser direkte fra private aktører og dermed udenom de offentligt ansatte sundhedsprofessionelle. Der er således mange samtidige interesser og bevægelser, der driver udviklingen frem og forårsager ændringer i de sundhedsprofessionelles rolle.

I den offentlige debat, som også de sundhedsprofessionelle deltager i som borgere, stilles der krav om, at de offentlige institutioner kan godtgøre deres prioriteringer og virke. Den almindelige borger, som er mindre autoritært indstillet end tidligere generationer borgere, forventer således i stigende grad at blive mødt som ligeværdig i et fleksibelt og serviceorienteret sundhedsvæsen. Denne demokratiseringstendens gælder også de professionelles særlige viden (vidensmonopolet), der i kraft af befolkningens generelt høje uddannelsesniveau og internettets udbredelse er blevet tilgængelig på en helt anden måde end tidligere. Dermed er professionernes rolle som dem, der vidste bedst og dermed havde autoritet, også udfordret.

De samme forhold, som har forårsaget disse ændringer i professionernes samfundsmæssige prestige og magt, har også betydning for de professionelles rolle på mikroniveau, idet forholdet mellem borger og sundhedsprofessionel også er under forandring.

#### *Ansvarliggørelsen af den enkelte og det aktive patientskab*

Som nævnt peger Ove Kaj Pedersen på, at et af de centrale træk ved konkurrencestaten er, at den søger at mobilisere den enkelte og gøre denne ansvarlig for sit eget liv. Samtidig iværksættes tiltag til at gøre sundhedsvæsenet mere proaktivt med forebyggende indsatser. Det betyder, at den sundhedsprofessionelles rolle i stigende grad bliver at vejlede, motivere og hjælpe den enkelte til at magte rollen som patient.

Denne politisk initierede tendens er blevet mulig og understøttet af udviklingen i den medicinske forskning. Den fremtrædende engelske pro-



fessor i sociologi, Nicolas Rose, beskriver i lighed med Pedersen en tendens til, at kravet til individernes ansvar for at forvalte deres egne anliggender intensiveres i de vestlige demokratier. I bogen «Livets politik» (18) kobler Rose ikke kun den tendens til ændringer i den globale økonomi, men er specielt optaget af udviklingen i og kommercialiseringen af den medicinske forskning. Rose tager afsæt i et skifte i de sundhedspolitiske mål: I det 18. og 19. århundrede var målet en sund befolkning. Sundhedspolitikken var optaget af fødsels- og dødsrater, sygdomme, epidemier, kontrol med vand, kloakering, fødevarer, gravpladser og boligforhold. Til forskel herfra er vore dages sundhedspolitik optaget af at forme og optimere menneskets vital-kapacitet. Dermed har vi, ifølge Rose, bevæget os ind i det, han kalder den biologiske ansvarligheds tidsalder, idet udviklingen i den biomedicinske forskning har gjort, at vi i stigende grad er begyndt at forholde os til os selv som somatiske individer. Dette gælder for eksempel hjernen, som vi, i takt med udviklingen i den biomedicinske forskning, er begyndt at forstå som et organ på molekylniveau og dermed på lige fod med andre organer. Sygdomme, som tidligere blev forklaret med henvisning til psykologiske eller sociale belastninger, forklares nu med henvisning til molekylære tilstande. Dette fritager dog ikke den enkelte for ansvar – tværtimod. Biologi er ikke blot skæbne, men også en mulighed. At opdage det biologiske grundlag for en sygdom er ikke at resignere over skæbnen, men at åbne for et håb, som ikke blot knytter sig til eksperternes sofistikerede interventioner, men også til at den enkelte tager de nødvendige forholdsregler, der skal til for at en sygdomsdisposition ikke udvikler sig til egentlig sygdom.

Denne fordring til den enkelte om at forholde sig proaktivt til sundhedsrisici kalder Rose for en «somatisk etik» (18 s. 317-325). Somatiseringen af etikken udstrækker sig også til sindet: De molekylære fænomener betragtes som determinanter for menneskers sindsstemninger, ønsker, personligheder og patologier. Og menneskers adfærd forsøges formet gennem forskellige tiltag, som Rose kalder en «ethospolitik» (18 s. 56). Ethospolitik beskæftiger sig med selv-teknikker, ved hjælp af hvilke mennesker bør vurdere og handle i forhold til sig selv og gøre sig selv bedre, end de er. Dette sker under vejledning af alle former for terapeuter, eksperter og konsulenter. Dette drives blandt andet frem af den stigende kapitalisering af lægevidenskaben og en stigende økonomisk interesse, som er orienteret mod optimeringsmål.

Alt dette betyder, at det «biologiske borgerskab» (18 s. 179) er ved at tage form. Sundhedsoplysning og biologisk uddannelse af borgeren er en national prioritet, som skal gøre borgeren bedre i stand til at engagere sig og handle aktivt i forhold til sig selv. At udøve borgerskab er at være aktiv.

Grænserne mellem offentlige og private interesser udviskes, og den faktiske eller potentielle patient må prøve at forstå sin sygdom, samarbejde med sundhedsprofessionelle for at nå frem til det bedste behandlingsprogram, engagere sig i selvtæknikker for at fremme restitutionsprocessen og indtage den forebyggende, optimerende eller behandlende medicin, som anbefales.

En af Roses pointer er, at de biologiske forestillinger om borgerskab ikke blot kommer 'ovenfra'; dvs. fra politikere og sundhedsprofessionelle. De kommer også 'nedefra': dvs. fra befolkning, patientorganisationer mv. i form af f.eks. krav om behandling eller støtteforanstaltninger. Således vokser det biologiske borgerskab frem i et komplekst samspil mellem regeringernes rationaler, industriens interesser, forskeres interesser, patientorganisationers interesser osv.

I den biologiske ansvarligheds og den somatiske etiks tidsalder er det altså i stigende grad den enkeltes ansvar at vedligeholde og optimere sin sundhed til gavn for nationen, mens det er de sundhedsprofessionelles opgave at støtte, coache og motivere mennesker til at påtage sig dette ansvar. I Danmark ser vi Roses pointer afspejlet i politiske strategier, som i høj grad fokuserer på den enkeltes ressourcer (health literacy) og livsstil (KRAM-faktorer) (19) som afgørende for sygdomsudvikling og -mestring, og som stimuleres af industri og andre interessenter, som patientforeninger og andre interesseorganisationer, der ser henholdsvis nye markeder og muligheder for indflydelse for deres medlemmer.

### **Nye former for magt og omsorg på det relationelle niveau**

Hvad er det så for en omsorg, der skal ydes, og hvad er det for en magt, man udøver som professionel i konkurrencestaten og den somatiske etiks tidsalder? Vi har indtil nu peget på, at forskellen fra tidligere består i, at professionernes magt på makroniveau er svækket, og at vægten i de sundhedsprofessionelles rolle på mikroniveau ændres fra at handle og tage beslutninger på vegne af patienterne til at påvirke og styrke patienterne til selv at kunne handle og tage beslutninger for derigennem at kunne påtage sig et 'aktivt patientskab' – og med mange andre interessenter, som f.eks. producenter af teknologier til træning, selvmonitorering og selvbehandling, som medspillere. Den sundhedsprofessionelle indgår altså som en væsentlig aktør i velfærdsstatens delvise transformation, idet opgaven er at få borgeren eller patienten til at påtage sig det aktive patientskab og at magte rollen som patient; herunder at tilrettelægge borgerens kontakt med sundhedsvæsenet, så den enkeltes og dennes netværks ressourcer bringes i anvendelse i så høj grad som muligt. Fordringen til den sundhedsprofessionelle er altså ikke længere i så høj grad at tage vare på 'den anden', men at motivere og styrke

den anden til at tage vare på sig selv. Med en omskrivning af Løgstrups etiske fordring, som Kari Martinsen i en lang række centrale sygeplejefilosofiske tekster har behandlet, kan man sige, at den etiske fordring til de sundhedsprofessionelle i dag ikke i så høj grad kommer af, at man 'har noget at den andens liv i sin hånd', men at man skal støtte den anden i at 'tage sit liv i egne hænder'.

Det er vores påstand, at den sundhedsprofessionelles rolle dermed ikke er mindre magtfuld end tidligere, men magten kommer til udtryk på en ny måde. Den magt, som var forbundet med den klassiske forståelse af professionerne, hvor den professionelle havde rollen som ekspert og dermed den, der 'vidste bedst', er svækket. Det betyder imidlertid ikke, at deres virke er mindre forbundet med magt. Sundhedsprofessionerne er i høj grad spundet ind i magtrelationer og indgår i lige så høj grad som tidligere i den statslige styring af befolkningen. Mange har med inspiration fra Michel Foucault (20, 21) analyseret, hvorledes den statslige styring i de moderne demokratier opererer som en blød, disciplinerende og subtil magtform uden synlig magtanvendelse (22, 23). Denne pastorale eller 'governmentale' styring, mener vi, er fortsat en væsentlig styringsteknologi, men målet for styringen har ændret sig. Mens målet for velfærdsstatens styring var befolkningens velfærd, er målet for konkurrencestatens styring at sikre statens konkurrenceevne. Hvor det i velfærdsstaten handlede om at opdrage den enkelte til at 'gøre sin pligt og kræve sin ret' i forhold til fællesskabet, handler det i konkurrencestaten om at optimere sit bidrag til fællesskabet for at kunne bidrage til statens konkurrenceevne. De mange teknologiske hjælpemidler, som udvikles med henblik på at øge menneskers selvforvaltning stiller sammen med politiske og organisatoriske værdier og idealer om øget patientinvolvering krav til den enkelte patients egen aktivitet og (med)ansvar. Således er det fortsat meningsfuldt at betragte sundhedsvæsenets aktører som moderne hyrder, hvis opgave det er at lede mennesker til at lede sig selv (24). Som sådan bryder konkurrencestaten ikke afgørende med styringsmekanismerne i det moderne, demokratiske styreform, men er snarere med til at intensivere den.

Udviklingen af nye patientroller og idealer kan dog også ses som udtryk for en reel demokratisering af de offentlige institutioner, som ikke knytter sig direkte til konkurrencestaten, men som måske i højere grad kan tilskrives en generel bestræbelse på at udligne sociale forskelle gennem uddannelse til alle. Således er målet med konkurrencestaten, som tidligere nævnt, ikke afgørende forskelligt fra velfærdsstatens: at skabe social og økonomisk stabilitet og undgå ekstremisme. Der er mange tegn på, at tidligere tiders autoritære forhold er under opløsning, og at forholdet mellem professio-

nelle og borgere er mere ligeværdigt, inddragende og serviceorienteret. Ej heller er der tvivl om, at mange vil befinde sig meget bedre med den nye, aktive patientrolle, som på mange måder kan ses som frigørende i forhold til tidligere tiders passive og umyndiggørende rolle, og som passer til den måde, borgere i konkurrencesamfundet dannes til selvansvarlige borgere.

Men selvom mange borgere må forventes at befinde sig godt med en aktiv patientrolle, mener vi, at der er forskel på at blive inddraget og respekteret som borger i demokratiserede institutioner og at blive pålagt rollen som selvforvaltende patient med ansvaret for egen skæbne. Det er vores vurdering, at det langt fra er alle borgere eller patienter, der kan imødekomme samfundets forventninger om at 'magte' denne form for patientrolle. Mange vil af fysiske, psykiske eller sociale årsager ikke være i stand til at tage ansvaret selv. Der kan lægges stort pres på patienterne og deres netværk, når de fordres større ressourcer, selvstændighed, viden, ansvar og overblik, end de er i besiddelse af (25, 26). Det betyder, at på trods af ændringerne i relationen med borgerne vil diskussionen om professionel paternalisme givetvis fortsat være aktuel, blot i en ny form. Og der vil fortsat være behov for kompenserende sygepleje (27) og svag paternalisme (2, 28).

### **Nye fordringer til professionerne**

Hermed er vi kommet frem til at konkretisere, hvilke nye faglige og videnskabelige spørgsmål i relation til omsorg og magt inden for sundheds- og sygeplejeområdet, som professionerne må forholde sig til. Meget tyder på, at de økonomiske forhold fortsat vil spille en væsentlig rolle i sundhedsvæsenets udvikling. F.eks. har den danske professor i uddannelsesforskning Katrin Hjort i sin seneste bog (14) argumenteret for, at selve det affektive arbejde – det vil sige arbejdet med mennesker – er på vej til at blive et nyt område for en kommercialisering, som vi kun har set begyndelsen til. Det stiller nye fordringer til de professionelles etiske refleksivitet og kritiske diskussion af perspektiverne i dette nye vilkår for arbejdet med mennesker. Derfor mener vi, at der er behov for at rette fokus på betydningen af de samfundsmæssige bevægelser og mekanismer og konsekvenserne for mennesker. Det er f.eks. nødvendigt at re-aktualisere de etiske diskussioner inden for sygepleje og sygeplejeforskning og at opruste interessen for etiske spørgsmål på makroniveau. Hidtil har de etiske diskussioner primært fokuseret på etiske spørgsmål og dilemmaer vedrørende den enkelte og det relationelle forhold mellem borgere og sundhedsprofessionelle. Disse vil fortsat være aktuelle – ikke mindst i lyset af intensivering af anvendelsen af de 'bløde magtformer', som udbredes med henblik på at øge patienters selvforvaltning. Vi mener, det desuden bliver vigtigt at styrke de sundhedspro-

fessionelles opmærksomhed på de samfundsmæssige udfordringer med henblik på at kunne forholde sig analytisk og reflektivt til de samfundsmæssige transformationer og at påpege effekterne af disse for patient- og befolkningsgrupper. Det betyder, at sundhedsprofessionelle også må kunne forholde sig til og argumentere for økonomiske konsekvenser af sundhedsmæssige problemstillinger.

## Litteratur

1. Martinsen K. *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano; 1989.
2. Martinsen K. *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano; 1993.
3. Pedersen OK. *Konkurrencestaten*. København: Hans Reitzel; 2011.
4. Højrup T, Jensen UJ. Moderne fællesgoder eller postmoderne kynisme? Mellem velfærdsstat og konkurrencestat i teori og praksis. I: Thorgaard K, Nissen M, Jensen UJ (red.) *Viden, virkning og virke – forslag til forståelse af velfærdspraksis*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag; 2010.
5. Greve C. *Reformanalyse. Hvordan den offentlige sektor grundlæggende er blevet forandret i 00'erne*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag; 2012.
6. Hjort K. *De professionelle: forskning i professioner og professionsuddannelser*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2004.
7. Rask Eriksen T, Jørgensen A. (red.) *Professionsidentitet i forandring*. København: Akademisk Forlag; 2005.
8. Moos L, Krejsler J, Fibæk Laursen P. (red.) *Relationsprofessioner: lærere, pædagoger, sygeplejersker, sundhedsplejersker, socialrådgivere og mellemledere*. København: Danmarks Pædagogiske Universitet; 2008.
9. Grimen H, Molander A. Profesjon og skjønn. I: Molander A, Terum LI (red.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
10. Molander A, Terum LI. Profesjonsstudier – en introduktion. I: Molander A, Terum LI (red.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
11. Rasmussen M. *Læring og vejledning i praksis*. København: Akademisk Forlag; 2014.
12. Fauske H. Profesjonsforskningens faser og stridsspørgsmål. I: Molander A, Terum LI (red.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
13. Kjær P, Reff A. *Ledelse gennem patienten: nye styringsformer i sundhedsvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag; 2010.
14. Hjort K. *Det affektive arbejde*. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2012.
15. Riiskjær E. *Patienten som partner: en nødvendig idé med ringe plads*. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2014.
16. Vallgård S, Krasnik A. (red.) *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*. København: Nota; 2013.
17. Pedersen KM, Petersen NC. (red.) *Fremtidens hospital*. København: Munksgaard; 2014.
18. Rose N. *Livets politik: biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*. 1. udgave. Virum: Dansk Psykologisk Forlag; 2009.
19. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. *Risikofaktorer og sundhed i Danmark*. Udarbejdet for Statens Sundhedsstyrelse af Danmarks Institut for Folkesundhed; 2006.

20. Foucault M. *Discipline and punish: the birth of the prison*. New York: Vintage; 1995.
21. Foucault M. Governmentality. I: Burchell G, Gordon C, Miller P (red.) *The Foucault effect: Studies in Governmentality*. London: Wheatsheaf; 1991.
22. Frederiksen K. *Uddannelse til ordentlighed: at lære sygepleje gennem 200 år*. Ph.D.-afhandling. 1. udgave ed. Viborg: PUC; 2005.
23. Frederiksen K, Kristensen JE. Når udviklingsmuligheder bliver til udviklingstvang – udvikling som pædagogisk, eksistentiel og økonomisk mantra. I: Bjerg K, Bønløkke M, Kobow E, Zeitler U (red.) *Perspektiver på udvikling*. Århus: Udviklingsinitiativet for Sygeplejerskeuddannelsen i Århus Amt; 2004.
24. Knutsen I, Ruud, Foss C. Caught between conduct and free choice – a field study of an empowering programme in lifestyle change for obese patients. *Scand J Caring Sci* 2011 03;25(1):126-133.
25. Sahlsten MJ, Larsson IE, Plos K, Lindencrona CS. Hindrance for patient participation in nursing care. *Scand J Caring Sci* 2005 09;19(3):223-229.
26. Danske patienter. <http://www.danskepatienter.dk/tema/parorende/parorende-bliver-syge> (besøgt 29. januar 2015).
27. Orem DE. *Nursing: Concepts of Practice*. 2. udgave. New York: McGraw-Hill; 1980.
28. Martinsen K. Omsorg i sykepleien – en moralsk udfordring I: *Fokus på sygeplejen*, Munksgaard; 1990.

*Kirsten Beedholm og Kirsten Frederiksen  
 Institut for folkesundhed  
 Aarhus Universitet*

# Frivillighet og tvang i sykehjem – to sider av samme sak?

*Michael 2015; 12: 167–79.*

*Prinsippene tvang og frivillighet kan tilsynelatende fremstå som motsetningsfylte siden frivillighetsprinsippet skal sikre enkeltindividers valg og frihet, mens tvang nødvendigvis vil begrense enkeltindividers valgmuligheter og frihet. Artikkelen siktemål er å anskueliggjøre hvordan frivillighet og tvang kan forstås som gjensidig betingende fenomen i demensomsorgen, og ikke bare som motsetninger. Artikkelen bygger på en etnografisk studie som undersøker ulike former for tvang i sykehjem, og der det er kartlagt både formelle og uformelle tvangsformer. Omsorgen for personer med demens som lever i sykehjem reguleres av lovverk som bygger opp under frivillighetsprinsipper gjennom at tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt før tvang kan benyttes. Artikkelen drøfter særlig sammenhengen mellom frihetstildeling via prinsipper om frivillighet på den ene side og sikkerhetsanordninger gjennom ulike former for uformell tvang på den annen side. Frivillighet og tvang ikke kan forstås som gjensidig utelukkende mekanismer eller som åpenbare motsetninger, men snarer som gjensidig betingende mekanismer.*

## **Innledning**

Ideer om frivillighet i helse- og omsorgstjenestene knytter seg tett an til ideer om frihet, medvirkning, autonomi, valg, konsum, frigjøring, myndiggjøring, aktiv deltakelse o.l. (1). Hensikten med å tilrettelegge for frivillighet i utformingen av helse- og omsorgstjenester er at utsatte grupper i behov av slike tjenester skal kunne gi sin tilslutning for å unngå å benytte tvang. Prinsipper knyttet til frivillighet, brukermedvirkning, myndiggjøring etc. gjenspeiles også i sentrale føringer. I kap. 4 a pasientrettighetsloven (2) legges det vekt på at frivillige tiltak skal være forsøkt før det gis helsehjelp ved tvang. Frivillighets- og selvbestemmelsesprinsippet legges til grunn for å ivareta pasientens integritet og respekt (2). Helsepersonell skal ha forsøkt

med tillitsskapende tiltak dersom pasienten motsetter seg helsehjelp, og helsepersonell skal få pasienten til å forstå at det er i hennes interesse at hun mottar helsehjelpen. I dette arbeidet vektlegger loven at helsepersonell skal lage trygge rammer for pasienten og ta hensyn til individuelle forhold. Helsedirektoratet (3) gir en detaljert beskrivelse av hvordan helsepersonell kan gå frem for å fremme tillitsskapende tiltak og unngå å bruke tvang gjennom god informasjon, bruk av tid, bedre kommunikasjon, tilvenning til helsehjelpen og ikke minst samarbeid med pårørende for å få kjennskap til pasienten. I tillegg er de opptatt av hvordan institusjonene bør tilrettelegge miljøet på en helhetlig måte. Det står blant annet i forskrift til loven (s.26) at de fysiske omgivelsene må være gjenkjennbare slik at pasienten forstår hva som skal skje, eksempelvis står det at: «*Helheten må være med på å underbygge det som skjer. De fysiske omgivelsene må være gjenkjennbare og være slik at de i seg selv gir informasjon om hva som skjer: Et bad bør ligne et bad, håret legges hos «frisør» eller i omgivelser som ligner frisørsalong, måltidene serveres i omgivelser og på en slik måte at det er lett å oppfatte hva som skjer osv.*» (3). Videre vektlegges det at omgivelsene skal være gjenkjennbare og trygge, samtidig som det skal være mulighet for stimulering og samvær med andre i miljøet. En slik helhetlig tilrettelegging kan fungere som tillitsskapende tiltak.

Beboere i sykehjem har i utgangspunktet rett til å bevege seg fritt i og utenfor sykehjemmet (4). Lov om pasientrettigheter kap. 4A (2) åpner likevel for at pasienter uten beslutningskompetanse (særlig personer med demens) kan holdes tilbake på sykehjemmet mot sin vilje for å unngå skade, f.eks i trafikken eller med fare for at de kan gå seg bort. Likevel må vedtak om helsehjelp fattes på individuelt grunnlag når det innebærer tilbakeholdelse i form av låste dører. Holdes dørene låst av praktiske grunner må det sikres fri utgang til de beboere som ikke er truffet av bevegelsehindrende tiltak (4). En rapport fra helsetilsynet (4) viste at mange sykehjem går utover hva de har rettslig adgang til når det gjelder å begrense beboeres bevegelsesfrihet og bruk av tvang.

Tvang kan defineres på mange ulike måter og er et vidt og flertydig begrep (5), men tvang i sentrale føringer omtales ofte som tiltak som benyttes for å omgå eller overvinne motstand fra pasienten (3). I demensomsorgen kan formell tvang spenne mellom det å tilbakeholde pasienter i institusjon, tvangsmedisinering (f.eks skjule medisin i mat eller drikke), relasjonell tvang (for eksempel holding av pasienters føtter og armer i forbindelse med stellsituasjoner), strukturell tvang (låste dører, isolasjon, overvåkning) og til fysiske tvangsmidler (for eksempel sengehest eller plassering av sperrer foran sengen eller stolen der pasienten oppholder seg) for å hindre fri bevegelse



(1,6,7,8). Uformell tvang er i motsetning til formell tvang ikke regulert i lovverket (5), og uformell tvang kan være ulike former for trusler, avledning, lokking, luring, hvite løgner, utilbørlig overtalelse eller liknende. (9,10). Formell og uformell tvang benyttes ofte for å unngå at pasienten skader seg selv eller andre, og i demensomsorgen er tvang ofte benyttet for å hindre fallskader og formålsløs vandring (11, 12).

Omtrent 80% av de som bor på sykehjem i Norge i dag har en eller annen form for demens (13), og mange personer med demens er aggressive, agiterte eller vandrende, noe som skaper utfordringer for deres hjelpere (14, 15). Agiterte personer med demens vil ofte være grunnleggende avhengig av sine hjelpere for å kunne orientere seg eller få den hjelpen de har behov for (15), og personer med demens som blir aggressive eller agiterte fører ofte til bruk av ulike former for tvang (8).

Artikkelens siktemål er å anskueliggjøre hvordan frivillighet og tvang kan forstås som gjensidig betingende fenomen i demensomsorgen, og ikke bare som motsetninger. Jeg vil benytte utvalgte tekster av Foucault og hans fortolkere for å forstå fenomenet som frivillighet og tvang. I den sammenheng vil Foucaults tanker og ideer om makt og omsorg som ledelses- og styringsformer være sentrale.<sup>1</sup>

## Metode

I denne studien har jeg benyttet empiriske eksemplene fortrinnsvis fra institusjonsomsorgen fra henholdsvis fire ulike sykehjem som huser personer med demens.<sup>2</sup> Det er blitt benyttet etnografisk metode med en kombinasjon av deltagende observasjon, formelle og uformelle intervju/samtaler i perioden mai 2013 til og med mars 2014. Alt i alt utgjør dette 42 intervju med personalet og 52 feltarbeidsdager med deltagende observasjon i institusjonens offentlige rom slik som dagligstue, utestue, hage, spisestue, kjøkken, gang og vaktrom. Studien er godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Vest), og forskningsetiske prosedyrer som informert samtykke, frivillighet og anonymisering er fulgt.

---

1 Ledelse er knyttet opp mot den pastorale ledelsesform (se særlig i forelesningene 22. februar (s. 163–190) og 1. mars (s. 191–216), i boken: *Security, territory, population, Lectures at the Collège de France 1977–1978*. New York: Palgrave Macmillan, 2007), mens styring er særlig knyttet an til hans liberale maktform (se særlig forelesningen 24. januar 1979 (s. 51–73) i boken: *The Birth of Biopolitics. Lectures at the collège de France 1978–1979*. New York: Palgrave Macmillan, 2008).

2 Denne artikkel bygger på kvalitative data som inngår i en større mixed method studie finansiert av Norges forskningsråd med tittel: «Modeling and Evaluating evidence based Continuing Education program in nursing home Dementia care (MEDCED)»

## Kampen om å komme seg vekk og ut av sansehagen

I alle mine feltarbeid på de ulike sykehjem har jeg sett at pleiere prøver iherdig å tilrettelegge for frivillighet gjennom at beboerne får den maten de foretrekker, får gått turer så ofte som det lar seg gjøre, tar kontakt med pårørende hvis de gir uttrykk for at de ønsker besøk, og ikke minst bruker tid og kløkt i omsorgs- og pleiesituasjoner. Til tross for at pleiere ofte strekker seg lengre enn langt for å følge lovverket og tilrettelegge for medvirkning og tillitsskapende tiltak heller enn tvang, er det ikke alltid mulig for pleierne å bruke tid, få til formålstjenlig samarbeid med pårørende, gi informasjon som gir mening for personen med demens eller dog tilrettelegge for trygge og hjemlige og gjenkjennbare omgivelser og situasjoner.

De ambisiøse lover om å tilrettelegge for frivillighet gjennom tillitsskapende tiltak heller enn tvang gir seg utslag i ulike former for forsøksvis frihetstildeling gjennom arkitektur og romkonstruksjoner, ved blant annet å sørge for at beboere i sykehjem har tilstrekkelig med areal å boltre seg i. I flere sykehjem er det blitt utformet sansehager som muliggjør at beboerne kan oppholde seg utendørs og bevege seg fritt i perioder mellom inne- og uteareal. Det er likevel en grense for denne bevegelse, siden sansehagene som regel er avgrenset med et gjerde eller andre fysiske hindere som ikke beboere kan krysse. Portene kan blant annet være utstyrt med avanserte låser som personer med demens vanskelig kan klare å åpne, og tidvis besøkende til sykehjemmet da låseanordningen er godt skjult. Det betyr at friheten har en klar grense, og portene og de fysiske sperringene bidrar til å avskjerme personene med demens fra omverdenen og omverden fra personene med demens. Det betyr likevel ikke at personer med demens lar seg «fange» av institusjonens arkitektoniske grenser, men flere personer med hjemlengsel kan søke å bryte seg ut av de hindere som er satt opp. En beboer på ett av sykehjemmene klarte å bryte opp porten, og en annen beboer på et annet sykehjem fikk hjelp av medbeboer til å løfte seg over gjerde. Sperringene innbyr både til avskjerming, men også til å søke seg utenfor denne avskjerming.

Når personalet oppdager at beboere er på vei ut av sperringene, vil de søke å stoppe dem. Dette har jeg sjelden observert skje ved hjelp av fysisk tvang, men heller med forsøk på å lokke, lure og motivere beboerne til å bli med tilbake til institusjonen, til måltidet eller til godstolen. På ett av stedene hadde en beboer klart å komme seg ut av porten og ga uttrykk for at han skulle hjem. Pleierne hadde latt ham stå lenge og tukle med porten, men de regnet ikke med at han ville klare å bryte seg ut. Av den grunn måtte pleierne prøve å få ham til å returnere av egen fri vilje tilbake til sykehjemmet. Til tross for utallige forsøk på overtalelse, vise med kroppen at de

skulle snu, lokke med kaffestund og liknende klarte pleierne ikke å få ham til å ville vende tilbake til sykehjemmet. Ett av personalet endte opp med å «kle seg ut i en legefrakk» for å få mer autoritet bak kravet om å snu. Han lot seg ikke lure, så pleierne måtte hente forstrekninger for med tvang å ta ham tilbake etter å ha forsøkt i flere timer på «kreative tillitsskapende tiltak».

Det er ikke uvanlig at personalet benytter ulike «kreative tillitsskapende tiltak» for å få beboerne til å gjøre noe hun eller han ikke vil, eller som pleierne vil at han eller hun skal ville. Eksempelvis kunne pleierne benytte kjennskap til pasienten for å gjøre noe han i utgangspunktet ikke vil, for eksempel med å avlede med å vise bilder fra album mens stellet foregår, si at beroligende eventuell medisin er en drink før maten, at skuret i hagen er en bussholdeplass og be pasienten vente på rutebilen eller liknende. Dette kan forstås som ulike former for uformell tvang (se 9,10).

Hvordan kan det ha seg at pleierne forsøker å benytte tillitsskapende tiltak heller enn tvang, at de bruker kunnskap om og kjennskap til pasienten for å unngå å bruke formell tvang, at de lokker og lurer, motiverer, bruker tid (hvis de har anledning) heller enn formell tvang? Hvordan kan vi forstå disse frivillighetspraksisene som i stor grad er styrt av pleierne og bygger opp under uformell tvang gjennom at beboerne styres mot sykehjemmet, vekk fra porten, mot aktivtetsstund og måltider?

## To ulike omsorgs- og ledelsesformer

Foucault påpeker to ulike ledelses- og styringsformer<sup>3</sup> som han mener er sentrale for vår tid, der den første måte er knyttet til en ledelse som peker mot en detaljstyring av den enkeltes liv (omsorg for den enkelte) og som kan spores tilbake til en pastoral ledelsesform og den kristne omsorg (16). En annen måte å styre på er knyttet til individets utfoldelsesmuligheter og går tilbake til stoiske idealer, og som kan betegnes som en liberal omsorgsform.<sup>4</sup> Begge disse omsorgs- og ledelsesformene ser jeg antydning til i sykehjemmsomsorgen, der beboerne både detaljstyres og gis rom for selvtillit gjennom frihetstildeling.

3 Begrepet styring baserer seg på det franske begrepet *gouvernementalité* (eng. *governmentality*), og som Iver B. Neumann (se Iver B. Neumann (2002). *Forelesninger om regjering og styringskunst*. Oslo: Cappelens upopulære skrifter), har oversatt til norsk som styring eller regjering basert på hans oversettelse av Foucaults forelesning på Collège de France 1.februar 1978 om *gouvernementalité*.

4 Det er særlig i forelesningen 24. januar 1979 (s. 51-73) i boken: *The Birth of Biopolitics. Lectures at the collège de France 1978–1979*. New York: Palgrave Macmillan, (2008), at Foucault gir en inngående beskrivelse av den liberale maktformen som utvikler seg tydelig i det nittende århundre i Europa med fremveksten av en liberalistisk politisk økonomisk tankegang.

## Omsorgsmakt og hyrdeomsorg

Omsorg er hos Foucault tett koblet til omsorg for befolkningen – omsorg for kollektivets samlede liv (17). Velferdssamfunnet er tuftet på en velmenende og innfølede omsorg for sine innbyggere, hvor både beskyttelse av borgere og sikring av befolkningens sunnhet blir vesentlige oppgaver (16). Velferdssamfunnet tilbyr det gode og dermed er det lett å få tilslutning fra borgerne – borgerne kan ikke avvise velferdstjenester fordi tjenestene tilbyr goder som borgerne vil ha. Borgere tilbys å få et bedre liv, få tjenester som retter seg mot å optimalisere det gode liv. Undersøkelser av befolkningens levekår, sunnhet, hygiene, fødsels- og dødsrate, genetikkk – i det hele tatt befolkningens beskaffenhet og livsvilkår blir undersøkt for å optimere borgernes velferd (17). I en velferdsoverenskomst som borgerne gir sin tilslutning til muliggjøres også en biopolitikk som garanterer for omsorg og sikkerhet og staten blir en garantist for livet gjennom sykelønnsordninger, gratis sykehusbehandling, frivillighet fremfor tvang osv. (18). En slik omsorgsmakt er tuftet på å bevare livet, heller enn å vekke oppsikt med å benytte loven og sverdet. Det betyr selvsagt ikke at det juridiske forsvinner, men snarere at loven fungerer som en norm og skal inngå i og integreres i andre former for apparater og institusjoner. Det er selve livet og ikke retten som er hovedanliggende i de politiske kamper til tross for at disse formuleres gjennom retten til livet, til lykke, til tilfredsstillelse etc. (18). I følge Sverre Raffnsøe og medarbeidere (16) vil fokus på omsorg for den enkelte og befolkningen kunne innebære at i visse tilfeller ville denne beskyttelse og dermed sikkerhet kunne heves over loven. De kaller derfor dette velferdssamfunnets «hensynsløse omsorg». Hyrdemakten er tett forbundet med denne «hensynsløse omsorg» som Raffnsøe og medarbeidere (16) beskriver gjennom hvordan syke individer blir tatt hånd om og sikres når ikke de kan ta hånd om eller sikre seg selv. Hyrdemakten er i følge Foucault ikke en maktform som individene underlegger seg, eller en maktform som gir kommandoer som i en kongemakt – men snarer en maktform som bygger opp under det å se til, ha kjennskap til, se etter og passe på individene (19). Det er en omsorgsmakt som ligger tett opp mot omsorgens etymologiske betydning, å sørge for noen (20). For å kunne passe på individene må man også ha kjennskap til hva som foregår i personens hjerne, ha tilgang til deres tanker, kropper, personlighet – deres innerste sjel. Det betyr at avdelingsmiljøet må tilrettelegges for at individene avslører noe om seg selv – deres innerste hemmeligheter (19). I demensomsorgen betyr det at personalet skal styre beboerne på bakgrunn av deres kjennskap til hver enkelt beboer; ha kjennskap til de som personer (person-sentrert omsorg). En slik styringsform kan med referanse til Foucault forstås som er en individualiserende

og frelsende maktform tett forbundet med sannheten om selvet, og en maktform han mener har spredd seg utover de geistlige og religiøse institusjonsformer. Dette er en form for frelse i dennesidige verden og som Foucault (17) knytter til utvikling av den moderne staten og ikke minst med utvikling av velferdsstaten, og som igjen kan ses i lys av beskyttelse av befolkningen og dens individer ved etablering av en rekke institusjoner. Sykehjem er slike institusjoner der pleierne styrer beboerne på detaljert vis. Pleierne var opptatt å få kunnskap om og kjennskap til beboernes tidligere liv gjennom innsamling av livshistorier inklusive biografiske opplysninger relatert til beboernes preferanser av ulikt slag. Samtidig benyttet de denne detaljkunnskapen til å lede beboerne mot måltidene for at de skulle spise regelmessig og delta i fellesskapet: «Kom nå Anna, sett deg her med oss. Jeg har smurt skive med sild som du er så glad i til deg», «Det er så hyggelig hvis du holder oss med selskap, hva vil du ha på skiven i dag?» I det hele tatt var pleierne opptatt av å lede beboerne mot ro og hvile, mot sengen og godstolen – mot det trygge for å ha oversikt over og kontroll på beboernes gjøren og laden. Hyrdeomsorgen kan derfor forstås som en omsorgsform som bygger oppunder demente beboeres grunnleggende avhengighet til sine hjelpere (15).

### Den liberale omsorgen

Den liberale omsorgen er en slags motsetning til hyrdeomsorgen der individene søkes og detaljstyres. Den liberale omsorgen er snarere en maktform som er indirekte og hviler på individenes vilje til selvstyring. En slik selvstyring kobler Foucault tett opp mot liberalismens fremvekst, og der frihet inngår som et styringsredskap i et moderne frihetsstyresystem rettet mot individets interesser (21). Utgangspunktet for liberalismen er individet og ikke staten, og da de levende individers interesser med en optimering og økonomisering av det levende (22). Med liberalismens fremvekst skulle ledelsen av individene rasjonaliseres – altså individene skulle styres med minst mulig anstrengelse, men som skal gi mest mulig effekt (16). En slik indirekte maktform via subjektiveringsprosesser skal føre individet til å knytte til seg sin egen identitet og til sin egen bevissthet (23). Anders F. Jensen (22), med henvisning til Foucault, kaller disse subjektiveringsprosesser for subjektiverings-dispositiv<sup>5</sup> – en menneskeledelse gjennom frihetstil- deling. Den individuelle frihet må reguleres så mye at den også kan utfolde

5 Foucault presiserer i et intervju hva han mener med dispositivbegrepet. Han mener det kan inneholde diskurser, institusjoner, arkitekturinnretninger, regulative beslutninger, lover, administrative forhåndsregler, vitenskapelige ytringer, filosofiske, moralske filantropiske forslag og påstander (Foucault i Raffnsøe et al. (16); 217).

seg – eksempelvis satsing i lovverket på frivillighet og individbaserte rettigheter, tiltak og forskning for å fremme frivillighet, og der tillitsskapende tiltak skal være forsøkt før tvang (2). Dette er føringer og tiltak som er ment å hindre krenkelse av individenes frihetsutfoldelse. Opprettelse av sansehager i sykehjem kan forstås i et slikt lys. Beboerne gis større mulighet til «fritt» å utfolde seg innenfor hagens grenser. Samtidig innebærer en utvidelse av areal for beboerne å boltre seg på mindre mulighet for pleierne å ha oversikt over og kontroll over beboernes bevegelser. Av den grunn hevder Anders F. Jensen (22) i sin fortolkning av Foucault at utvidelse av individuelle rettigheter, eksempelvis ved utvidet frihetstildeling, fører til at myndighetene hele tiden må gripe inn for å forregulere ikke-reguleringen. Dette skaper et reguleringsparadoks. Institusjoner og dets personell klarer ikke å styre seg selv, og derfor må statlige foranstaltninger blande seg for å sikre friheten. Eksempelvis må det sikres at beboerne i sykehjem får bevege seg fritt og ikke låses inne unødig. Helsetilsynet må på stadige visitter for å sikre at pasienters rettigheter blir opprettholdt, f.eks at tillitsskapende tiltak er forsøkt og dokumentert før det iverksettes tvang. Anders F. Jensen (22) hevder at den nye liberalistiske ledelsesteknikk har bruk for friheten og forbruker denne frihet; dvs. at den er tvunget til å iverksette den. Noe skal forebygges før det har gått galt, noe må gjøres før det brukes tvang. Det tilrettelegges for at personalet kurses for å forebygge bruken av tvang, og der det pekes på en rekke tiltak som kan anvendes for å forbygge unødig bruk av tvang gjennom kommunikasjonsverktøy, samarbeid med pårørende, bruk av tid osv. (4). Anders F. Jensen (22) tolkning av Foucault fremhever at liberalismen produserer frihetens risiko og trusler, som den i neste omgang må gardere seg mot. Altså; Jo friere mennesket blir fra ytre bestemmelser, desto mer må man sikre at mennesket og dets pleiere kan håndtere denne frihet. «Udisiplinerte» beboere– de som ikke klarer selvstyring vil kreve overvåking og tilsyn fra sine pleiere i første omgang og helsetilsynet i neste omgang.

Mens pleiernes oppgave er å lede beboere for å unngå skade og fremme helse, vil helsetilsynets primære oppgave være å sikre beboernes frihet og rettsikkerhet: «*Kommunen har ikke sørget for at xx sykehjem fatter vedtak når pasienter uten samtykkekompetanse tilbakeholdes (...). Alle dørene inn i avdelingene samt dører til uteområdene var låst. Alle dører ut av avdelingene måtte åpnes med firesifret kode. Det fremkom at det ikke var gjort en risikovurdering for om det var behov for låsing av dører*» (4;44). Helsetilsynets oppgave er å tilse at beboernes bevegelsesfrihet ikke blir ulovlig begrenset, og rettsvesenet nærmest garanter en bevegelsesfrihet gjennom lovverket. Når tilsyn og lovverket gir friheter kan dette bidra til å produsere mer mulighet for bruk av tvang. Demente beboere i sykehjem vil kunne overskride en tildelt

frihet, for friheten er innenfor noen grenser. Den rettsmessige garanti om at beboere skal få bevege seg fritt får en grense når de kjemper seg ut av låste dører, bryter opp porter, rister gjentakende på dørhåndtak, roper etter bilen som skal hente dem osv. På den måten har denne friheten en grense, ikke bare en fysisk grense i form av stengsler, men også en tålegrense. Når dørene åpnes og portene vises frem, dras beboere som ønsker seg hjem på vei mot utgangene, noe som igjen bidrar at pleierne må bruke kløkt og oppfinnsomhet for å få beboerne tilbake – eller det vi kan kalle bruke ulike former for uformell eller formell tvang. Eksempelvis gjennom å lokke beboerne tilbake til stuen og måltidet eller å anvende beroligende eventuell medisiner ved å skjule det i drikke.

Ifølge Foucault blir sikkerhetsanordninger en sentral forutsetning for liberal ledelse i det 18. århundre (24). Friheten må sikres, den tas ikke for gitt av liberalistene – den må skapes. Friheten forstås som stadig å være under press og må derfor hele tiden sikres gjennom ulike former for reguleringer og beskyttelsestiltak. Med andre ord, *trusselen* mot friheten er en grunnleggende instans ved selve friheten i den liberale forståelse. Liberalistisk politikk handler derfor hele tiden om å bearbeide frihetstrusler fra individer som er på vei til å bli frisatt, men som må beskyttes. Nye inngrep blir nødvendig og tiltak må innsettes i sikkerhetens navn. En liberal ledelse må derfor hele tiden svinge mellom frihet og sikkerhet. For personalet i sykehjem betyr dette at de må tilrettelegge dagliglivet for mest mulig frihetsutfoldelse for beboerne, og samtidig som de må sikre beboernes helse gjennom at de ikke påføres skader i forbindelse med sin utfoldelse. Begge deler blir det kontrollert på av helsemyndighetene. Av den grunn befinner sykehjem seg i et reguleringsparadoks, der det på den ene siden bygges opp under frivillighet og bevegelsesfrihet; altså forsøk på å sikre frihet – og på den annen side samtidig avgrenses denne frihet gjennom tydelige stengsler og grenser for å unngå skader, tap av personer (de kan gå seg vill), tap av ansikt (overfor blant annet pårørende, og andre ansatte som må lete etter beboerne de har hatt ansvar for på sin vakt). Personalets fokus på bevaring av livet i frykten for tap av liv, helse og ansikt, gjør mulighet for fri utfoldelse og bevegelses- og handlingsfrihet vanskelig. Det gis noen friheter, men samtidig når denne friheten ikke benyttes av beboerne slik det er tenkt, så settes det straks noen grenser for denne frihetsutfoldelsen. Det kan eksempelvis være tildekking av alle utganger med for eksempel skjerm Brett, gardin eller liknende, låsing av dører osv., det vi kan kalle strukturell tvang. For Foucault finnes det aldri noen garanti for frihet, frihet er på intrikat vis innved i maktens relasjoner (19). Foucault forstår frihet som en praksis, ikke som en gitt størrelse, og hvor det finnes en rekke prosjekter som søker

å modifisere, bryte ut av ulike former for kontroll og tvang. Slike frihetsprosjekter (som tillitsskapende tiltak kan forstås som) betyr ikke at det vil føre til at personer blir frigjort, han skriver: «*The liberty of men is never assured by the institutions and laws intended to guarantee them. This is why almost all of these laws and institutions are quite capable of being turned around – not because they are ambiguous, but simply because «liberty» is what must be exercised*» (25;354-355). Av den grunn kan ingen institusjoner garantere noen form for frihet.<sup>6</sup> Når frihet forstås som en praksis er det ikke helt enkelt å skille frihet fra undertrykkelse – det finnes ikke noe som er absolutt frigjørende, og frihet eller frigjøring vil aldri kunne garanteres av de institusjoner eller endog lover som skal garantere dem (26).

### Spenningen mellom frivillighet og tvang

Denne tvetydighet og spenningstilstand mellom frivillighet og tvang kan også forstås i lys av ulike omsorgsformer, det være seg en detaljert hyrdeomsorg og en mer liberal omsorgsform hvor frihetstildeling er sentralt. Omsorg kan således forstås som en ledelses- og styringsform basert på ulike prinsipper av ledelse (hyrdeomsorg) og styring (liberal omsorg). Sykehjemmenes omsorgspraksiser er både forankret og fanget i et tilsynelatende omsorgsparadoks – med på den ene side en *hyrdeomsorg* som en detaljert omsorgsform der personalet styrer sine beboere mot måltid, mot sengen, mot godstolen, og på den annen side en styringsform som arbeider gjennom friheten ved en *frihetstildeling* eller forsøk på å gi beboerne noen muligheter til å utfolde seg fritt. Av den grunn kan det paradokset jeg begynte med – å både ikke styre og styre (eller frivillighet og tvang), eller rettere sagt å både detaljstyre gjennom en rekke omsorgspraksiser og samtidig ikke styre gjennom å indirekte styre, forstås gjensidig betingende. En direkte og indirekte ledelse og styring knyttes stadig tettere sammen gjennom den tvetydighet i omsorgsformene som utspiller seg i sykehjem. På den ene side detaljstyres beboerne, de ledes mot noe og noen som en hyrdeomsorg, de ledes mot måltider, mot aktiviteter, mot hverandre (ikke for mye mot hverandre), mot sengen for hvile, til godstolen for strikking – men de ledes også mot seg selv som person, mot det de var og er, mot de vaner og rutiner som de hadde – mot det tilsynelatende kjente gjennom personsentrerte omsorgsformer. Dette kjente, om det er fotografier, kjent musikk, pent tøy el.l anvendes av pleierne for å avlede for å unngå å bruke formell tvang for å kunne gi om-

6 Foucault skriver også i samme intervju at personer i helseinstitusjoner er plassert i avanserte maktrelasjoner til hverandre, og hvor han her henviser til Erving Goffman som har analysert slike forhold meget godt i psykiatriske sykehus. Arkitektur står i en annen type maktforhold til personer enn for eksempel andre personer som leger, psykiatere, prester, voktere osv.



sorg og pleie – for å bevare livet. Det kjente er likevel det ukjente, personen med demens kjenner ikke alltid personene som omgir henne igjen eller kjenner disse igjen som noen andre, interiøret er ikke som det pleide å være hjemme, maten er god men man er gjest og man må takke for seg – man ledes mot døren og selskapet er slutt!

## Konklusjon

De fleste personer som bor i sykehjem i Norge lever med demens, og mange av disse personene kan være aggressive, agiterte eller vandrende (13, 14, 15), og som gjør at de ofte utsettes for ulike former for tvang (8). Jeg har hevdet at tvang og frivillighet tilsynelatende kan fremstå som motsetningsfylte siden frivillighetsprinsippet skal sikre enkeltindividers valg og frihet, mens tvang nødvendigvis vil begrense enkeltindividers bevegelsesmuligheter og frihet, herunder bevegelsesfrihet. Frihetstildeling er helt sentralt for å sikre beboere på sykehjem mulighet for bevegelsesfrihet og utfoldelse i tråd med egne preferanser. Denne bevegelsesfrihet sikres bl.a gjennom å utforme sansehager der beboerne tilsynelatende kan bevege seg fritt. Det er en selvedelse som krever beskyttelse for å fullendes gjennom ulike former for tilsyn. En styringsmentalitet basert på frihetstildeling til enkeltpasienter kan derfor bidra til å skape reguleringer og sikkerhetsanordninger, og ikke minst subtile tvangsformer for å sikre at prinsipper om tilsynelatende frivillighet overholdes. En slik frihetstildeling muliggjør for pleierne å benytte ulike former for formell og uformell tvang som overvåkningsstrategier, press- og lokkemidler, avledningsmanøver, overtalelseteknikker, gi beroligende medisiner skjult o.l for å sikre at pasientene får den nødvendige omsorgen. Altså ulike former for tvang for å sørge for noen; omsorg. Når frihet tildeles, når rommene utvides og valgene fremlegges muliggjøres også bruken av tvang. Det blir mer å passe på for personalet og flere ressurser benyttes for å hanke beboeren på vei hjem tilbake til institusjonen, og således muliggjøres bruk av svært «kreative tillitsskapende tiltak» som uformell tvang. Det betyr at frivillighet og tvang ikke kan forstås som gjensidig utelukkende eller som åpenbare motsetninger, men snarere som gjensidig betingende mekanismer.

## Litteratur

1. Øye, C. (2014). Omsorg for den offentlige sfære – betraktninger om frivillighet og tvang i lys av Hannah Arendts tanker om frihet og handling. I: Alsvåg H. Førland O. & Jacobsen FF. *Rom for Omsorg?* Bergen: Fagbokforlaget; 2014 s.43-62.
2. Lov om pasient- og brukerrettigheter, kap. 4A. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009, hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

3. Lov om pasientrettigheter kapittel 4A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. *Rundskriv* – IS-10.
4. Oppsummeringsrapport – helsetilsynet i fylkenes saksbehandling ved
5. mottak av kopi av vedtak hjemlet i pasientrettighetsloven Kap 4A – 2009–2010. Oslo: Helsetilsynet; 2011. Internserien 2011:3.
6. Hatling T. Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. I R. Norvoll, red. *Samfunn og psykisk helse*. Samfunnsvitenskapelige perspektiver. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
7. Capezuti E, Brush BL, Won RM, Wagner LM & Lawson WT. Least restrictive or least understood? Waist restraints, provider practices, and risk of harm, *J Ag Soc Pol.* 2008 20(3); 305-322.
8. Kock S, Lyon C. Case study approach to removing physical restraint. *Int J Nurs Pract.* 2001; 7: 156-161.
9. Kirkevold M, Laake K, Engedal K. Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *Int J Ger Psych.* 2003; 18:491-497.
10. Gault I. Service-user and carer perspectives on compliance and compulsory treatment in community mental health services. *Health Soc Care Com.* 2009; 17(5):504–513.
11. Link B, Castille DM, Stuber J. Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses. *Soc Sci Med.* 2008; 67: 409-419.
12. Evans D, Wood J, Lambert L. A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *J Adv Nurs.* 2003; 40(6): 616-615.
13. Koczy P, Becker C, Rapp K, Klie T, Beische D. Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents: *J Am Ger Soc.* 2011; 59(2): 333-339.
14. Engedal K. The Norwegian dementia plan 2015—‘making most of the good days’. *Int J Ger Psych.* 2010; 25: 928-930.
15. Sommer OH, Kirkevold Ø, Cvancarova M, Engedal K. Factor analysis of the brief agitation rating scale in a large sample of Norwegian nursing home patients. *Dem Ger Cog Dis.* 2010; 29: 65.60.
16. Dewing, J. Responding to agitation in people with dementia. *Nursing older people.* 2010; 22(6);18-25.
17. Raffnsøe S, Gudmand-Høyer M, Thaning M. *Foucault*. København: Samfundslitteratur; 2008.
18. Foucault M. *The birth of biopolitics. Lectures at the Collège de France 1978–1979*. New York: Palgrave Macmillan; 2008.
19. Foucault M. Retten til døden og magten over livet. I: Foucault M. *Vilje til viden. Seksualitetens historie*. København: Samlerens bogklub; 1976/2002.
20. Foucault M. The subject and power. I: Faubion JD. (ed.): *Power – Essential works of Foucault 1954–1984*. vol. 3, Allen Lane: Penguin Press; 2002.
21. Jacobsen F. Kan omsorgen stå alene? Omsorgsbegrepet i tre stortingsmeldinger. *Michael.* 2011; 8: 344-356.
22. Foucault M. The ethics of the concern of the self as a practice of freedom, I: Rabinow P. ed. *Ethics – Essential works of Foucault 1954–1984*. London: Penguin Books; 2000.
23. Jensen AV *Mellem ting: Foucaults filosofi*. København: Det lille forlag; 2005.

24. Myklebust RB. Språk, Subjektivitet og livspolitik. Om et grunnproblem i Giorgio Agambens *Homo sacer*-bøker, *Agora*. 2011; nr. 4:74-102.
25. Foucault M. *Discipline and punish. The birth of the prison*. London: Penguin books; 1977.
26. Foucault M. Space, knowledge and power. I: Faubion JD. ed. *Power – Essential works of Foucault 1954–1984*. vol. 3, Allen Lane: Penguin Press; 2002.
27. Foucault M. Interview with Foucault by Paul Rabinow 1982. I: Faubion JD. (ed.) *Power – Essential works of Foucault 1954–1984*. vol. 3, Allen Lane: Penguin Press; 2002.

*Christine Øye*  
*førsteamanuensis*  
*Høgskolen Stord/Haugesund*  
*Senter for omsorgsforskning Vest*  
*Høgskolen i Bergen*  
*christine.oye@hsh.no*  
*christine.oye@uib.no*

# Rom, vegger og inskripsjoner i sykehjem: et søkelys på rutiner og makt.<sup>3</sup>

*Michael 2015; 12: 180–94.*

*Sykehjemmets sosiale liv finner sted innenfor arkitektoniske rammer, der arkitektur gir muligheter og begrensninger, og der menneskene som arbeider ved og bebor sykehjemmet også skriver seg inn i de fysiske omgivelsene og transformerer disse. Jeg vil i denne artikkelen diskutere funn fra et feltarbeid i en sykehjems-institusjon som startet i 1988 og som fremdeles pågår. Jeg vil trekke veksler på teoretiske perspektiver fra Foucault, og i særlig grad hans begreper om rommet. Et hovedfokus vil være på hvilken type sted sykehjemmet er, og hvordan sykehjemmet som sted gir noen føringer som angår hvilke liv som leves og kan leves der og har en særlig relevans i forhold til forekomsten av uformell eller strukturell tvang i sykehjem.*

Norske sykehjem har en sentral plass i våre kommunale helse- og omsorgstjenester. Sykehjem er mer utbredt i Norge enn i andre OECD-land (1). Dagens sykehjem er også svært påkostede på grunn av omfattende arkitektoniske reformer, slike som 'ensengsreformen', som gir flertallet av dem som bor der eget rom, og på grunn av omfattende nybygging og ombygging der små avdelinger prioriteres (1). I Norge er sykehjemmene, i motsetning til i Danmark og Sverige, definert som medisinske institusjoner underlagt norsk helselovgivning. Dermed er sykehjem som hjem forpliktet til å fungere som en medisinsk og helsefaglig institusjon, noe som kanskje gjør våre sykehjem til mer komplekse fenomener enn i skandinaviske naboland.

I denne artikkelen vil særlig ett sykehjem omtales, «Solgløtt sykehjem», hvor forfatteren har gjort deltakende observasjonsstudier siden 1988 og frem til i dag. Dette sykehjemmet representerer en mellomstor institusjon

---

1 Professor, forskningsleder, Senter for omsorgsforskning – Vest, Høgskolen i Bergen

2 Professor II, Høgskolen Betanien

3 Prosjektet er godkjent av REK

i det norske sykehjemslandskapet, og det bor rundt 30 mennesker der. Sykehjemmet har gjennomgått omfattende endringer i sine indre arkitektoniske omgivelser i 2003. Blant annet er avdelingene blitt mindre i omfang, både i romlig utstrekning og i forhold til antall beboere og ansatte, og alle beboerrommene er blitt enerom.

Endringer knyttet til samhandling mellom personale og beboere og samhandling personalet imellom synes i noen grad å kunne relateres til arkitektoniske endringer. Samtidig indikerer data fra prosjektet at rom og arkitektur i sykehjemmet også bør leses gjennom små og lite iøynefallende detaljer, slike som oppslag, postere og andre skriftlige meldinger som endrer rommenes karakter og gjennom minner som vekkes hos personale gjennom daglige vandringer i rommene og der minnene også relaterer seg til arkitektoniske finesser knyttet til et svunnet arkitektonisk landskap fra før ombyggingen.

### **Sakrale rom: rom som vies spesiell oppmerksomhet**

Sykehjemmet fremstår på mange måter som et annerledes sted enn andre offentlige, halvoffentlige og private steder i det norske samfunnet. På hvilken måte sykehjemmet er annerledes og hvordan dette har konsekvenser for rutiner og makt, er denne artikkelens tema. Temaet belyses gjennom flere teoretiske omveier som også leder oss til helt andre annerledes steder, slik som fengsler, persiske hager og kongelige slott.

Mens tiden er blitt desakralisert og profan, er *rommet* forblitt sakralt inn i vår moderne tid, mener Foucault (2). Sakralitet kan her forstås som det som vies spesiell positiv eller negativ oppmerksomhet, og som skiller seg ut fra det dagligdage og profane (3). Selv Galileo Galileis banebrytende plassering av solen som sentrum i universet og hans innsikt om universets og dermed rommets uendelighet har ikke satt i gang en verdsliggjøring av rommet parallelt til hva som har skjedd med tiden, der tid er makt og tid er penger og ikke lenger bare knyttet til en hellig og rituell tid som stadig kommer tilbake i form av helligdager og en gudgitt årssyklus (4).

Riktignok signaliserte Galilei slutten på en middelaldersk stedsforståelse med en hierarkisk ansamling av steder, hellige og profane, lukkede og åpne, og, urbane og rurale steder. Mens steder i denne eldre stedsforståelsen blir 'lokaliserte' i et hellig univers, så overtar ifølge Foucault en stedsforståelse der steders 'punkter' og 'utstrekning' definerer stedene i nyere tid (2). Foucault kompliserer likevel dette bildet nettopp ved å demonstrere hvordan rommet ikke i samme monn som tiden er blitt verdsliggjort, med henvisning til den store rom- og arkitekturfilosofen Gaston Bachelard der rommet beskrives som «fylt med kvaliteter» og som kan være «det øvres rum,

tindernes rum, eller det er tværtimod det nedres rum, snavsets rum» (2, s.88-89).

Rommet er verdsliggjort mer i teoretisk forstand enn i praktisk forstand, ifølge Foucault. Motsetningen mellom sakrale og profane rom videreføres gjennom at offentlige rom skilles fra private, familiære fra sosiale, og, i økende grad i nyere tid, fritidens fra arbeidets rom. Denne skjulte sakralitet er én dimensjon ved det som Foucault benevner 'heterotope rom', flertydige rom der ett og samme rom representerer flere rom på én gang. Dette er et hovedtema i denne artikkelen, der det argumenteres for at både sykehjem i seg selv og bestemte steder og ting innad i sykehjemmet kan betraktes som heterotope.

Heterotope rom kjennetegnes også av en delvis lukkethet mot omverdenen. Selv om noen av dem kan fremstå som totalt åpne, hevder Foucault at dette bare er illusorisk og at enten må man arbeide seg gjennom bestemte ritualer for å få tilgang, slik som puritanske religiøse kolonisationsfunn i Afrika eller Sør-Amerika i tidligere tider, eller ambassadepersonells bosettinger i våre dager, eller så lukkes man uvilkårlig inne i det heterotope rom mer eller mindre av tvang. I noen grad kan man tenke seg at dette siste kjennetegner sykehjemmet som heterotopi.

Lukkethet i heterotope rom kan ha til dels merkelige utslag. I reservater for amerikanske urbefolkninger ser man noen ganger at casinovirksomhet, som vanligvis er forbudt i USA, tillates og at reservatene tilsynelatende åpner seg mot omverdenen og slipper til alle som ønsker det, riktig nok under forutsetning av en viss økonomisk risikovilje. Likevel innebærer dette bare at man sluses gjennom på en slik måte at disse minoritetssamfunnene i liten grad eksponeres for sjenerende innblikk og innsikt fra de besøkende.

Et mer nærliggende eksempel er audiens på Slottet, der begunstigede besøkende i svært liten grad kommer i kontakt med Slottets indre liv. På den måten vies Slottets indre spesiell oppmerksomhet, gjennom det som den franske samfunnsviteren Émile Durkheim benevner 'positiv sakralitet' (3). Omvendt kan et fengsels indre, i Durkheims språk, fremstå med 'negativ sakralitet' (3), der fengslets indre, gjennom å være assosiert med fangers stigma og være 'besudlet' av forbrytelsenes 'urenhet', på sin måte vies en spesiell oppmerksomhet som skiller fengslet som heterotopi like mye fra det 'profane' og dagligdagse rom som Slottet og dets indre.

Som for Slottet, så vil besøkende i fengslet sluses igjennom på et vis som i minimal grad eksponerer den besøkende for fengslets indre. En økende grad av 'folkelighet' i nyere tid når det gjelder de kongeliges vilje til å møte representanter for befolkningen, både i Norge og ellers i Europa, og de stadig mer liberale besøksrutiner i norske fengsler åpner på en måte opp

disse stedene. Samtidig er denne åpningen likevel i hovedsak illusorisk, i Foucaults perspektiv. Stedenes sakralitet 'feires' gjennom små og store ritualer, for å bruke Durkheims språk (3), gjennom at sterke barrierer omgir de mest intime rom og rommene som i det daglige betyr mest for dem som bor og oppholder seg der.

### **Sykehjemmet som 'et annet rom'**

Noen spesielle rom er på én gang både forbundet med andre rom, samtidig som de står i et motsetningsforhold til disse andre rommene. Foucault gir to eksempler på slike rom. Den første typen er utopier, som er steder som ikke finnes og som er analoge til virkelige rom som en perfektjonering eller som vrangsidene av samfunnets virkelige rom. Den andre typen har vi allerede vært inne på, rom som Foucault benevner heterotopier, som en slags dobbelt (eller mangedobbelt) rom. Speilet er heterotopt i den forstand at man befinner seg i et virkelig rom, men ser seg selv i et virtuelt rom hvor man ikke er. Kirkegården er også en heterotopi ved at det er et virkelig sted som samtidig også er et sted for minner over liv som ikke lenger lever.

Heterotope steder er altså flertydige steder. Noen slike steder får en spesielt viktig kulturell betydning og vies særlig sosial oppmerksomhet, gjennom ritualer som fremhever noen steder som unike, verdifulle og betydningsfulle eller gjennom ritualer og unngåelsesatferd som får andre steder til å fremstå som lite attraktive eller endog som farlige eller 'vanhellige'. Disse stedene kjennetegnes av hvem som oppholder seg der eller bor der, av hvordan disse oppfører seg, og av hvordan mennesker som ikke kan eller ønsker å bo eller oppholde seg der oppfører seg og bidrar til å bestemme og avgrense stedet.

Kan sykehjemmet ses på som et heterotopt sted? Det kan være verd å merke seg at mens ingen omtaler dem som bor i et alminnelig norsk hjem som beboere, så omtales ganske så naturlig mennesker som bor på sykehjem som beboere. Man kan fremdeles høre uttrykket at den og den personen bor 'på hjem' og ikke bare 'i et hjem', også en uttrykksmåte som ikke gir noen kulturell mening om man omtaler hvem som helst som bor hjemme. Selv små detaljer som gjerne forbindes med et alminnelig norsk hjem synes å være mer komplekse fenomener når man gjenfinner dem i sykehjem.

I de ulike avdelingene i Solgløtt sykehjem er kjøleskapet plassert på et typisk sted i kjøkkenet, like ved overgangen mot spisestuen som henger sammen med kjøkkenet i en åpen løsning som er typisk i moderne norske hjem. Det er kledd med huskelapper, oppslag og merker på en måte som er i et typisk hjem. Men inskripsjonene er bare tilsynelatende hjemlige. De er ikke de som bebor hjemmet sine inskripsjoner. Samtidig er kjøleskapet

unektelig til for dem som bor på sykehjemmet, og maten som oppbevares i kjøleskapet er uomtvistelig beboernes mat og bare deres.

Det å bo på sykehjem synes å ha en eller annen form for dobbel betydning. Men gir heterotopi-begrepet mening i denne sammenhengen? Før dette besvares kan det være bryet verd å gå veien om Foucaults skille mellom ulike typer heterotope rom. Den ene typen benevner Foucault 'kriseheterotopi', eller man kunne gjerne også si 'livskriseheterotopi'. Denne heterotopien er knyttet til såkalte overgangsritualer for eksempel knyttet til overgang fra barn til voksen, fra ugift til gift, eller fra menigmann til embedsmann. I livskrisens heterotope rom er man et ikke-sted der man verken har forlatt det man kommer fra eller blitt det man skal bli. Dette rommet kan gis geografiske koordinater, samtidig som det er et ikke-sted atskilt fra resten av samfunnet.

Den andre typen kaller Foucault avviksheterotopi, en type rom som han hevder mer og mer tar over for kriseheterotopier i moderne samfunn. Avviket dreier seg om et avvik fra et kulturelt oppfattet gjennomsnitt, et avvik fra noe 'typisk' eller et avvik fra en gitt norm. Psykiatriske sykehus og fengsler er typiske eksempler. Et annet typisk men også mer komplisert eksempel er aldershjemmet eller sykehjemmet, som Foucault beskriver som knyttet til en livskrise men samtidig knyttet til lediggang som avvik som bryter med et rådende ideal knyttet til skillet mellom arbeid og fritid i vårt moderne samfunn (2, s.91).

Foucault bemerker at en og samme heterotopi, for eksempel kirkegården, antar ulik funksjon og betydning i ulike samfunn (2, s.91-92). Foucault viser også til at heterotopi har den merkelige egenskap at den forener tilsynelatende uforenlige rom på ett og samme virkelige sted og sidestiller dem (2, s.92). Den gamle persiske hage er typisk eksempel på dette, der alle 'de fire verdenshjørnene' er representert i hagen som et mikrokosmos som rommer hele verden, med hagens midtpunkt som det helligste sted, stedet for 'verdens navle' som alt dreies omkring. Foruten også å nevne teaterscenen som et sted som sammenstiller rom som ellers ikke forenes, så gir ikke Foucault andre moderne eksempler. Det er likevel fristende å gå videre på hans resonnement og tenke omkring sykehjemmet som et sted som innbefatter rom som man vanligvis ikke forbinder med hverandre, og rom som gjerne hver for seg er mangetydige.

Dagligstue, kjøkken og spisestue har 'vaktrommet' som nærmeste nabo i avdelingene i Solgløtt sykehjem, selv etter ombyggingen. 'Vaktrommet' er riktignok blitt mer anonymt og atskillig mindre, og nærmest blitt navnløst og i høyden omtalt som 'kontoret'. Samtidig synes flere av disse rommene å være mangetydige. Kjøkkenet er et 'kjøkken' der noe mattilbereding, men



ganske lite matlaging foregår. Og i den grad mat tilberedes eller porsjoneres ut på kjøkkenet, er dette ikke de som bor i hjemmet sin oppgave. Som for å understøtte at kjøkkenet er et 'annet rom', benevnes det ofte 'avdelingskjøkken', eller eventuelt, 'kjøkkenkrok'.

Dagligstuen inneholder noen ganger en 'arbeidsstasjon' med PC og bord for ansatte, noe som ikke var realisert i Solgløtt sykehjem. Likevel har dagligstuen ved Solgløtt noen funksjoner som ikke forbindes men stuen i et vanlig norsk hjem, slike som sted for å sove, innta medisiner, og noen ganger, et sted for andakt eller bingo. Den er for stor til å minne om en stue i et vanlig norsk hjem og har antall, utforming og sammensetning av møbler som bryter med norske kulturelle forventninger om hjemlighet, med for mange og for store bord i forhold til antall stoler, slik tilfellet ofte er i norske sykehjem (5). Begrepet dagligstue, som sjelden nyttes om stuer i norske hjem, indikerer også at rommet både er en stue i hjemlig forstand og en 'stue' og dermed et heterotopt rom i Foucaults forstand.

Heterotopi er også gjerne knyttet til heterokroni, i følge Foucault. Med heterokroni mener han at på samme måte som heterotopi innebærer erfaringen av ulike rom på samme sted, som når man ser i et speil og opplever seg i et illusorisk rom samtidig som man er i et reelt rom, så medfører heterokroni at man på en og samme tid erfarer flere tider på en gang. Kirkegården er et typisk eksempel der nåtid og svunne tider fremstår samtidig, museet et annet. Moderne museer har ofte som siktemål å gi en så livaktig opplevelse som mulig av liv og livsbetingelser til ulike tider. Sykehjemmet kan tenkes som et tredje eksempel. Forskeren Eva Lundgren skriver om 'det hjemlikes estetikk' i sykehjem som både bærer preg av nåtidige idealer men også av en kulturell konstruksjon av fortiden, der en god del av interiøret antas å høre hjemme i de eldres tidligere opplevde hjemlighet (6). Slik har gjerne sykehjemsinteriøret både nåtidige og museumsaktige egenskaper der både nåtid og fortid skapes for de som bor der men ikke av dem (6).

### **Å bo og leve i et annet rom: sykehjem og livsmuligheter**

I Kvalitetsforskriften (7) fremheves flere sentrale dimensjoner ved et godt liv i sykehjem, og der flere av dem går på det å leve mest mulig som man lever i sitt eget hjem. Disse dimensjonene benevnes «selvstendighet og styring av eget liv», «mulighet for samvær og sosial kontakt», «følge en normal livs- og døgnrytme», «mulighet for ro og skjermet privatliv» og «nok tid og ro til å spise». I forskriften brukes flere ganger begrepet «mulighet», og henviser til at et fokus på mulighet og frihet er like viktig som det å unngå bruk av tvang. Strukturell tvang, som kan knyttes blant annet til etablerte rutiner som ikke nødvendigvis har en medisinsk eller helsefaglig inspirasjon

eller begrunnelse (8), begrenser mulighetsrommet. Begrensninger for livsutfoldelse kommer lett i skyggen av den sterke og nødvendige offentlige oppmerksomheten på å unngå bruk av fysisk tvang.

I en rapport fra en forskningskartlegging av tvang og rettighetsbegrensning i eldreomsorg fra Nasjonalt kompetansesenter for demens (9) vektlegges blant annet følgende dimensjoner i forhold til eldre i sykehjem: at de kan legge seg til «normal» tid eller når de selv ønsker det, får bruke den tiden som de trenger til måltidene, får komme på toalettet når de ønsker det eller har behov for det, kan gå ut når og dersom de ønsker det, og at de kan fritt ta imot besøk («ingen visittid»). Når det gjelder det siste, så er det interessant å legge merke til at Solgløtt sykehjem har opphevet faste visitider etter ombyggingen i 2003. I intervjuer og samtaler med ledelse og personale vektlegger de nettopp denne friheten som pårørende nå har til å besøke sine kjære når det måtte passe og når de måtte ønske det. På dørene inn til de ulike avdelingene finner man likevel dette oppslaget, som det eneste oppslaget som får plass på dørene mens de andre henvises til bestemte oppslagstavler:

«Vi vil henstille til alle pårørende som besøker pasienter/beboere på Solgløtt om å oppholde seg på pasientenes/beboernes rom under besøket. Alle har enerom på institusjonen vår og det skulle derfor være god plass til det. Vi ønsker at stuen på de enkelte postene fungerer som et fellesrom for pasienter/beboere som har tilhørighet til hver post, og vi vil at de skal være et tilholdssted for dem når de vil ha sosialt samvær med andre som bor på institusjonen og med de ansatte.

Når de da får besøk er det naturlig at de trekker seg tilbake til rommet sitt med besøket så de ikke forstyrres eller blir forstyrret i stuen.

Vi regner med at alle vil respektere dette.

Kvalitetsutvalget, mars 2009»

Det synes altså som om familie og andre pårørende 'sluses' inn i avdelingene på en måte som tilsynelatende bringer dem i kontakt med avdelingens indre liv og likevel ikke gjør det.

Ledelsen og personalet ellers poengterer også at de eldre ikke lukkes inne, men kan få komme ut av sykehjemmet når de ønsker det og helsemessig er i stand til det. Likevel ble det ofte observert at eldre som levde med demens, noe som gjaldt flertallet av dem, fikk beskjed om at de nok skulle få komme ut, men at de bare måtte vente litt til personalet hadde tid. Siden særlig korttids- eller arbeidshukommelsen gjerne er svekket ved demens, så glemmes dette løftet fort.

Den samme type interaksjon ble også ofte observert når beboere gav uttrykk for at de ønsket hjelp til å legge seg, enten for natten eller for en

middagshvil. Mens man før eller seinere alltid fikk lagt seg for natten, skjedde det ikke så sjelden at en beboer som gjentatte ganger spurte om å få legge seg, etter hvert sovnet i stolen på dagligstuen. Enkelte ganger kunne man observere at personalet i sin travelhet tilsynelatende ikke hørte ropet om å få komme inn på eget rom, selv om ropet mer enn overdøvde lyden av sportsrevyen på dagligstuen.

I intervjuer og samtaler er personalet klar på at de eldre har både rett til og mulighet til å legge seg når de selv ønsker det, og også til å få tilstrekkelig tid og ro til måltidene. Fred og ro ved måltidene var aldri det store problemet. Tvert imot kunne man som observatør ved Solgløtt sykehjem ofte tenke at situasjonen rundt måltidene var ganske ekstraordinær, siden mennesker satt ganske tett og intimt sammen mens praten bare unntaksvis gikk. Dette synes å være et brudd med vanlige norske måltidstradisjoner, der mennesker som gjentatte ganger inntar måltider sammen også gjerne lar praten gå, om enn av og til i ganske små sekvenser.

Noen av de eldre trengte relativt mye hjelp til å spise. For enkelte kunne ventetiden bli lang før hjelpen kom. Dermed kunne man både tilsynelatende ha god tid til måltidet som var tilberedt på den merkede plassen ved bordet foran rullestolen, samtidig som måltidet likevel ble inntatt ganske hurtig når hjelpen var på plass. Valget av hva man ville spise til frokost og kvelds syntes i noen grad å være tatt på forhånd, og ikke av dem som skulle innta måltidet. Følgende oppslag på avdelingskjøleskapet illustrerer dette godt:

«Begynn med å gjøre i stand måltidet mellom kl 8 og 08.30 (kvelds 18-18.30). Til kvelds erstattes kaffen med te. Te serveres med Nutrena dråper til diapas, 3 poser te i den store metallmuggen. De andre pasientene kan få vanlig sukker (Tranebærjuice til de som trenger det). Se på matkortene! 4 av pasientene smører selv. Ta lite pålegg på fatet. Vi må kaste det som ikke er brukt. De liker lite kjøttpålegg. Helst ost og syltetøy».

I mange norske hjem er nettopp kjøleskapsdøren oppslagstavle for viktige ting å huske, som fødselsdager, tannlegetime, arrangement i nabolaget og foreldresamtale på skolen. Kjøleskapet, som er et sted familiemedlemmene naturlig oppsøker flere ganger daglig, blir dermed også en slags informasjonssentral. På Solgløtt sykehjem kan oppslagene og lappene på kjøleskapet tilsynelatende føye seg til bestrebelsene av hjemliggjøring i fellesrommet. Men ikke bare er inskripsjonene på kjøleskapet ikke de Eldres egne, informasjonen er heller ikke ment for dem. Kjøleskapets 'oppslagstavle' bidrar dermed til kjøleskapets heterotopi der heller ikke kjølevarerne er direkte tilgjengelige for dem som bor der. Det er personalet som henter ting ut av eller plasserer ting inn i kjøleskapet og som dermed hele tiden møter infor-

masjonen og påminnelsene, og visste man ikke bedre, kunne de stadig besøkende i kjøleskapet virke like uregelmessige og lite planmessige som i et hjem. Men sitter man i en viss avstand med sin notisblokk, så følger disse handlingene en nøye dagsrutine der personalet befolker kjøkkenet til bestemte tider med travle og rutinerte hender som plasserer dem nær beboerne men likevel utenfor både høre- og samtalevidde på tidspunkt der man ellers kunne gjort ingenting sammen med beboerne slik hjemmet av og til innbyr til.

Mens kjøkkenbenken vaskes oftere enn det selv strenge hygienikere ville funnet påkrevet og kjøkkenet alltid befinner seg i ytterste orden, er løselig prat mellom beboerne og ansatte på dagligstuen noe som av og til skjer, men som oftest er fort overstått. En synlig 'dødtid' finner sjelden sted, og når det en sjelden gang skjer og hjelpepleier Eva småsnakker med Olga, eller bare er der med avisen når praten liksom ikke vil gå trass mange forsøk, går det få minutter for sykepleier Ruth eller pleiemedhjelper Per kommer forbi og sier «er det her du sitter» eller bare beveger seg mot noe som må gjøres, og i begge tilfeller trekkes Eva mot kjøkkenet eller mot de mange umøtte behov i avdelingen som i en lavt bemannet hverdag knapt lar seg gjøre å komme over. Noen ganger brytes likevel slike rutiner, som følgende situasjonsbeskrivelse fra en dagligstue ved Solgløtt gir et inntrykk av:

To pleiere har konversert litt med to av fire beboere som sitter på dagligstuen, nå er de opptatt med forefallende arbeid på kjøkkenet og beveger seg med kjappe og effektive bevegelser. Den ene beboeren forlater stuen, den store stillheten senker seg og de tre som er igjen sitter og sover i stolene sine. Stuen har fire små bord av ulik årgang og stil, et skatoll fra femtitallet, men ellers bilder, pyntegenstander og nips som hører til fra før krigens dager, og en rundt hundre år gammel stor gulvklokke. Stuen er relativt stor med stoler plassert i halvsirkel langs tre av veggene, med TV på den fjerde som det sosiale samlingspunkt og sprakende «leirbål». Godt dagslys kommer inn gjennom flere vinduer og fra kjøkkenet, som har store vinduer mot en terrasse. En av de pleierne på kjøkkenet går inn i stuen og slår av TV'en og slår på en CD-spiller med «husker du» – melodier med Sissel Kyrkjebø og andre. En annen pleier slår seg ned igjen, to beboere våkner til live da pleieren begynner å nynne med og etter en stund stemmer begge i.

Enda sjeldnere brytes den daglige monotonien på dagligstuen av en uforutsigbar kjede av hendelser der en av stedets beboere insisterer på en annen agenda enn det som personalet har. Denne situasjonsbeskrivelsen gir et eksempel på én type dynamikk og utkomme som en slik hendelse kan ha:

En eldre pleier kommer inn i følge med en beboer, Ola. Pleieren foreslår å slå av TV og «sette på litt fin musikk». 'Husker du'- musikk strømmer en stund ut fra CD-spilleren. En yngre pleier sitter og hjelper en annen beboer, Hansine, med å spise frukt. Hansine sier til henne at det skulle vært godt med en tur ut. «Ja det hadde vært fint, men vi må vente litt», svarer pleieren. Olga, som bruker å være kjapp i replikken og følge godt med, spør den yngre pleieren: «Kan vi sette på TV'en?» samtidig som hun legger fra seg jakken sin på en stol. «Du må ikke legge fra deg jakken din her men på rommet ditt, ellers så finner du den ikke igjen», svarer pleieren. «Jeg vil ha på TV'en». Pleieren er vendt i en annen retning, holder på med noe og hører tilsynelatende ikke. Musikken slutter brått midt i et klassisk stykke og slår over til «husker du». En tredje beboer, fru Olsen vekker til og spør: «Hva skjedd?» Alle sitter i halvsirkel rundt TV, som nå er av mens CD spiller er på. En pårørende til Ola kommer inn i dagligstuen og gjør ham klar til en tur ut i rullestol, «nå som været er så bra». Hun bemerker til Ola: «Så fint at de spiller CD'en som du fikk av meg!» Den eldre pleieren er tilbake, og Olga spør henne igjen om å sette på TV. Pleieren smiler forlegent i min retning, men svarer ikke. Fru Jensen gir seg ikke, tar henne i frakkeermet og spør henne igjen høyt: «Kan du ikke sette på TV'en?» «Jamen var det ikke bra med litt fin musikk da? Vi har jo som regel TV på». «Jo, men jeg vil se på TV». «Ja, du Olga, du Olga. Vi får se litt TV da». Hun finner fjernkontrollen høyt oppe på en hylle. Hansine spør: «Hvorfor har dere fjernkontrollen så høyt oppe?» «Gjemmer dere den for oss?» spør Ruth, en femte beboer. Den eldre pleieren svarer: «Vi er nødt til å legge den høyt oppe på hylla, for ellers så forsvinner den» og fortsetter: «Er det bra nå?» Olga: «Ja, men ikke både med TV og musikk på én gang». «Vi får slå av musikken da», svarer pleieren. Nyhetene avsluttes og et underholdningsprogram begynner, og Olga utbryter: «Dette har jeg lyst til å se!»

Denne hendelsen er en sjelden hendelse som likevel illustrerer flere vesentlige trekk ved sykehjemmets komplekse sosiale liv slik det fremtrer i dagligstuen. Selv om pleierne klart utøver makt og begrenser beboernes mulighetsrom gjennom insisterende praksiser og rutiner, slik som å gjemme bort fjernkontrollen, og gjennom en travel opptatthet av mange små gjøremål som gjør at man ikke får med seg hva som beboerne ønsker eller kan vende fokuset bort fra ønsker man ikke vil eller der og da synes er vanskelig å imøtekomme, er ikke beboerne fratatt enhver makt og innflytelse. Eksemplet kan fortolkes som en illustrasjon på hvordan personalet må balansere mellom ulike beboeres behov. Eksemplet illustrerer også at enkeltbeboere potensielt kan få igjennom ønsker som ikke deles av personalet og potensielt kan få støtte av medbeboere til dette eller til en uttalt kritikk av personalets praksis. Dette anskueliggjør også et viktig poeng for Foucault, at i sosialt liv i sin alminnelighet er selv den tilsynelatende mest maktesløse ikke helt uten innflytelse (10) og at alle makter noe i et spill av makt og motmakt der utkommet aldri er helt gitt, slik filosofen og sykepleieforskeren Kari Martinsen uttrykker hans tanker:

«Makten er aldri makt uten muligheter for motstand. Motstanden er maktens dobbeltgjenger, og maktrelasjoner holdes ved like av gjenstridighet. Motstandsformene skriver seg inn i maktrelasjonene som deres ureduserbare motpart, skriver Foucault [...] Det er motstandsformer i maktens nettverk [...] Men motstand er ikke negativt i betydningen begrensende. Makt undertrykker ikke motstand. Makten er å spille, makten makter (11, s.18).

Mens dagligstuen besøkes både av beboere og personale, er kjøkkenet et mer eksklusivt sted for personalet. Kjøkkenet har riktignok en åpen løsning inn mot spisestuen, men beboere oppholder seg utelukkende der når måltider serveres, som om adgangen for dem skulle vært sterkt tidsbegrenset. Kanskje navnelappene med navn på hver beboer som markerer 'deres' plass rundt spisebordet bidrar til at spisestuen i praksis fremstår som delvis adgangsbegrenset. Opplagene på kjøleskapet forsterker den daglige kulturelle konstruksjonen av hva kjøkkenet skal være: et sted primært for personalet, et sted hvor disse arbeider, og et sted som styrker personalets rutiner og påvirker deres valg.

I enda større grad influerer selvsagt personalets rutiner de eldres valg. Olga kan velge mellom å ikke spise eller spise en eller to skiver. Hun kan også velge mellom hvitost, brunost og syltetøy, og med eller uten smør på skiven. Ser man på alle valgene som hun ikke får eller som bare kan realiseres med mye strev og pågåenhet, så er de mange flere, slike som det å kunne velge speilegg til frokost, kjøttpålegg, kaffe til kvelds, mye sukker i teen selv om personalet tenker at hun må ned i vekt, eller å kunne spise første måltid ut på formiddagen eller kvelds sent på kvelden. Kjøleskapet blir en del av en 'insisterende praksis' hvor makten er markant til stede, men diffus og vanskelig å gripe og enda verre å personifisere.

Med Michel Foucault kan man tenke på makten som muliggjør og begrenser personalets og beboernes valg i sykehjemmet som et kapillærnettverk som spres over hele sykehjemmet og som samtidig kommer til særegne uttrykk i ulike rom og i ulike detaljer. Selv om personalets arbeid utenfra sett kan virke strengt orkestrert og sterkt villet av noen med stor innflytelse og klare intensjoner, så lar disse personene seg vanskelig identifisere. Det er lett å peke på daglige praksiser som står i motstrid til den formelle ledelsen klare ønsker om hvordan sykehjemmet skal være. Da Solgløtt ble ombygget ble ikke bare beboernes 'private' rom større. Personalets 'vaktrom' ble også bare en skygge av hva det hadde vært, uten vinduer og med bare en brøkdel av tidligere areal. Sykehjemslederne var klare i sin intensjon bak det innskrenkede eksklusive territorium for personalet – personalet skulle være 'ute blant beboerne'. Summen av de daglige handlinger og individuelle intensjoner i sykehjemmet synes likevel å bli noe annet og mer enn noe som kan

reduseres til de enkelte aktørers intensjoner, enten det er snakk om ledelsens eller de enkelte ansattes intensjoner.

Selv om denne kompliserte dynamikken får sitt særegne uttrykk på et sykehjem, så vil det være i Foucaults ånd å tenke at makten er distribuert og 'hodeløs' i ethvert samfunn og i enhver sosial sammenheng. De amerikanske Foucaultkjennerne Hubert Dreyfus og Paul Rabinow uttrykker denne tanken hos Foucault slik: «How to talk about intentionality without a subject, a strategy without a strategist? The answer must lie in the practices themselves. For it is the practices, focused in technologies and *innumerable separate locations*, which literally embody what the analyst is seeking to understand (12, s.187, forfatters utheving). Postere, oppslag og huskelapper er med på å definere disse atskilte rommene ('separate locations') og blir på en måte en integrert del av rommene og deres design og interiør.

Også ved andre lokaliteter enn på kjøleskapsdøren og ved inngangsdørene til de enkelte avdelingene finnes lapper, postere og oppslag. Oppslagene inn til hver etasje, som hver har tre avdelinger, inneholder beskrivelser av aktiviteter slik som skosalg, kino, barnehagebesøk, danseoppvisning etc. i Festsalen. På en måte er disse oppslagene med på å definere inngangspartiet. Sammen med det videoovervåkede inngangspartiet til sykehjemmet som er lite og trangt relativt til størrelsen på institusjonsbygget som helhet, danner oppslagene en ramme rundt institusjonen som bidrar til å lukke institusjonen mot omgivelsene. For besøkende forteller de om sider ved institusjonens liv, langs den 'slusen' besøkende passerer gjennom på vei til de enkelte beboerrommene. At oppslagene ikke primært er beregnet på dem som bor på sykehjemmet, tyder både den litt for små skriften for de ofte litt svaksynte eldre, og den litt for høye plasseringen av tavlen på veggen i forhold til de mange rullestolsbrukerne, på.

At mange som kommer i kontakt med sykehjemmet sluses gjennom på en måte som i minimal grad bringer dem i kontakt med sykehjemmets indre liv, kan ses på som en type 'unngåelsesatferd' eller 'unngåelsesrituale' som bidrar til at mennesker i samfunnet rundt sykehjemmet vier det spesiell oppmerksomhet og at sykehjemmet fremstår i folks bevissthet med en grad av sakralitet som skiller det ad fra det dagligdagse og vanlige omgivelser og fra de fleste menneskers dagligliv. Denne sakraliteten kan ses på som både positiv og negativ. Den er positiv ved at stedets profesjonelle natur 'feires', som medisinsk institusjon underlagt norsk helselovgivning. Sakraliteten er også en negativ sakralitet, gjennom at stedet 'feires' gjennom arkitektoniske og interiørmessige finesser og gjennom dagliglivets mange ritualer, som et sted der mennesker settes til side i et samfunn der aktive og sunne år er normen, og der produktivitet forventes og loves.

På denne måten kan sykehjemmet anses som en form for *avviksheterotopi*. Sykehjemmet synes primært å være et *annet rom* i negativ forstand. Kanskje dette kan forklare de mange eksempler på fravær av utfoldelsesmuligheter for dem som bor der og tilstedeværelsen av de mange frihetsbegrensninger. Strukturell tvang og 'insisterende praksiser' hos personalet kan fremstå med største selvfølgelighet og som en naturlig og nærmest naturgitt del av sykehjemmets liv nettopp fordi sykehjemmet fremstår som en parentes i det større samfunnet. Sykehjemmet skiller seg fra de mange dagligdagse og profane steder i samfunnet, men ikke primært med positivt fortegn.

### Konkluderende tanker

Sykehjemmet synes å representere et viktig 'annet rom' i vårt norske samfunn, der begrepet avviksheterotopi kan berike vår forståelse av hvilken type sted som sykehjemmet er. Sykehjemmet i seg selv kan ses på som et heterotopt rom. Det er både et hjem og et 'hjem' hvor man både bor i hjemmet og på hjemmet. Dette viser seg blant annet i at det hjemmet som sykehjemmet representerer, er seksjonert på en helt spesiell måte som skiller seg fra boligblokker som det kunne være naturlig å sammenlikne med. Sykehjemmet, enten det har karakter av høyblokk eller lavblokk, seksjoneres ut fra hvilken type enheter som det er naturlig å 'bemanne', og ofte i forhold til tilskrevne identiteter hos dem som bor der, angitt gjennom begreper slik som 'demensavdeling', 'psykogeriatrisk avdeling', 'somatisk avdeling' og 'rehabiliteringsavdeling'. Samtidig synes ulike rom innad i sykehjemmet i seg selv å være heterotope steder. Kjøkkenet minner om et hjemlig kjøkken, men er primært et sted for ansatte. Dagligstuen, som riktignok er ufullkommen i forhold til å ligne oppholdsrom i vanlige norske hjem, er både et sted for dem som bor der og for ansattes arbeid, og av og til, et sted der familie og andre besøkende ikke er velkomne.

Hjemmets entré, som er så viktig i alle norske hjem og hvor kontroll, eierskap og eksklusivitet særlig uttrykkes, finnes i flere former i sykehjemmet (13). For det første har man entréen til hjemmet som helhet. Denne er et særlig sted for kontroll i sykehjemmet, gjennom plassering av ekspedisjon og ofte også av videokamera. For det andre finnes entréer inn til hver post eller avdeling. Og for det tredje finnes noen ganger, men ikke alltid, entréer inn til hvert beboerrom. I den grad dette siste finnes, så kan man noen ganger observere en viss grad av kontroll og eierskap fra dem som bor på rommet. Likevel, i alle de tre tilfellene er entréene primært steder for kontroll som utøves av dem som arbeider i sykehjemmet. Men selv ikke for personalet er kontrollen med entréene forbundet med hjemmets eksklusivitet. Tvert i mot, i stadig større grad synes eksklusive rom for personalet å



fortrenses i nyere sykehjemsbyggeri. Dessuten bidrar stadig mer detaljerte styrings- og rapporteringssystemer til at personalets arbeidstid i økende grad bindes opp i rutiner som de selv har liten innflytelse over (14,15). Dermed kan man også med en viss rett hevde at strukturell tvang er noe som selv ikke personalet i sykehjem unnslipper helt.

Mens offentlig oppmerksomhet rundt fysiske tvangsmidler har vært økende de senere år og bestrebelsen på å finne alternativer til dem har blitt stadig sterkere, synes ulike former for strukturell tvang gjennom daglige rutiner og vanehandlinger i sykehjemmets rom å unnslipe offentlighetens oppmerksomhet. Makt kommer annerledes til uttrykk i sykehjemmets heterotope rom enn i det meste av samfunnet ellers. Foucaults perspektiver på rom i moderne samfunn kan være nyttig å trekke inn for å forstå hvorfor dette skjer.

## Litteratur

1. Jacobsen FF, Mekki TE. Health and the changing welfare state in Norway. A focus on municipal health care for elderly sick. *Ageing International*, 2012; 37:125-142.
2. Foucault M. Andre rum. *Slagmark. Tidsskrift for idéhistorie*. Nr.27 1997/1998, s.87-96.
3. Durkheim E. *The elementary forms of religious life*. London: George Allen & Unwin; [1915] 1976.
4. Johansen, A. *Tid är makt. Tid är pengar*. Göteborg: Röda Bokförlaget; 1984
5. Hauge S. *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? Ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo; 2004.
6. Lundgren E. Homelike housing for the elderly people – materialized ideology. *Housing, Theory & Society* 2000, Vol.17, s.109-120.
7. Helsedirektoratet. *Kvalitetsforskriften*. Oslo: Helsedirektoratet; 2003. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
8. Jacobsen FF. De eldres integritet i en sykehjemskontekst. De eldres verdighet i en sykehjemskontekst. I: Husebø S, Holm M. (eds.): *Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom?* Bergen: Fagbokforlaget; 2014, s.363-372.
9. Engedal K. et al. *Makt og avmakt. Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i institusjoner og boliger for eldre*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens; 2002.
10. Jacobsen FF. Rom for omsorg, rom for makt. I: Gjengedal E, Schiøtz A, Blystad A. (red.): *Helse i tid og rom*. Oslo: Cappelen Akademisk; 2008a, s.149-164.
11. Martinsen K. Angår du meg? Etisk fordring og disiplinert godhet. I: Alvsvåg H, Forland O. (red.): *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribes Forlag; 2007, s.315 – 344.
12. Dreyfus HL, Rabinow P. *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago: University of Chicago Press; 1983.
13. Jacobsen FF. Intimitet, eksklusivitet og rytmer i norske hjem og sykehjem. I: Hauge S, Jacobsen FF. (eds.). *Hjem. Eldre og hjemlighet*. Oslo: Cappelen Akademisk; 2008b, s.87-99.

14. Jacobsen FF. *Cultural discontinuity as an organizational resource. Nursing in a Norwegian nursing home*. Bergen: NLA-Forlaget; 2005.
15. Jacobsen FF. Omsorgens kroppslige og arkitektoniske vilkår. Et fokus på kontinuitet framfor endring i omsorgsarbeid i norske sykehjem. *Michael* 2010; 7: 167-9.

*Frode F. Jacobsen*

*Professor*

*Senter for omsorgsforskning – Vest*

*Høgskolen i Bergen*

*ffj@hib.no*

*Tlf. +47 55 58 72 12*

# Pårørendeskole – Marte Meo Metode som magtteknologi

*Michael 2015; 12: 195–210.*

*Artiklen bygger på empirisk materiale fra et studie fra 2014 af pårørendes deltagelse i en pårørendeskole indenfor demensomsorgen. På kurset tilbydes Marte Meo metoden som redskab til pårørende for at forbedre kommunikation og samvær med familiemedlemmer med demens. Ægtefællerne fortalte, at de oplevede at skulle påtage sig større ansvar, end de allerede havde, og at de gjorde modstand mod undervisernes formidlingsmåde og fortolkning af Marte Meo, der blev italesat som foreskrivende for kommunikation- og samvær på ægtefællen med demens præmisser. For deltagerne betød det, at de måtte tilsidesætte et liv på egne præmisser.*

*Teoretisk er artiklen inspireret af Foucaults magttænkning om viden, ledelse og selvledelse. Artiklen argumenterer for, at der mellem undervisere og pårørende foregår et biopolitisk magtspil, med intentioner om at de pårørende tilføjer ressourcer ved at lære Marte Meo metoden, men at den får funktion af selvteknologiske redskaber i 'subjektiverings processer', hvor de pårørende ledes mod at tage øget ansvar for eget og ægtefællens liv og for hjemmehjælperes brug af Marte Meo metode og -sprog.*

## **Demens – familiens sygdom og ansvar**

Befolkningen i Danmark lever længere, og der bliver flere personer med demens. I Regeringens mål for fremtidens ældreomsorgen er visionen, at familien selv skal varetage omsorgsopgaver i familien (1). Det understreges, at hjælp kun gives, hvor det ikke er muligt for familien at bevare eller generhverve ressourcer gennem rehabilitering. Pårørende forventes at forbedre og opretholde egne ressourcer for at kunne tage ansvar for familiemedlemmer. Det vil sikre, at mennesker med demens kan forblive i vante omgivel-

ser, og derved får gode liv (2). Politisk italesættes demens således som familiens ansvar, og Ældresagen kalder demens en *'familiesygdom'*:

*«D. 21. SEPTEMBER 2013 – er det den årlige demens dag, også kaldt huskedagen. Eventen skal derudover også have stort fokus på det at være pårørende, da demens er en familiesygdom» (3).*

Ved at italesætte demens som familiesygdom, gøres familiemedlemmer hovedansvarlige for sygdom og omsorg. Af Socialstyrelsens håndbog (4) fremgår at: *«ægtefæller har en naturlig forventning om at passe på hinanden»*. Synspunktet kan føres tilbage til moderne statsræson, som Raffnsøe m.fl. (5, s. 308-310). Mener, stadig udgør statens syn på menneskeslægten. Ifølge denne statsræson er mennesket biologiske væsener, *«udstyret med en bestemt natur»* (5, s. 309), men de er tillige afhængige af samfundsmæssige vilkår for at opnå sundhed, som statens biopolitik søger at påvirke. Statens interesse og forpligtelse er at sikre en sund befolkning. Sundheden kan påvirkes ved forbedring af: levevilkår, livskvalitet og levealder. Staten har en omsorgsforpligtelse overfor befolkningen, men befolkningen er selv ansvarlige for at forme egne liv som sunde liv. Gennem biopolitiske teknikker er det muligt at påvirke menneskets natur i en *«ønskelig retning»* (5, s.310).

Såvel professionelle som pårørende mødes med krav om at ændre deres tilgang til mennesker med demens, og uanset om der er tale om professionelle eller familiemedlemmer, tillægges omsorgsgiveren samme ansvar. Socialstyrelsen (6) skriver:

*«I det øjeblik omsorgsgiveren/medarbejderen går ind og ændrer på sin tilgang og egen måde at gøre tingene på, kan der ske ændringer hos personen med demens. Ansvaret for kvaliteten af relationen til personen med demens ligger dermed hos omsorgsgiveren/medarbejderen»*

Flere af deltagerne på Pårørendeskolen talte sig ind i familiediskursen, de sagde: *«da vi fik diagnosen»*, de sagde ikke: *«da min mand/hustru fik diagnosen»*. Ægtefællerne betragtes som primære omsorgsgivere, og de taler sig selv ind i diskursen om at *«passe på og tage ansvar for»* deres ægtefælle med demens.

### **Hjælp-til- selvhjælps diskurs og offentlig økonomi**

Mennesker med demens får med tiden behov for offentlig omsorg, hvilket øger de offentlige udgifter. Regeringen i Danmark søger at mindske offentlige udgifter på ældre- og demensområdet (1). Derfor satses på tidlig indsats og rehabilitering af borgere, så de kan varetage familiens omsorgs- og plejebehov i længere tid. Ældre- og demensomsorgen bygger på en *hjælp-til-selvhjælps-diskurs* (7). Hjælp-til-selvhjælps programmer har et dobbelt sigte;

at tilføre familien ressourcer og at nedbringe offentlige udgifter på pleje- og omsorgsområdet. De rehabiliterende programmer skal gøre pårørende i stand til at varetage omsorg for familiemedlemmer med demens så længe som muligt. På denne måde kan den politiske vision opfyldes uden at belaste den offentlige økonomi yderligere.

Der er tale om betydelige økonomiske besparelser for staten, når pårørende påtager sig hovedparten af pleje- og omsorgsopgaver i hjemmet. Alzheimerforeningen (8) har beregnet værdien af:

*«den pleje som pårørende yder til demente, set fra et samfundsøkonomisk perspektiv. Som udgangspunkt har man set på, hvad det ville koste, hvis professionelt plejepersonale skulle bruge et tilsvarende antal timer dagligt – året rundt inklusive weekends og helligdage – på at varetage plejeopgaverne. Ved en gennemsnitlig timepris på godt 240 kr. og et gennemsnitligt tidsforbrug på 5,85 timer ville det koste godt 1.400 kr dagligt i 2010-kr. Det svarer til godt en halv million kr. årligt».*

En af tilbuddene til rehabilitering for pårørende til personer med demens er et tilbud om deltagelse i et pårørendeskoleforløb. I dette forløb anvendes Marte Meo metoden, der betyder *ved egen kraft* (9).

### **Marte Meo metoden**

Socialstyrelsen (10,11) har valgt Marte Meo som den metode, der skal anvendes, når professionelle og pårørende undervises med henblik på udviklingsstøttende relationer med mennesker med demens. I de senere år er medarbejdere i demensomsorgen blevet uddannet til Marte Meo terapeuter for at varetage undervisning og vejledning af ansatte på plejehjem, for at mindske magtanvendelser på plejehjem. Marte Meo metoden omtales som en metode til forandring af samvær- og kommunikation mellem professionelle og personer med demens (10). Da intentionen er, at pårørende i fremtiden skal varetage familieomsorgen i hjemmet, anbefaler Socialstyrelsen, at metoden anvendes på pårørendeskoler i demensomsorgen.

Marte Meo metoden er udviklet i 1970'erne af hollandske Maria Arts, og er en observations- og analyse metode af videooptagelser. Hensigten med analyse af videooptagelser forbedring af samspil mellem barn og forældre/pædagogisk personale for at fremme og stimulere udviklingsprocesser, og for at voksne kan lære at udnytte deres kapacitet bedst muligt (10 p42). Selv om Marte Meo metoden er et redskab til udvikling af samspil mellem voksne og børn, har professionelle siden slutningen af 1990'erne anvendt metoden på handicap- og på socialpsykiatriområdet. I de senere år har Marte Meo metoden også vundet indpas til undervisning af professionelle i demensomsorgen i Skandinavien (11). Formålet er at opnå et bedre samspil med mennesker, som lever med demens.

## Pårørendeskole på demensområdet

På den pårørendeskole, der er studeret i vores projekt, blev pårørende undervist med udgangspunkt i Marte Meo metoden, der blev anvendt til undervisning af ansatte på plejehjemmet, hvor kurset foregik. I pjecen om Pårørendeskolen blev Marte Meo italesat som en metode, der bygger på *«ved egen kraft- principper»*. Metoden angives at kunne: *«Anvise nye måder at kommunikere og være sammen på»*, så de pårørende bliver i stand til at: *«Lære personen med demens at kende på en ny måde»*.<sup>1</sup> Marte Meo metoden bidrager til at ruste familien, så de kan varetage omsorgsopgaver i hjemmet. Kurset kan tilføre ressourcer, så de pårørende oplever bedre at kunne mestre hverdagen.

Pårørendeskolens program skrives ind i hjælp- til- selvhjælps- diskursen, formålet er:

*«at give dig som pårørende viden om demens som sygdom samt ideer og redskaber til at håndtere de udfordringer i dagligdagen som kan følge med demenssygdommen» 2.*

Kurset var stort set opbygget på samme måde som kurser for plejehjemmets ansatte, men uden videooptagelser af konkrete situationer til brug i undervisningen. På Pårørendeskolen blev deltagerne præsenteret for Marte Meo metoden, og det var en forventning, at pårørende tilegnede sig dens redskaber til forbedring af kommunikations- og samværs teknikker. Disse teknikker skal gøre de pårørende i stand til *'ved- egen- kraft'* at skabe en velfungerende hverdag sammen med deres familiemedlem med demens (6,10). Forbedringen af kommunikation og samvær skal sikre, at mennesker med demens får gode liv. Kurset lever op til hjælp-til-selvhjælps diskursen, kurset tænkes at være medvirkende til at øge familiens samlede ressourcer, kurset medvirker til opfyldelse af en politisk vision om at skabe gode liv for mennesker med demens, og om at denne gruppe borgere skal forblive længst muligt i eget hjem.

## Metodologiske overvejelser og magtanalytik

Artiklen bygger på et forskningsprojekt<sup>3</sup> om hverdagslivet for ægtefæller til/ voksne børn af mennesker med demens og om deres deltagelse i to pårørendeskoleforløb. Kurset bestod af fem mødegange af 2,5 timers varighed. I denne artikel anvendes empiri i form af feltnoter fra observation af kursusforløb med ægtefæller (12).

1 Pjecen ligger på kommunens hjemmeside, i artiklen fremtræder kommunen anonymt.

2 Citeret fra s 2 fra Pjece om pårørendeskole X Kommune. Kommunens ansatte er lovet anonymitet.

3 Forskningen er udført af to forskere, to lektorer og to adjunkter fra forskning og Innovation, University College Sjælland. To professionelle fra kommunen har planlagt og undervist på Pårørendeskolen.

Observationsstudierne blev suppleret af tre eksplorative fokusgruppeinterviews med hver gruppe af pårørende: midtvejs, til slut og efter tre måneder (13). Underviserne blev interviewet efter første og efter andet undervisningsforløb. Formålet med det første interview var at få viden om undervisernes faglige- og pædagogiske forudsætninger og deres viden om deltagerens hverdagsliv. Det sidste interview satte fokus på undervisernes refleksioner over samspillet mellem dem selv og deltagerne. Både observationer og interviews var udforskende og open-ended, vi fokuserede på, hvad der foregik i situationen, dvs. underviseres formidling og deltageres respons (14). For at få mere viden om de pårørendes hverdagsliv udførte vi enkeltinterviews med de 29 deltagere før kursusstart.<sup>4</sup> Interviews tog afsæt i hverdagslivsteori og blev gennemført som åbne samtaler, hvor pårørende fortalte, hvordan hverdagslivet forløb, førend et familiemedlem fik en demenslidelse, hvordan de oplevede deres liv som pårørende aktuelt, og hvordan de tænkte sig fremtiden.

### *Analysestrategi*

Vi har analyseret induktivt, det empiriske materiale er læst igennem gentagne gange for at identificere mønstre i de pårørendes udtalelser om deltagelse på kurset. Herefter er udsagn i materialet kodet, og temaer er konstrueret. På baggrund af deltagerens udtalelser om oplevelser af undervisningsformen som magtfuldt (15), og at de gjorde modstand, drøfter denne artikel produktiv magt. For at belyse dette, blev Foucaults magttænkning inddraget som analyseramme, hyrdemagt, ledelse og subjektivering (16,17). Den valgte teoretiske vinkel med Foucault betyder, at situationer betragtes som magtspil mellem borgere og professionelle, og at Marte Meo metoden betragtes som et selvteknologisk redskab, hvorigennem de pårørende kan forme sig selv som ansvarlige, føjelige og nyttige subjekter (18).

### *Etiske overvejelser*

Forud for 'skolestart' underskrev deltagerne skriftligt informeret samtykke til observation og enkelt- og fokusgruppeinterviews. Datatilsynet har givet tilladelse til projektets gennemførelse<sup>5</sup>. Særlige kendetegn fra interviews og

4 Vi interviewede ligeledes 7 ægtepar med fokus på ægtefællen, som lever med demens. Dette materiale indgår ikke artiklen.

5 I Danmark kræves ikke, at kvalitative projektansøgninger godkendes i videnskabetisk komité system. Det omfatter kun registerdata, forsøg med biologisk materiale og medicin. Til gengæld gælder Persondataloven for alle forskningsprojekter, og der skal indhentes tilladelse før projektstart. Udvalget vedrørende videnskabelig uredelighed har ligeledes retningslinjer for god videnskabelig praksis, herunder forsknings etik.  
<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=828>  
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=123871>

kommunens navn udelades og informanter citeres anonymt. Der anvendes MP for mandlig pårørende, KP for kvindelig pårørende og U for undervisere. Da den gruppe mennesker, vi studerer, er i udsatte positioner, lægges vægt på, at etiske problemstillinger betragtes som noget, der viser sig i konteksten og derfor må vurderes ud fra den aktuelle situation (19). Ud over 'skrivebordsetiske' overvejelser pågår situerede etiske overvejelser, således at etikken kontinuerligt vurderes i forhold til, om observerede situationer og udtalelser kan indgå som empiri eller udelades, dvs. om forskningen foregår situationsetisk forsvarligt.

### *Hensigt og magttilgang i artiklen*

Hensigten med artiklen er at drøfte, hvordan undervisning på Pårørendeskolen bliver til et rum, hvor magt udspiller sig i forholdet mellem professionelle og pårørende til mennesker med demens. Magttemaerne underbygges gennem diskussioner med inddragelse af Foucaults tænkning, hvor magt ses som produktivt, og subjekter produceres på særlige måder. Befolkningens anses for en ressource, som staten er afhængig af, og subjekterne ledes til at udvikle sig i den retning, der matcher statens behov på det givne tidspunkt.

*«i 1600 tallet begyndte denne opfattelse at ændre sig. Befolkningen fremstod nu som en ressource ledelsen måtte anstrenge sig for aktivt at videreudvikle» (5 p308).*

Det er også i vor tid vigtigt for staten at sikre en sund og arbejdsduelig befolkning, hvor den menneskelige ressource fremtræder gavnlig for staten, og det overlades ikke kun til lægen og terapeuten at sikre befolkningens sundhedstilstand. Befolkningen ansvarliggøres selv for eget og familiens helbred (5). Staten kontrollerer befolkningens sundhedstilstand og udformer selv- til –selvhjælps- kurser med henblik på rehabilitering af borgere. På demensområdet har Socialstyrelsen udformet detaljerede mål og metoder, og professionelle uddannes til at føre disse ud i livet, og til at stå for undervisning. Det skal sikre, at borgerne tilegner sig metoder og teknikker der er skønnes for formålet. Der er tale om biopolitik og governmentality, hvor statslig styring af borgere sigter mod at bevare borgernes sundhed (5,17). Underviserne har som eksperter en særlig forpligtelse – dels som Socialstyrelsens, alias statens, repræsentanter, dels som Marte Meo terapeuter. Eksperten overvåger og leder implementeringen af den diskursive *rette viden og metode* i demensomsorgen.



*«Biopolitikken blev således til med afsæt i den nye ledelsesrationalitet, men begrænsede sig ikke til denne. Den fremdukkede biopolitik indforskrev det tidligere beskrevne disciplinkompleks således at man benyttede sig af disciplinen som et middel til at lede befolkningen, ikke alene på et overordnet plan, men også helt ned i detaljen» (5 p312).*

I biopolitikken indgår, ud over disciplinering, også pastoralmagt i form af sandhedsspil, der udspilles som tale i rummet og er immanent i de magtspil, der opstår mellem mennesker. Pastoralmagten fokuserer på viljen til at opnå detaljeret viden gennem bekendelse, og målet er at opnå fælles frelse. For at opnå frelse må hver enkelt bekende sine hemmelige og inderste tanker og følelser til mesteren. På denne måde opnår den enkelte viden om sig selv på samme tid, som mesteren får viden om den enkelte og om sig selv. Bekendelsen i dette sandhedsspil skal give den enkelte selvindsigt i eget imperfekte selv. Frelsen kommer, når deltagerne har internaliseret metode-teknikkerne, der fungerer som selvteknologier til formning af en ressourcestærk pårørende, der er nyttig for staten (5,18). Bekendelse – til undervisere og til sig selv – sikrer underviserne kontrol med processer og giver viden om, hver enkelt deltages forhold til Marte Meo metodens sprog og selvteknikker. I regi af Pårørendeskolen er underviseren mesteren, som kender vejen til frelse i det nutidige (16). Vejen til frelse går gennem Marte Meo metoden, som alle ledes til at følge og lade sig styre af. Først når disse metodeelementer er inkorporeret hos hver enkelt, kan frelse opnås for hele gruppen.

*«Til gengæld befinder dominansinstansen sig ikke hos den, der taler (thi det er ham, der er tvunget), men hos den, der lytter og tier; ikke hos den der er bekendt med svaret, men hos den, der spørger og formodes ikke at vide besked. Og denne sandhedstale virker faktisk ikke hos ham, der modtager den, men hos ham, den aftvinges» (16 p70).*

På skolen ledes deltageren til at bekende om tanker og følelser for mesteren, for de andre deltagere og for sig selv. Derved lærer han/hun sit inderste selv at kende.

### **Formning af føjelige og nyttige pårørendesubjekter**

Ægtefællerne er blevet lovet at få redskaber, hvilket de forventer at få, så de får plads til frirum og til at leve et socialt liv. Men med hjælp- til- selvhjælps diskursen, og metoden ved- egen- kraft, føler de imidlertid ikke, at de får tilført ressourcer. I stedet oplever de, at blive ladt i stikken i en hverdag, hvor de er på 24/7, og hvor mange ikke orker mere.

*«vi kunne få noget mere frirum, og så vi også kunne få det, jeg kalder, et værdigt liv, så man... det er jo ikke med, at man vil svigte sin ægtefælle, man har været gift med i rigtig mange år, det er jo slet ikke det, der jeg (...)men det kunne være fint, altså, før man selv kører ned med flaget» (Interview KP 2014).*

De raske ægtefæller er i forvejen føjelige og nærmest selvudslettende. Deres hverdagsliv eksisterer både indenfor og uden for diskursen, mens undervisningen kun i nogen udstrækning tænker deltagerens oplevelser ind i diskursen.

De pårørende forventes at inkorporere 'Marte Meo sprog', som underviserne allerede har gjort. Ved at reformulere de pårørendes udtalelser til termer fra Marte Meo, søger underviserne at styre deltagerens tale mod 'Marte Meo-sprog', som om det var deres eget sprog, men det virker modsat intentionen. Underviserne erkender ikke at have tilstrækkeligt viden om deltagerens liv, af samme grund er underviserne uforberedte på, at præsentationen af Marte Meo elementerne fremkalder stor modstand. En kvinde kalder metoden «klar-dig-selv» og udtrykker sin oplevelse på denne måde:

*» altså, det der Marte Meo – i min oversættelse, der betyder det (griner) 'klar dig selv', og det har jeg så fundet ud af, man skal virkelig tage sig sammen og lære nogle ting og ja, bruge sig selv til noget, man kan jo ikke læse alle de her problemer over på børnene og venner» (Fokusgruppeinterview, 2014).*

De fleste deltagere finder ikke, at Marte Meo er anvendeligt som redskab til at ruste dem til at magte den kompleksitet, et liv sammen med en ægtefælle med demens rummer. En video, der skal illustrere, hvordan de pårørende forventes at agere overfor ægtefællen med demens, provokerer deltagerne. De oplever, at talen om deres ægtefæller nedgør dem, og at de selv ikke tages alvorligt, og især kvinderne reagerer med vrede, latter, ironi og modløshed, alt sammen udtryk for modmagt (20 p9).

Underviserne ser sig selv som terapeuter, der både formidler Marte Meo metodens teknikker og søger én-til-én kontakt i undervisningsrummet:

*«jeg er også terapeut. Det er jo sådan, at Marte Meo-metoden, den sidder meget dybt.. når du lærer metoden, så lærer du rigtig meget om dig selv» (U, 2014).*

Når alle deltagere, undervisere og deltagere, tilegner sig Marte Meo elementerne og lader dem fungere som regler for tænkning, handling og kommunikation, kan fælles frelse opnås. Marte Meo metoden tildeles status som 'handle- og talesandhed', hvor metodens elementer fungerer som magtteknologi til at forme et positivt tænkende fremtidigt subjekt. At tænke på sig selv – på sin ensomhed og på egne problemer bliver nærmest 'syndige' tanker. De pårørendes egne behov må forsages og egne følelser tilsidesættes, de må

forandre sig selv, hvis de skal kunne anvende Marte Meo metoden som problemknuserredskab i hverdagen.

*» Det er mere den måde, du udøver din rolle som ægtefælle, der skal påvirke det her. Der skal de se sig selv helt anderledes. At skulle forandre sig til fordel for en anden, men det forandrer egentlig også dig selv» (Interview U, 2014).*

Selvdisciplineringen rækker ind i privatsfæren, hvor den pårørende får ansvar for, at kommunikation foregår på den andens præmisser. Med ansvar for kommunikation følger kravet om, at ægtefællen ikke alene skal ændre sin måde at kommunikere på – men også skal forandre måden at være ægtefælle på – at forandre sig selv forandrer begge.

### *Positiv tænkning som disciplinerende magt*

Marte Meo tænkes ind som en metode, der fremmer familiens samlede ressourcer. Metodens elementer omsættes i positiv tænkning (21), hvor ægtefællernes udtalelser og svar korrigeres til eksemplarisk tale i undervisningssituationen:

*«U: Er der nogen af dem du kan bruge?»*

*KP: Den med positiv guidning, den kan man bruge til hver en tid, også: 'du har spildt ned ad blusen makker, synes du ikke vi skal finde en anden?»*

*U retter den pårørendes udsagn: «nu går vi ind og finder en ren»*

*KP svarer: «så ligger de hulter til bulter i skabet» (Feltnoter, 2014)*

Under den sproglige rettelse ligger implicit en genopdragelse via adfærdregulering. Marte Meo får derved en moralsk funktion, der ikke gør det enklere for deltagerne at acceptere, at de skal gøre alt og leve på ægtefællens præmisser – det udløser modstand mod metoden:

*«umiddelbart vil jeg sige, at det der MM metode der: jeg kan godt forstå den sådan set, men har svært ved helt at acceptere den, den provokerer mig, er det rimeligt, at man altid skal lade tingene ske på den syges – eller den der er ramt af problemets – præmisser? Hvad med de præmisser, man selv har en gang i mellem, ikk? Det kan ind i mellem faktisk hidse mig op, hvis man kan sige det sådan. Det må jeg prøve at falde ned på, for jeg er jo omvendt godt klar på, at den bedste måde at gøre det på er selvfølgelig at være positiv, og så prøve at få tingene til at ske, og prøve at animere min kone til at klare sig bedst muligt, og få en forståelse for hendes side af, at hun stadig er med i nogle ting» (MP, Fokusgruppeinterview, 2014).*

De pårørende søger viden om deres eget selv og finder, at det forventes at de ser og omtaler alt gennem positive briller, at de må undertrykke og tilbageholde udtalelser, der viser, at de har problemer med at få plads til at leve et liv på deres egne præmisser.

Når de pårørende oplever, at det ikke er muligt at bruge de tilbudte redskaber, kan det få dem til at føle, at det er *'min egen skyld'* (21 p47). I kombination med positiv tænkning virker metodens elementer som selvdisciplinerende magt, der påbyder deltagerne at tale om positive oplevelser og problematiske tanker og følelser forbydes, hvorved deltagerne påføres skyld og dårlig samvittighed. De raske ægtefæller tilsidesætter i forvejen deres sociale liv, så italesættelsen af den pårørende som personen, der skal forandre sig, skubber til kursusdeltagernes frustration og vrede. En kvindelig pårørende siger:

*» jeg magter det ikke mere. Jeg kører træt. Jeg står for det hele. ... Alt. Min mand lavede også mad. Jeg sad jo og læste avisen, når han lavede mad. Han gik meget op i madlavning. ... Nu kan han ikke finde ud af, om der skal salt eller peber på. Så det er også mig, der køber ind. Det gjorde han også. ... Så det hele er med andre ord rykket over på mig, og det kører jeg ned på. Altså, jeg skal have en pause» (interview KP, 2014)*

De pårørende er ikke længere unge, og de ved ikke, hvor mange år de har at leve i. Derfor er deres liv sat på stand by, noget som for nuværende og i en ukendt tidsramme fremover er vanskeligt for dem at acceptere. Deltagerne omtaler undervisningen som overgribende, hvilket medvirker til at presset på dem øges, og ikke som de ønsker – letter deres byrde. De pårørende er følelsesmæssigt ude i tovene, og nogle udtrykker deres desperation på denne måde: *«jeg kunne slå ham ihjel»*, *«jeg kunne ønske han var død»* (Feltnoter, 2014), *«smid ham i havet»* (interview 2013). Med undervisernes henvisning til Marte Meo metoden legitimeres, at de pårørende kun må tænke positivt og udføre det, der virker. De må tillige være taknemmelige for, at deres ægtefælle med demens stadig kan gøre noget.

*«fokus på ressourcen og det, der virker. Og når man har fokus på det, der virker. eller det min mand kan, så giver det et større overskud, og man bliver lidt mere åben for muligheder – frem for at du hele tiden er pessimistisk og tænker på alt... hvis han dog bare ikke havde den sygdom, så havde mit liv været så meget nemmere. Så kunne vi have haft rejst og det ene og det andet. Hvis han dog bare kunne gøre sådan og sådan, så... hvis du vender den om og siger; «nå, men det er rigtig nok, han kan ikke længere tage bad, men han kan stadigvæk gå ud med skraldeposen». Altså få det vendt til at kigge på, hvad det er ægtefællen kan. Det der positive syn...» (Interview med underviser, 2014).*

Det positive syn på kommunikations- og adfærdsteknikker, som gennem undervisernes optik tillægges Marte Meo metoden, kommer fra positiv tænkning. Marte Meo elementer holdes frem som redskaber, der – anvendt helt konkret – sætter de pårørende i stand til at understøtte de ressourcer, deres ægtefælle med demens stadig har. Det på trods af, at Marte Meo metoden *ikke* er handleanvisende i sig selv, men er en observations- og

analysemetode af videomateriale, hvor konkrete samspilssituationer vurderes gennem metodens elementer og trin (11). Undervisningen fungerer gennem disciplinering, der virker ved at visse handlinger og udsagn markeres enten som forbudte eller tilladte. Ægtefællerne, på deres side, mærker det pres, den magt, de underlægges. Selv om undervisernes intentioner med at tage udgangspunkt i med Marte Meo metoden er at tale positivt og anerkendende, betragter de pårørende ikke alt det, der foregår på Pårørendeskolen, som positivt og anerkendende – tværtimod. I interviews fortæller ægtefællerne, at de svar, underviserne giver dem, nedgør deres ægtefæller, og at deres egne følelser negligeres. De pårørende efterspørger ikke Marte Meo metoden, den anvendes som en disciplinerende metode og derved pålægges de skyld og dårlig samvittighed. Dermed virker metodens elementer som magtteknologiske redskaber:

*KP: «Vi skal øve os i at sætte ord på og i tålmodighed».*

*U: «vil du fortælle om, hvordan det er hjemme hos jer?»*

*KP: Nej det vil jeg ikke, vi har meget forskellige situationer alle sammen her.*

*KP: «Nu må I ikke misforstå, men det er jo jeres arbejde, vi har hele 24 timer, man kører træt, til sidst er man lige ved at slå manden ihjel. Hvor lader vi op? Det bliver der ikke sagt noget om» (Feltnoter, 2014).*

Underviserne leder samtalen væk fra at tale om følelser, de kalder negative. Måden at udelukke og stemple følelser på, er med til at vise de pårørende, at i dette rum er sådanne følelser ikke tilladte. Disse udtalelser tavsliggøres og udskilles derved som ikke-tilladte, og følelser som ægtefællerne er fyldt af, tabuiseres. Denne mekanisme synliggøres med en video, der fremkalder 'forbudte' udtalelser hos kursusedtagerne, de mener, at der tales nedgørende om deres ægtefæller.

*«jeg synes det var væmmeligt. Det var nede på et plan, ja jeg betragtede det lidt som en børnehave.... Det er muligt, at det kan fungere her på et plejehjem, hvor folk er syge. De er virkelig syge, inden man kommer på et plejehjem, men derhjemme ... hvis jeg havde stået og sagt det til min mand, sådan: «Nu knapper du den knap (med ironi) «Aj, mand, hvor er du dygtig, og nu tager vi næste knap, ikk». Han vil da tro, jeg er fuldstændig rablende gal, fordi så syg er han jo altså heller ikke, han kan bare ikke huske, vel, men han kan altså godt huske at lukke sin frakke, hvis jeg siger det til ham. Jeg var ved at gå første gang, og så sagde jeg til mig selv: «nej, nu giver du det altså en chance»... Men bruge noget af det, det kan jeg ikke.» (Fokusgruppeinterview 2014)*

Underviserne har internaliseret Marte Meo teknikkerne og forventer, at de pårørende skal gøre det samme. Det er formålet med at deltage på Pårørendeskolen, hvilket gør skolen til et sted for disciplinering. Med Marte Meo ideologien tilbydes magtteknologiske redskaber til selvdannelse i det billede,

der tilbydes af den 'opofrende, omsorgsfulde og dybt ansvarlige ægtefælle'. Deltagerne forventes at subjektivere sig under den herskende diskurs om den nyttige og føjelige pårørende, der indordner sig hjælp-til-selvhjælps diskursen, hvilket tillige matcher statens økonomiske interesser. Det betyder, at de må lære at rette Marte Meo metoden mod dem selv, rose sig selv, som eksemplet herunder viser:

*«KP tager ordet og siger: «vi har alle en grænse, alle sammen. Jeg må tilgive mig selv ind i mellem».*

*U bryder ind og siger: «præcis !!! Vi må se på det gode og sige 'det her gik godt i dag'*

*KP siger: umm ... altså MM på mig selv».*

*U siger: Præcis!! Jeg ved godt, at der er lang vej at gå.*

*KP: Jeg kan blive ædt op af frustrationer!! (Feltnoter 2014).*

Hos de professionelle er ægtefællernes følelser og vrede tabuiseret, hvilket ses, idet den pårørende 'tales til tavshed'. Ved at opdrage på deltagerne skabes ikke et åbent rum til drøftelse af deltagernes følelser og problemer. Negative følelser og udtalelser bliver korrigeret på en sådan måde, at den pårørende ikke er i tvivl om, at en usynlig forbudsgrænse er overtrådt. Det giver anledning til kraftige modreaktioner fra de pårørende. Denne modmagts kraft vidner om, hvor stor en magt de oplever at være oppe imod (20 p9). Kun følelser der er positive og fremsiges på en kontrolleret måde tillades. En ægtefælle udtrykker følelser, som viser, at hun er drevet så langt ud, at hun næsten ikke magter at leve:

*«Altså, indimellem så tænker jeg, gid Fanden havde det hele, så ville jeg ønske, at det var mig, der var rigtig syg og snart skulle bort» (Interview med KP, 2014).*

Marte Meo elementer præsenteres som sande teknikker til at internalisere regler for adfærd, og dermed fungerer Marte Meo, som om der var tale om konkrete anvisninger på adfærd og kommunikation. På denne måde ophæves både teknikker og talemåde til lov, en lov som deltagerne 'straffes' for at forbyrde sig imod. Dagsordenen er skjult – men gældende, og den er styrende for selvdisciplineringen. Underviserne retviser og leder samtalen mod begrundelser og måder at løse et problem på, der ligger indenfor det tilladte. Uanset hvilken problematik de raske ægtefæller står i, ledes de til at agere ud fra foreviste metodiske selvedelsprincipper.

*«Altså, mit højeste ønske kunne jo faktisk virkelig være, at jeg kunne få introduceret metoden, så de kunne tage den til sig, så det rent faktisk er dem, der kan sige til hjemmepægen, «jeg ved altså noget om det' (...) men tænk engang, hvis jeg kunne fortælle dem om*

*metoden, (...) og det var dem, der sagde til hjælperen: «ved du hvad, hvis du gør sådan her til min mand, hvis du 'venter' lidt, hvis du lige 'bekræfter' ham, så bliver han en anden, så bliver han 'anerkendt', «, tænk hvis vi kunne gøre det.» (Interview U 2014).*

Undervisning af pårørende forløber parallelt med, at plejepersonale undervises. Når alle internaliserer metodens selvteknikker, opnår de viden om det samme, så ægtefæller og plejepersonale kan kommunikere i «*Marte Meo sprog*». Undervisningen skal ruste ægtefæller i relation til ægtefællen med demens og ruste dem sig selv, og motivere den pårørende til at tage ansvar for, at hjælperne taler Marte Meo sprog og anvender metodeelementerne.

### *Marte Meo metoden – i slipstrømmen af biopolitik*

Socialstyrelsen i Danmark vejleder kommuner i at tilbyde undervisning i Marte Meo Metoden, der således indsættes som den *rette metode* for både professionelle og pårørende i demensomsorgen, der frembringer gode liv for mennesker med demens. Underviserne accepterer den biopolitiske dagsorden, der anlægges som en hjælp-til-selvhjælps diskurs, og ved at indtage den tilbudte position bliver de talerør og formidlere af en sådan diskurs. Underviserne har underlagt sig (subjektiveret) den statslige omsorgsdiskurs, hvori de tilbydes en tale- og ledelsesposition, som de indtager, og dermed bekræftes de som legitime ledere i spillet om at forme pårørendesubjekter. Fra denne position ledes de pårørende til at bekende om deres inderste tanker og følelser, bekendelsen er et led i en hyrdemagt, hvor underviserne er hyrder, og de pårørende udgør flokken, de skal lede til frelse. De pårørende bekender for at få viden om dem selv, det er måden, hvorpå de ledes til selverkendelse, som er en nødvendighed for at acceptere, underlægge sig og inkorporere de tilbudte kommunikative praktikker, der har status af at være *'teknikker for den rette subjektivering'*. Fra positionen bidrager underviserne til, at pårørende inkorporerer Marte Meo som en praksis, hvorved privat-sfæren underlægges offentlig detailstyring af de pårørendes selvstyring.

Underviseren ser sig selv som mesteren, der leder den uvidende og syndige flok mod fælles frelse. Mesterens bruger deltagerens tillid til at fremkalde bekendelse. Frelsen tilbydes i form af Marte Meo metoden som et praktisk redskab, der italesættes som anvisende for kommunikation og samvær i familien. Positiv tænkning (21) anvendes til at formidle teknikkerne, dvs. som noget, der understøtter Marte Meo metodes elementer som *rette viden*, der antager form af at være sandheden om pårørendes rette styring af kommunikativ adfærd i samværet med familiemedlemmer med demens.

I undervisningsrummet tales på en måde, der sigter mod at deltagerne indoptager og anvender Marte Meo sprog: «*Vente og affasse tempo, som vi siger i MM sprog*» (Feltnoter Pårørendeskolen 2014). Pårørendeskolen til-

byder på denne måde et sprog og en måde, de pårørende må agere på. Gennem denne styring ledes pårørende til selvledelse og selvdisciplinering, subjekter der fremtræder som lydige, føjelige og nyttige subjekter for staten, ved at de pårørende ledes – dels til at leve og handle på ægtefællen med demens' præmisser – og dels til at tilsidesætte eget liv.

Når der lægges op til, at alle skal tænke positivt, sådan som der gøres på Pårørendeskolen, er der ikke tale om at bygge på videnskabelig viden eller bedste evidens, der er tale om populærvidenskab. Brinkmann (21 p47) fremhæver, at den ensidige fokusering i positiv tænkning på alt det positive, fører til at 'offeret' bebrejdes, og «folk føler skyld over ikke konstant at være lykkelige og succesfulde». Positiv tænkning er et redskab til at afværge en kritik, og selv om det betegnes som anerkendelse, er der stadig magtrelationer involveret. Selv om mennesker har behov for anerkendelse og medspil, har alle behov for modspil og retten til at tvivle og at rejse kritik (21).

## Afrunding

Artiklen er en kritisk drøftelse af at Pårørendeskolen fungerer som en platform for et magtspil i forhold til en gruppe borgere i udsatte positioner. Artiklen har valgt at have fokus på ægtefæller, den ene gruppe pårørende som deltog på kurset. Studiet af hverdagslivet viste, at ægtefællernes hverdag var præget af, at de var meget pressede, de følte sig alene, isolerede og ensomme og oplevede at deres liv var sat på 'stand by', fordi de havde ansvar for alt i hjemmet 24/7 med en ægtefælle med demens.

Fokusgruppeinterviewene viste, at alle fjorten ægtefæller var enige om, at de ikke fik de redskaber, de havde håbet på til at få rum til at skabe sig et frirum til at leve deres eget liv, mens tid var. En af ægtefællerne sagde: «jeg er ikke ung længere, jeg kan ikke holde ud at tænke på, hvis jeg skal leve sådan, indtil jeg dør» (interview med kvindelig ægtefælle 2014).

Hvis fokus i artiklen havde været gruppen af voksne børn fra forløb nr. to, ville den have vist et lidt andet billede. I denne gruppe oplevede halvdelen af deltagerne, at de med Marte Meo fik redskaber til: At sætte grænser overfor deres forældre med demens, at være tålmodige, at anvende kortere sætninger, og at afkorte besøg – uden at få dårlig samvittighed som de fik før kurset. De fortalte, at de havde større forståelse for forælderen, der ikke havde en demens. Den anden halvdel af de voksne børn følte som ægtefællegruppen, at de ikke havde fået redskaber ved at deltage på kurset. Fælles var også en oplevelse af stor frustration over at blive «pålagt» mere ansvar i familien.



## Litteratur

1. *Aftale om fremtidens hjemmehjælp*. København: Regeringen, mfl; 2014
2. <http://sm.dk/nyheder/2014/ny-aftale-sikrer-fremtidens-hjemmehjaelp>
3. *National handlingsplan for demensområdet*. København: Socialstyrelsen; 2014, (set 2015 april 26) Available from:
4. <http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/demens/national-handlingsplan-for-demensindsatsen>
5. Alzheimerforeningen. (set 2015 april 26) Available from:
6. <https://da-dk.facebook.com/events/201032183392346/?ref=22>
7. Demensguiden. (set 2015 april 26) Available from:
8. <http://www.socialstyrelsen.dk/demensguiden/forpaarorende/hverdagen-med-demens/rol-len-som-paroerende>
9. Raffnsøe S. Gudmand-Høyer M. & Thaning M. *Foucault*. København: Samfundslitteratur; 2008.
10. Socialstyrelsen. Marte Meo metoden i demensomsorgen. (set 2015 april 26) Available from: <http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/demens/tema-om-marte-meo>
11. Socialstyrelsen: *Hjælp til selvhjælp med en rehabiliterende indsats*. 2011. (set 2015 april 26) Available from: [https://www.google.dk/search?q=Hjælp+til+selvhjælp+med+en+rehabilerende+indsats&ie=utf-8&oe=utf-8&gws\\_rd=c](https://www.google.dk/search?q=Hjælp+til+selvhjælp+med+en+rehabilerende+indsats&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=c)
12. Jørgensen, K. Påørende yder 6 timers demensomsorg om dagen. Videncenter for demens. (set 2015 april 26) Available from:
13. <http://www.videnscenterfordemens.dk/forskning/forskningsnyheder/2012/01/paaroerende-yder-6-timers-demenspleje-om-dagen>
14. Aarts, M. *Marte Meo Grundbog*. Eindhoven: Aarts Productions; 2005.
15. Socialstyrelsen: *Udviklingsstøttende relationer*. 2010. (set 2015 april 26) Available from: <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/hjerneskaede/udgivelse/fokus/2010/nr.-4-tema-udredning-af-den-hjerneskaederamte-borger/marte-meo-metoden-2013-udviklingsstottende-relationer>
16. Jytte Birk Sørensen. *Marte Meo – en metode til observation og analyse af kontakt*. (set 2015 april 26) Available from: [www.dnmc.dk](http://www.dnmc.dk).
17. Spradley, J. *Participant observation*. London: Thomson learning, Academic Ressource Center; 1980.
18. Halkier, B. *Fokusgrupper*. Roskilde: Samfundslitteratur, Roskilde Universitetsforlag; 2003.
19. Spradley, J. *The ethnographic interview*. London: Sage publication/ Holt, Reinehart and Winston; 1979.
20. Foucault M. Interview with Foucault by Paul Rabinow 1982. I: Faubion JD. (ed.) *Power – Essential works of Foucault 1954–1984*. vol. 3, London: Allen Lane: Penguin Press; 2002.
21. Foucault, M., *Viljen til viden*. Frederiksberg: Det lille Forlag. 1994/1976.
22. Foucault, M. *Forelesninger om regering og styringskunst*. Oslo: Cappelens upopulære skrifter; 1954/2002-

23. Foucault, M. Technologies of the self. *Ethics -Essential works of Foucault 1954- 1984*. Vol.1, London: Allen Lane: Penguin Press;1994.
24. Øye, C., Sørensen, N. Ø., Glasdam, S., Qualitative research ethics on the spot: Not only on the desktop. *Nursing ethics*, 0969733014567023. First published on February 9; 2015.
25. Olesen SG. Forord i: Foucault, M, *Viljen til viden*. Frederiksberg: Det lille Forlag; 1994/1976.
26. Brinkmann, S, *Stå fast, Et opgør med tidens udviklingstvang*. København: Gyldendal; 2014.

*Nelli Øvre Sørensen,*

# Daglege rutinar i sjukeheim – hinder eller pragmatisk skjema?

*Michael 2015;12: 211–22.*

*Daglege rutinar i sjukeheim er omdiskutert. Er rutinane eit hinder for individet i sjukeheimen, eller kan dei representere eit gode? Artikkelen syner korleis rutinar i sjukeheim er pragmatiske med det at dei sikrar at arbeidet blir gjort og at bebuarane set pris på tryggleiken dei faste rammene gjev. Artikkelen byggjer på ein etnografisk studie i to sjukeheimar, og diskuterer rutinane si tyding i lys av makt. Innarbeidde rutinar vert belyst med omgrepet strukturmakt, der rutinane representerer forholdsvis faste relasjonar. I nokre tilfelle tek den enkelte pleiar initiativ til å endre rutinane, noko som vert belyst med omgrepet viljesmakt som er lokalisert hjå den enkelte aktør. Fleksibilitet i rutinane er likevel ei utfordring, og pleiarane kan erfare å hamne i ein skvis mellom kravet om standardisering versus kravet om individualisering.*

## Ulike syn på rutinar i sjukeheim

Artikkelen handlar om rutinane i sjukeheim og i kva grad desse kan opplevast som strukturmakt, samt i kva grad rutinane gjev rom for fleksibilitet for pleiarar og bebuarar i sjukeheim. Med problemstillinga «Daglege rutinar i sjukeheim – hinder eller pragmatisk skjema?», drøftar vi funn frå langvarig feltarbeid i sjukeheim i lys av omgrepet makt.

Eit samfunnsliv utan makt er utenkeleg i følgje Engelstad (1). Det fins makt i alle slags relasjonar og desse formar livet til kvar enkelt borgar. Alle vert stilt overfor maktforhold, fordi dei er underlagt normer og krav, påbod og forbod (1). Makt har fleire sider. Makt kan fascinere, men kan òg verke skremmande, fordi den kan opplevast som ein trussel mot enkeltmennesket sin autonomi og fridom. Dette gjer at makt vert tvetydig og vanskeleg å gripe. Å gjere makt forståeleg er difor ei viktig oppgåve for forskning og analysar om maktforhold.

Når vi snakkar om makt og samfunnsforhold, ligg det implisitt at vi oppfattar makt som noko relasjonelt (2). Makt er noko som angår og skjer innan forhold mellom menneske, til dømes i sjukeheimen. Makt og rutinar føreset at nokon forhold seg til andre og kan påverke deira situasjon eller handlingar. Makt kan òg handle om å makte, til dømes å makte å stå i pleierolla dagleg (3). Omsorg for dei svakaste i sjukeheimen handlar om å sørge for den andre utan å forvente noko tilbake (4). Pleiarane må evne å gje denne omsorga innanfor fastlagde strukturar av rutinar. Perspektivet for denne artikkelen er difor i hovudsak sett frå pleiarane sin ståstad. Pleia vert utført i relasjon til bebuarane, som difor vert nemnt for å syne eksempel undervegs.

Rutinar i sjukeheim er eit omdiskutert tema både i forskinga og i samfunnet elles. Kritikken mot rutinane ligg i at dei kan vere for stringente, slik at bebuarane vert makteslause og ikkje står fritt til å leve livet slik dei ynskjer. Rutinane er difor gjenstand for diskusjon, og har ofte fått krass kritikk, både gjennom samfunnsdebatten, men òg gjennom forskning. Fleire studiar har synt betydninga av rutinar i sjukeheim (5-9). Nokre studiar har synt at rutinar i sjukeheim har forrang framfor bebuarane sine individuelle behov (6). Bradshaw og medarbeidarar (10) syner korleis negative aspekt ved livet i sjukeheim har fått fokus i forskinga, med beskrivingar av eit sterilt liv med manglande meningsfulle erfaringar. Som døme nemner dei at nokre heller vil døye enn å flytte på sjukeheim, mangel på privatliv og verdigheit, stringente rutinar og ei kjensle av tomrom og tap av kontroll for bebuarane (10). Uheldige konsekvensar kan vere at rutinane dominerer praksis og reduserer bebuarane sine høve til innverknad, og dei kan oppleve maktløyse (11).

Hauge (12) sin studie av sjukeheimen som heim skildrar korleis fellesskapet i sjukeheimen i hovudsak er styrt av pleiarane. Hauge drøftar korleis dei bebuarane som ynskjer tid for seg sjølv, må kjempe for retten til å bryte sterkt rutineprega forventningar om at bebuarane skal vere saman på daglegstova (12). Harnett (9) har synt at bebuarane sine moglegheiter for medverknad er avhengige av personalet sine rutinar, om det 'matchar' eller forstyrrar rutinane. Jacobsen syner at det var liten tid til overs, og at pleiarane berre rakk det mest nødvendige stellet (13). Dette gjev grunn for å tru at det kan vere ein del uheldige konsekvensar av rutinane i sjukeheimen, som avgrensar bebuarane sin innverknad.

På den andre sida har forskning synt at rutinar kan bidra til å skape meningsfulle, trygge rammer og struktur for bebuarane (5, 7, 8). Zisberg og medarbeidarar (8) syner korleis bebuarane opplevde at rutinane bidrog til ei kjensle av velvære. Liukkonen (7) peikar på at bebuarane i sjukeheim

trivst med «husreglane», og at dei til dømes likar å stå opp og bli kledd før frukost, og påpeikar det dersom det blir endringar i rutinane.

Norske studiar av pleiekultur i sjukehus syner korleis ernæring, søvn og stell er grunnleggande strukturerande element som arbeidet vert organisert rundt (14, 15). Dette gjev avdelinga eit syklisk preg og er organisert etter eit fast mønster (14). Olsvold (15) beskriv eit liknande mønster, i det at kollektivet har verdiar om at alle passar på og har ei viss oversikt over pasientane. Felles ansvar står sterkt, og over tid har det vorte nedfelt ei praktisk og sosial organisering av arbeidet. På postar med mykje pleie er ein slik pleiekultur ofte velutvikla i følgje Olsvold (15).

Rytterström (5) gjer greie for rutinane si betydning for pleiearbeidet i sjukeheim, og tek utgangspunkt i at rutinane er eit viktig symbol for pleiekulturen. Rutinane vart beskrivne som pragmatiske og meningsfulle, men samstundes til hinder for god pleie. Dei meningsfulle rutinane bidrog til god pleie i dei tilfelle den enkelte pleiar sine vurderingar harmonerte med pleiekulturen sitt *ethos* (særpreg). Det fans likevel ein risiko for at rutinar vart til hinder for god pleie om rutinane vart forståtte som gjentakande handlingar utan rom for tilpassing til bebuaren sine behov (5). I ein studie blant sjukepleiestudentar i sjukeheim syner Skaalvik (16) korleis eit læringsmiljø med fagleg og kritisk refleksjon var vesentleg for læreprosessen, dersom den ikkje skulle resultere i passiv tilpassing til etablerte rutinar i omsorga for eldre.

Gjennomgåande syner litteraturen ei kritisk haldning til rutinane, fordi dei kan vere til hinder for god pleie og bidra til manglande medverknad. Nokre studiar gjev likevel indikasjonar på at rutinane kan fungere som eit gode, noko vi ser vidare på i denne artikkelen som syner korleis rutinane kan representere ei form for positiv makt. Rutinane bidreg til at bebuarane i sjukeheim har tryggleik og faste rammer i høve til sine behov i kvardagen.

### **Daglege rutinar i sjukeheimen**

Dei daglege rutinane i sjukeheimen treng ei nærare avklaring. Pleiepraksisen og dagleglivet i sjukeheim er i stor grad bygd opp rundt daglege rutinar som personleg hygiene, måltid og aktivitetar. Etter morgonrapport startar pleiarane med morgonstellet. Morgonstellet går ut på å hjelpe bebuarane opp, følgje dei til toalettet, kroppsvask/dusj, påkledning, pusse tenner samt følgje dei til kjøkenet for frukost. Nokre bebuarar er fullstendig pleietrengande og får all pleie utført i senga, samt servert måltider der. Andre vel å ete frukost på senga, for å stå opp seinare. Frukosten vert vanlegvis servert mellom kl. 09.00 og kl. 10.00. Pleiarane serverer, legg til rette, og hjelper

dei som treng det med å ete. Vidare ryddar pleiarane opp etter måltidet, og følgjer bebruarane til romma sine, aktivitetsstova eller daglegstova.

På aktivitetsstova er det ulike tilbod for bebruarane, alt frå filmframsyning, song og musikk, til ulike former for handarbeid. Andre tilbod bebruarane har, er andakt, musikkstunder, utflukter, kafébesøk, basar og nokre gonger besøk frå barnehage- eller skulebarn.

Etter desse aktivitetane held pleiarane fram med å hjelpe resten av bebruarane med morgonstellet. Dei reier senger og ryddar rommet til den enkelte, og samstundes med dette får bebruarane servert drikke og frukt. Når morgonstellet er avslutta, tek personalet matpause. Denne er ofte delt i to, slik at halvparten av pleiarane har pause, medan den andre halvparten er i avdelinga med bebruarane.

Etter dette er det førebuing til middag. Pleiarane startar med å hjelpe bebruarane til toalettet, og følgjer dei deretter inn til middagsbordet. Sengeleggande bebruarar blir sett godt til rette før måltidet. Mellom kl. 12.30 og kl. 13.30 vert det servert middag. Bebruarane får tilrettelagt måltida etter behov, nokre et sjølv, andre treng litt hjelp, nokre treng å få mosa eller delt opp maten, medan andre treng hjelp til alt.

Etter middagen vert dei bebruarane som ynskjer å kvile følgt til rommet sitt. Etter vaktskifte vekkjer personalet bebruarane etter middagskvilen, og kaffi vert servert til bebruarane rundt kl. 15.30. Pleiarane set seg gjerne ned og drikk kaffi saman med bebruarane, om dei har høve til det. På denne tida er ofte pårørande på besøk, og desse kan drikke kaffi saman med sine.

Seinare blir det førebudd kveldsmat. Bebruarar som sit på rommet sitt blir tilbydd følgje til kjøkenet om dei ynskjer å ete der saman med andre bebruarar. Kveldsmaten blir servert rundt kl. 18.00. Etter kveldsmaten går nokre til rommet sitt, eller dei ser på fjernsyn utover kvelden. Etterkvart ynskjer nokre å legge seg, og pleiarane hjelper dei med kveldsstell, toalettbesøk, tannpuss med meir. Nokre har fjernsyn eller radio på rommet som står på ei stund, medan andre vil ha det roleg. Slik held det fram til stort sett alle bebruarane har lagt seg for natta, då nattevaktene kjem om lag kl. 21.30.

Slik går arbeidet i sjukeheimen sin gang frå dag til dag. Sjølv om dette er ei svært forenkla framstilling, syner den rytmen og strukturen på arbeidet.

### **Feltarbeid i to sjukeheimar**

Det empiriske materialet som ligg til grunn for denne artikkelen, er henta frå ein etnografisk studie på åtte månaders feltarbeid i to sjukeheimar (17). Feltarbeid bidreg til at ein får tileigna seg førstehands erfaringar. Konteksten for studien var to langtidsavdelingar i to sjukeheimar. Utvalet var dei tilsette

pleiarane i desse to langstidsavdelingane. Totalt 45 pleiarar ga informert samtykke til å delta i studien, 24 hjelpepleiarar og seks sjukepleiarar i sjukeheim 1, og 13 hjelpepleiarar og to sjukepleiarar i sjukeheim 2.<sup>1</sup>

Data vart skapt i møtet med informantane; ved hjelp av deltakande observasjon, intervju med nøkkelinformantar, samt dokumentanalyse. Vidare vart det utført intervju med til saman ti pleiarar (fire sjukepleiarar og seks hjelpepleiarar) i slutten av feltarbeida på dei to sjukeheimane. Dette var i hovudsak med pleiarar som hadde vorte nøkkelinformantar gjennom perioden med deltakande observasjon.

I etnografiske studiar er ikkje analysen ein separat del av forskingsprosessen, men ein kontinuerleg prosess som startar ved litteraturstudiet og held fram til arbeidet er endeleg avslutta (18, 19). Analyse inneber såleis ein runddans mellom teori, forskings spørsmål, metode og data medan ein driv feltarbeid (19). Åtte månader i feltet, med deltakande observasjon, intervju og dokumentstudiar resulterte i eit stort tekstmateriale som danna grunnlaget for vidare analysar.

I analysearbeidet søkte vi etter fellestrekk og særtrekk i materialet. Ein viktig føresetnad for å få gode analyser er at forskaren stiller analytiske spørsmål til teksten. Vi stilte til dømes spørsmål om kva som styrer handlingane til pleiarane. Materialet vart vidare koda og sortert utifrå meiningsberande einingar eller omgrep som sto fram i analysearbeidet (18), og vi kom slik fram til 'forplikande rutinar', eller 'når pleiarane endrar rutinane'. Forplikande rutinar har vi tidlegare drøfta og publisert med eit anna perspektiv (20). I denne artikkelen held vi 'forplikande rutinar' opp mot 'når pleiarane endrar rutinane' og set funna på spel med *makt* som analytisk grep. Vi har valt å sjå spesielt på omgrepa *strukturmakt* og *viljesmakt*, og syner korleis rutinane og endring av desse kan sjåast i lys av desse omgrepa.

### **Rutinar – hinder eller pragmatisk skjema?**

Eiga forskning i sjukeheimar syner at forplikting til både rutinane og bebuarane står sterkt i arbeidet (17). Dersom ein rutine vert forstått som ei gjentakande handling utan rom for tilpassing til bebuaren sine behov, er det likevel ein risiko for at rutinar vert til hinder for individuell pleie. Vidare syner funna at pleiarane sjølve i nokre tilfelle tek initiativ til å endre dei fastlagde rutinane, til dømes ved å flytte på middagsmåltidet eller setje i gang med aktivitetar for bebuarane.

---

1 Studien er innmeld og godkjend hjå NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste), prosjekt nr. 19614/2008.

### *Stellet og måltida styrer kvardagen*

Funna syner at pleiarane kjenner seg svært knytt til eit sett med rutinar, og at det er desse som i stor grad styrer arbeidet på sjukeheimen. Under det daglege arbeidet er det viktig for pleiarane å bli ferdig med morgonstellet av flest mogleg bebuarar før frukost. Etter frukost er målet vidare å bli ferdige med «stellet» som dei kallar det. Pleiarane spør ofte kvarandre «korleis ligg de an». Å ligge godt an er viktig for dei.

Ved spørsmål om kva som styrer arbeidet, var svara eintydige på at det er rutinane som styrer dagen i sjukeheimen. Pleiarane planlegg arbeidet rundt stellet og måltida. Når rutinane styrer arbeidet slik pleiarane i sjukeheimen erfarer, kan ein sjå at rutinane representerer ei form for makt som vert lokalisert til meir omfattande strukturar og varige system. Vi kan seie at vi har å gjere med ei form for strukturmakt, som er relativt faste relasjonar eller forhold mellom einingar (21). Dei same pleiarane hjelper dei same bebuarane med ulike aktivitetar i dagleglivet kvar dag. Strukturane kan ikkje oppretthaldast utan individ eller grupper sine handlingar, i dette tilfellet pleiarar og bebuarar. Mathiesen definerer strukturmakt som sosiale strukturar sin tendens til å påverke og forme menneskeleg handling (21). Dei fastlagde rutinane i sjukeheimen kan slik sett fungere som forholdsvis faste relasjonar som påverkar både pleiarane og bebuarane sine handlingar. Ei slik strukturmakt i sjukeheim har fungert stabilt over tid, noko som er ein føresetnad for at makt skal kunne beskrivast innanfor nokre strukturelle rammor (21).

Pleiarane opplever ei sterk forplikting til desse rutinane. Forpliktinga handlar òg om ansvaret pleiarane kjenner ovanfor bebuarane, og for at dei skal få sine grunnleggande behov dekkja dagleg. Kva som er viktig for den enkelte kan variere. Pleiarane kjenner bebuarane godt og møter små detaljar hjå den enkelte (20). Det kan difor sjå ut som om dei individuelle behova hjå den enkelte også etterkvart blir ei rutine, slik at bebuaren får det slik han brukar, kvar dag. Desse funna er i tråd med tidlegare forskning som har synt at rutinar kan bidra til å skape meiningsfulle, trygge rammor og struktur for bebuarane samt skapar eit slags pragmatisk skjema for pleiarane, slik at ein sikrar at arbeidet blir gjort (5, 7, 8). Zisberg og medarbeidarar (8) syner korleis bebuarane opplevde at rutinane bidreg til ei kjensle av velvære. Liukkonen (7) syner med sin studie at bebuarane i sjukeheim trivst med «husreglane». Dei likar å stå opp og bli kledd før frukost, og påpeikar det dersom det blir endringar i rutinane. Dette betyr at rutinar kan opplevast som eit gode for bebuarane som likar tryggheta desse rammene gjev i kvardagen.



Erfaringane frå denne studien er difor at rutinane kan sjåast på reint pragmatisk, dei er praktisk nyttige fordi dei sikrar at arbeidet blir gjort. Det bidreg til positive konsekvensar med det at bebuarane får dekkja grunnleggande behov dagleg. Behov som til dømes personleg hygiene og tannpleie, påkledning, mat og drikke, aktivitetar, sårstell og medisinar. Grunnleggande behov blir kanskje vurdert som elementære og sjølvagte. Men når ein er vorten sterkt pleietrengande kan det grunnleggande ha stor betydning. Å utforske korleis pleiarane dekkjer grunnleggande behov for dei mest pleietrengande har vore viktig for oss, og tidlegare forskning av mellom anna Eika har vist at det er utfordrande å sikre kvaliteten på pleia for dei som av ulike grunnar ikkje klarar å seie i frå (22).

Vår erfaring frå både forskning og praksis er at pleiarane kjenner bebuarane godt og møter individuelle behov hjå den enkelte (20). Dette er i tråd med Martinsen si beskriving av den mest typiske forma for omsorg, den generaliserte gjensidigheita, der ein sørgjer for den andre utan å forvente noko tilbake (4). Rutinar er slik sett noko positivt, ikkje berre for bebuarar i sjukeheim, men også for folk flest i sitt kvardagsliv. Rutinar gjer at vi veit kva som skjer i kvardagslivet, og vi slepp å forhandle med oss sjølv eller andre om korleis vi ordnar oss med slikt som søvn, kvile, arbeid og måltid. Utfordringa kjem når pleiarane i sin kvardag på institusjonen møter ulike behov frå ulike bebuarar.

### *Rutinar kan endrast*

Rutinar er kan endrast, og funna syner at pleiarane i enkelte tilfelle sjølve tek initiativ til å endre på dei fastlagde rutinane. Særleg kunne dette gjelde dagar der dei «låg godt an», til dømes når sjukepleiestudentar var i avdelinga, og bidrog i det daglege arbeidet. Då opplevde pleiarane å ha betre tid, og byrja straks å diskutere kva dei skulle gjere når dei no låg så godt an. For eksempel valde pleiarane å flytte det planlagde grautmåltidet som skulle vere kl. 13.30 fram til kl. 13.00 ein laurdag, og fekk slik frigjort tid til å ta bebuarane ut på ein konsert som skulle vere i sentrum denne dagen.

Eit anna døme på endring av rutinar er det motsette av å ligge godt an, når tida ikkje strekk til og pleiarane nyttar lunsjpausa si til aktivitetar for bebuarane. Istadenfor å gå til sin planlagde lunsjpause kl. 11.30 samlast pleiarane med bebuarane på daglegstova, og ein sjukepleiar leia ei stund med aktivitet. Aktiviteten var til dømes song og bruk av ball, og pleiarane assisterte bebuarar som trong hjelp for å delta i aktiviteten. Dette tiltaket starta i ei periode då arbeidsstova var nedlagd grunna trong økonomi. For å gje bebuarane eit tilbod utførte pleiarane dette i lunsjpausa si kvar dag. Sjølv då arbeidsstova kom tilbake som eit tilbod, heldt pleiarane fram med

denne aktiviteten i lunsjen ein dag i veka, fordi det ga så stor glede for bebuarar og tilsette.

Når pleiarane endrar måltida og set i gang aktivitetar for bebuarane er det gode døme på det Mathiesen kallar viljesmakt (21). Makta vert her sett på som eit fenomen av vilje, som eit spørsmål om sjansen til å gjennomføre ein intensjon, til dømes å fremje ei interesse, trass eventuell motstand (21). Viljesmakt vert her definert som eit eller fleire menneske sitt høve til å få gjennom viljen sin i det sosiale samkvem. Og dette sjølv om andre deltakarar i kollektivet skulle vise seg å gjere motstand mot endringa. Det som blir sentralt i denne forståinga av makt er at makt er noko som fins lokalisert hjå konkrete aktørar (21). Initiativa kom frå enkelte pleiarar, som meistra i stå i det og få til desse endringane, trass i om andre pleiarar eventuelt gjorde motstand.

Vi har sett at pleiarane i enkelte tilfelle nyttar viljesmakt og er kreative i sin kvardag, dei endrar rutine og set i gang aktivitetar eller endrar tidspunktet for eit måltid. Eksempla vi her trekt fram gjeld oftast heile gruppa av bebuarar. Det viser altså at det i nokre høve er mogleg å endre rutine for heile gruppa av bebuarar.

Det vert meir utfordrande når den enkelte bebuar ynskjer å avvike frå dei standardiserte rutine. I og med det er få pleiarar på ei gruppe bebuarar kan slike endringar gå utover andre bebuarar sine behov, og gjere det praktisk vanskeleg å gjennomføre. Til dømes kan det verte ei utfordring å endre tida for å stå opp, dusje, gå ut på tur, måltid eller aktivitetar. Det er i slike situasjonar at den strukturmakta rutine representerer kan opplevast som eit hinder for den enkelte sin valfridom.

### **Standardisering versus individualisering?**

Forpliking til både rutine og bebuarane står sterkt i arbeidet til pleiarane. Den føregåande diskusjonen har synt at forplikinga kan fungere som eit gode for bebuarar som likar den tryggleiken dei faste rammene i dei faste rutine gjev.

Det at rutine er pragmatiske og at også det individuelle blir rutine, kan likevel i nokre tilfelle bli eit hinder i den enkelte sin situasjon på sjukeheimen. For kva om ein ynskjer å ombestemme seg og ikkje stå opp til den vanlege tida likevel? Eller kva om ein får besøk av ein pårørande og vil kose seg oppe ein kveld istadenfor å overhalde den «vanlege» rutinemessige leggetida kl. 21?

Tidlegare forskning syner at det å kunne ombestemme seg er ei relevant form for medverknad for bebuarar i sjukeheim (23). Å ombestemme seg i dette tilfellet vil truleg gje utfordringar til pleiarane som har innarbeidd

rutine at alle bebuarane er stelte for natta til nattevaktene kjem, fordi det er knappare ressursar på natta. Rutinane blir ei form for standardisering som i nokre situasjonar kan verte til hinder for individuelle valg. Det kan verte utfordrande å leggje til rette for at ein bebuarar kan ombestemme seg, for eksempel om ein ønskjer å endre tidspunkt for dusj/bad, måltid eller ein tur ut.

Med innføringa av kvalitetsforskrifta ynskte ein å standardisere grunnleggande behov og individuelle forskjellar (24). Forskrifta er tydeleg på at kommunen skal ha nedfelte skriftlege prosedyrar for å sikre at grunnleggande behov skal dekkast (24). Pleiarane er ikkje opptekne av forskrifta i arbeidet sitt, men handlar automatisk og utan at dei tenkjer over det (20). Dette er i tråd med det som er særlege for alle profesjonar, nemleg profesjonen si utøving av eit fagleg skjønn (25). I denne faglege pleie og omsorga ligg både helsefremming, førebygging av sjukdom, undervising og behandling. Det faglege skjønnet har sin plass i rommet mellom teorien og den praktiske mangfaldige og komplekse verkelegheita ein har i sjukeheimen (26). Det er i dette rommet pleiarane har høve til å ta avgjersler her og no, i tråd med den enkelte bebuar sine ynskjer.

Fokuset på den enkelte person og medverknad står sterkt i forskrifta (17, 24). Personsentrert praksis i geriatrik sjukepleie har fått auka merksemd dei seinare åra, og McCormack har utvikla ein modell for personsentrert praksis, i tillegg til å vise korleis denne kan implementerast i sjukeheimar (27, 28). Personsentrert praksis handlar om å behandle menneske som individ, med respekt for deira rettar som menneske. Vidare at ein byggjer på gjensidig tillit og forståing, samt utviklar terapeutiske relasjonar. Eigenskapane til den enkelte pleiar er sentrale, i tillegg til sjølv pleiemiljøet, med fokus på korleis pleia blir utført. Dette kan vere utfordrande å få til, og McCormack syner korleis pleiarar i sjukeheim, er ein kritisk faktor i utviklinga av personsentrerte forhold (28). Denne utfordringa er knytt til pleiarane si sterke forpliking til dei fastlagde rutinane (20), som kan gjere det vanskeleg å alltid ha individet i fokus. Pleiarane kan difor hamne i ein skvis mellom fagleg skjønn og kravet om å følgje dei standardiserte rutinane. Skal dei stelle alle bebuarane før nattevakta kjem, eller kan dei i tråd med viljesmakt og eige faglege skjønn la dei bebuarane det gjeld sitte oppe med gjestene sine til nattevaktene kjem. Det er ofte berre ei nattevakt i kvar avdeling, medan det på ettermiddag og kveld er fleire tilsette. Ei slik endring vil difor få konsekvensar for nattevakta sine prioriterte oppgåver og kunne gå utover andre bebuarar sine individuelle behov.

Ein ser at det her kan oppstå ei utfordring mellom ei standardisering av rutinane versus individuell tilrettelegging for den enkelte bebuar. På den

eine sida har ein strukturen med standardiserte rutinar som sikrar at arbeidet blir gjort. På den andre sida står dei sentrale verdiane om individet i fokus. Dei fastlagde rutinane representerer ei strukturmaktt med relativt faste forhold og det kan vere utfordrande for pleiarane å bryte desse rutinane for å møte den enkelte bebuar, dersom han eller ho til dømes ynskjer å ombestemme seg, og legge seg til ei anna tid enn det som har vorte «vanleg rutine» for denne bebuaren (21).

Når situasjonane er komplekse, samansette og usikre hevdar Alvsvåg (26) at det faglege skjønnet vert det rette å bruke. Det er da det faglege skjønnet er på sin plass. Kva standardane seier må tolkast i dei konkrete og praktiske situasjonane (26). I sjukeheimen arbeider sjukepleiarar mest sjølvstendig. Det er få profesjonelle andre å rådføre seg med, og bebuarar i sjukeheim har ofte mange sjukdommar og lidingar samstundes (26, 29). Difor blir det faglege skjønnet til sjukepleiaren utfordra. Sjølv om standardisering og rutinar kan vere nyttige og pragmatiske for å få arbeidet gjort, er det her sentralt med eit faglege skjønn hos den som tek avgjerla i den enkelte situasjon. I situasjonar når ein bebuar får kveldsbesøk og ynskjer å sitje lenger oppe, utfordrar det pleiarane, som veit at det er knappe ressursar på natta. Skal dei likevel ta sjansen på å la vedkomande sitte oppe med besøket sitt og rekne med at nattevakta klarar å handtere denne oppgåva i tillegg? Kva om det oppstår noko ekstra med ein av dei andre bebuarane? Det er her skjønnet kjem til sin rett, når det ikkje er opplagt korleis ein skal handle. Skjønnet må ha eit rom å røre seg i. «Vi har ein regel, men i dette tilfellet..», seier ein av sjukepleiarane Alvsvåg intervjuar (30). Det er akkurat det skjønnet handlar om, at ein i enkelte tilfelle skal kunne ha høve til å avvike frå reglane. Pleiarane i sjukeheimen står i denne komplekse verkelegheita dagleg, og balanserer i sin praksis mellom struktur og kreativitet – standardisering og individualisering. I særleg utfordrande situasjonar nyttar dei faglege skjønn for å ta val i kvardagen, noko som går på tvers av ramar, standardar og rutinar, men som gjev rom for individualisering og personsentrering.

## Litteratur

1. Engelstad F. *Hva er makt*. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
2. Engelstad F. *Om makt: teori og kritikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.
3. Juritzen TI, Heggen K. Produktive maktpraksiser i sykehjem. En Foucault –inspirert analyse av pleiefaglig handlekraft. *Tidsskr Velferdsfor* 2009;12(2):94–104.
4. Martinsen K. *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

5. Rytterström P, Unosson M, Arman M. The significance of routines in nursing practice. *J Clin Nurs* 2010; 20 (23–24), 3513–22.
6. Chuang YH, Abbey J. The culture of a taiwanese nursing home. *J Clin Nurs* 2009;18:1640–8.
7. Liukkonen A. Life in a nursing home for the frail elderly: daily routines. *Clin Nurs Res* 1995;4:358–72.
8. Zisberg A, Young HM, Schepp K, Zysberg L. A concept analysis of routine: relevance to nursing. *J Adv Nurs* 2006;52:442–53.
9. Harnett T. Seeking exemptions from nursing home routines: Residents' everyday influence attempts and institutional order. *J Aging Studies* 2010;24:292–301.
10. Bradshaw SA, Playford ED, Riazi A. Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age Ageing* 2012;41:429–40.
11. Murphy K. A Qualitative study explaining nurses' perceptions of quality care for older people in long-term care settings in Ireland. *J Clin Nurs* 2007;16:477–85.
12. Hauge S. *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? – ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2004.
13. Jacobsen FF. *Sykehjem. En studie av sosialt liv*. Bergen: Universitetet i Bergen, 1990.
14. Hamran T. *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal, 1991.
15. Olsvold N. *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2010.
16. Skaalvik MW. *Nursing homes as learning environments: A study of experiences and perceptions of nursing students and supervising nurses*. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2010.
17. Sandvoll AM. *Vi berre gjer det – beskrivingar av skjult pleiepraksis i sjukeheim*. Bergen: Universitetet i Bergen, 2013.
18. Hammersley M, Atkinson P. *Feltmetodikk. Grunlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
19. Wadel C. *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Seek AS, 1991.
20. Sandvoll AM, Kristoffersen K, Hauge S. New quality regulations versus established nursing home practice- a qualitative study. *BMC Nurs* 2012;11(7):14.
21. Mathiesen T. *Makt og medier. En innføring i mediesosiologi*. Oslo: Pax Forlag, 2010.
22. Eika K. *The difficult quality. Essays on human services with limited consumer sovereignty*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2006.
23. Slagsvold B. *Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. Oslo: Universitetet i Oslo, 1995.
24. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v., (2003).
25. Alvsvåg H, Førland O. Hva kan vi lære av nyutdannede sykepleieres tilbakemelding til utdanningen? I: Alvsvåg H, Førland O, red. *Engasjement og læring*. Oslo: Akribe, 2007. s. 65–79.
26. Alvsvåg H. Hva er det nye i samhandlingsreformen, og hvilke konsekvenser kan den få for helse- og omsorgstjenesten? Gammel vin på nye flasker. I: Alvsvåg H, Bergland Å,

- Førland O, red. *Nødvendige omveier En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70 årsdag*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2013.
27. McCormack B, McCrane TV. Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs* 2006;56(5):472–9.
  28. McCormack B, Dewing J, Breslin L, Coyne-Nevin A, Kennedy K, Manning M, et al. Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *Int J Older People Nurs* 2010;5(2):93–107.
  29. Dahl AA, Grov EK. *Komorbiditet i somatikk og psykiatri. Forståelse, betydning og konsekvenser*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2014.
  30. Alvsvåg H. Læring av sykepleie – gjennom personlige og profesjonelle erfaringer. I: Alvsvåg H, Førland O, red. *Engasjement og læring*. Oslo: Akribe, 2007. s. 205–31.

*Anne Marie Sandvoll*  
*PhD/Førsteamanuensis*  
*Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for Helsefag*  
*Postboks 523*  
*6803 Førde*  
*annemsa@hisf.no*

*Merete Dale*  
*Førstelektor*  
*Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for helsefag*  
*Postboks 523*  
*6803 Førde*  
*merete.dale@hisf.no*

Vi vil gjerne rette ei stor takk til Christine Øye, Herdis Alvsvåg og Ellen Karine Grov for konstruktive innspel til artikkelen.

# Dørmatten og ryddetrangen – tanker om det *sedvanliges* makt i omsorg på tvers av funksjonsmessige forskjeller

*Michael 2015;12: 223–36.*

*Noen ganger utøves helse- og omsorgstjenester overfor personer som på varige og vesentlige måter, for eksempel kognitivt og kommunikativt, fungerer annerledes enn samfunnsflertallet – og slik kan sies å stå i en form for funksjonsmessig mindretallsposisjon. I dette essayet kretser jeg om en tilsynelatende triviell, tilbakevendende hendelse i tjenestene til en slik person som her er gitt navnet «Anna». I lys av noen overordnede føringer for tjenestene og et knippe samfunnsfaglige begreper utforsker jeg den makten som det sedvanlige kan ha når representanter for et funksjonsmessig flertall gir tjenester til borgere som fungerer vesentlig forskjellig fra dem. Hva kan stå på spill? Hvilke utfordringer kan det skape for tjenesteutøvere som ønsker å ta egen maktutøvelse på alvor? Hvilke muligheter kan det åpne?*

## En diagnose

Blant beboerne i et bofellesskap har «Anna» væremåter i hverdagen som preges av det som Verdens Helseorganisasjon i sin diagnosemanual karakteriserer som «avvik i sosialt samspill og kommunikasjonsmønster», og «begrenset, stereotyp og repetitivt repertoar av interesser og aktiviteter» (1). Avvikene i samspill og kommunikasjon er så gjennomgående trekk i alle situasjoner, Annas interesser og aktiviteter så begrensede, stereotype og repetitive, at hun tidlig fikk diagnosen autisme, eller, mer eksakt: F84.0 Barneautisme. Hun har ikke talespråk, og kommuniserer gjennom uttrykk og handlinger.

Da den østerriksk-amerikanske barnepsykiateren Leo Kanner i 1943 lanserte begrepet «autistiske forstyrrelser» for å beskrive elleve barn som var blitt brakt til ham for undersøkelse, tolket han deres særpregete atferd som uttrykk for en psykisk skade, en forstyrrelse av affektiv tilknytning, og ble svært mistenksom overfor deres foreldres omsorgsevner (2). Tiden har vist

at han tok feil. Siden 1970-tallet har en lang rekke studier vist at autismespektertilstander er sterkt genetisk betinget (3). Og på bakgrunn av nyere studier der en har undersøkt hjernen til personer med autismespektertilstander med magnetresonanstomografi, vet en i dag at autisme er knyttet til klart påvisbare forskjeller i strukturer, funksjoner og forbindelser i hjernen. Sammenliknet med folk flest, finner en i denne gruppen en høyere grad av nevrologisk sammenkobling i noen deler av hjernen, lavere i andre (4). Det innebærer at autismespektertilstander verken er skader som kan leges, sykdommer en kan bli frisk fra eller funksjonsforskjeller som kan overkommes. De det gjelder kan til en viss grad bedre sine ferdigheter i det som kalles normale former for samspill og kommunikasjon. Intensiv trening i barneår kan bidra til at de lærer mer av det andre barn lærer, og når flere av de vanlige utviklingsmessige milepælene. I ungdomsår og som voksne kan de med en betydelig egeninnsats og rett hjelp lære å fremtre som noe mindre avvikende. Men helt grunnleggende nevrologiske strukturer og funksjoner kan verken behandles eller trenes bort. Disse må de, deres nærpå personer, og eventuelle tjenesteutøvere som tar del i deres dagligliv, leve med. Dette er bakteppet når vi nærmer oss fortellingen om Annas dørmatte.

### En dørmatte

Det er noe tjenesteutøverne tilknyttet bofellesskapet oppdager gradvis. Over tid vokser det frem en erkjennelse av at det *er* noe med dørmatten til Anna. Dørmatten blir et tema.

Til slutt blir temaet tatt opp på et fagmøte. I takt med at de begynner å snakke om det, viser det seg at de er mange som, uavhengig av hverandre, jevnlig, stadig i forbifarten legger Annas dørmatte tilbake på plass: Inntil dørstokken, og ikke på skeive halvveis ut på gulvet i gangen hennes.

Etter hvert som de snakker om det, forstår de at det må være Anna selv som jevnlig, stadig, noen ganger flere ganger om dagen, legger dørmatten tilbake der den lå: Litt på skeive, halvveis ut på gulvet i den smale gangen. Det må være henne, for det skjer når hun er alene i leiligheten, og ved flere av anledningene vet de med sikkerhet at det ikke har vært andre innom, verken ansatte eller andre beboere.

Når de får reflektert litt mer over dette pussige fenomenet, mener de også å forstå at Annas plassering av dørmatten er presist tilpasset måten hun stiger inn i leiligheten sin på. For Anna *går* ikke inn. Hun skrider inn, med et langt skritt over terskelen, slik at det første stedet hun setter foten ned nettopp er halvveis ut på gulvet, delvis vendt mot knaggen der hun skal henge opp jakken. Underveis i diskusjonen begynner de også å lure på om



det er riktig av dem å fortsette å rette på matten. Som tjenestebruker har jo Anna rettigheter, påpeker noen.

### Et rettighetsperspektiv

Om vi går til helse- og omsorgstjenesteloven, som hjemler tjenestene til Anna, er ett av lovens formål å sikre at alle borgere får mulighet til å leve og bo selvstendig (5). Det er ingen tvil om at Anna trenger bistand til det, og det å «leve og bo selvstendig» innebærer også å holde orden i egen leilighet. Det krever i sin tur rydding, en praksis som kjennetegnes av å flytte ting til deres rette plass, så vel som å fjerne ting som ligger steder der de ikke skal være. Slik kan det å sikre Annas mulighet til å leve og bo selvstendig også innebære å flytte på tingene hennes – som når tjenesteutøverne flytter dørmatten dit de tenker den må ligge for å være på plass. At brukere av helse- og omsorgstjenester så langt som mulig skal mobilisere egne ferdigheter og ressurser er alltid et mål, og i utforming av bistand i dagliglivet er det vanlig å skille mellom oppgaver som brukere kan gjøre på egenhånd, oppgaver som bør gjøres sammen med dem, og oppgaver som må gjøres av tjenesteutøvere på deres vegne (6). I dette tilfellet er det rimelig å tro at det å rette på Annas dørmatte har fremstått som en så ubetydelig del av å holde orden i leiligheten hennes, at det ikke har falt dem inn å definere det som en oppgave som hun burde involveres i, eller som en oppgave overhodet.

Men hvem skal bestemme hvor skapet skal stå og dørmatten ligge i Annas egen leilighet? I hennes hjem, som hun leier av kommunen? Annas tjenester reguleres av flere lovverk. For eksempel tilsier §3-1 i pasient- og brukerrettighetsloven at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med Anna, og at det skal legges stor vekt på hva hun mener (7). Hennes gjentatte flytting av dørmatten kan uten tvil tolkes som en meningsytring: «Jeg vil ha matten min *her!*». Ut fra det kan det tenkes at de ansatte heretter vil anse seg som forpliktet til å respektere det de nå forstår som hennes ønske. Det vil i så fall være i tråd med andre overordnede føringer. I samfunnsdialogen om fremtidens omsorg varsles det riktignok at det offentliges ansvar for helse og velferd må avgrenses skarper. For eksempel melder Melding til Stortinget 29 *Morgendagens omsorg* (2012–2013) at en i ennå større grad må utløse ressurser hos brukerne selv, deres familie og nettverk (8 s21). Samtidig fremheves det at en høy grad av brukerinnflytelse og kontroll over egen livssituasjon blir en forutsetning for å virkeliggjøre verdier som selvstendighet, verdighet og normalisering (8 s49). I sin tur kan det kreve at tjenesteutøvere har kompetanse på å kartlegge og forstå brukernes behov (8 s55).

I lys av idealet om at brukere skal ha høy grad av kontroll over egen livssituasjon, fremstår et ønske om å få ha dørmatten der en selv vil som rimelig. Men er det et offentlig ansvar? Ett sted må grensen uansett trekkes, mellom behov som må dekkes for at tjenester skal være forsvarlige, og ønsker som det offentlige ikke kan se seg i stand til å oppfylle. Faller Annas ønske i den siste kategorien? Å slå seg til ro med det kan være forhastet. For her dreier det seg ikke om at Anna søker bistand til noe som hun ønsker, men ikke kan realisere selv. I spørsmålet om hvor matten skal ligge er hennes ressurser allerede fullt utløst, og hun er fullkomment i stand til selv å plassere den der hun mener den hører hjemme. Hennes ønske kan snarere formuleres som at tjenesteutøverne ikke skal forstyrre en spesifikk orden som hun skaper i hjemmet sitt – en orden hun tydeligvis foretrekker, ettersom hun til stadighet gjenskaper den. En livssituasjon utspiller seg nødvendigvis i det daglige, knyttet til det vi selv opplever som viktig. Og selv om vi ikke forstår *hvorfor* det er viktig for Anna at dørmatten ligger nøyaktig slik, kan vi forstå *at* det er viktig for henne. Å sikre henne kontroll over denne delen av sin livssituasjon dreier seg dermed ikke om at tjenesteutøvere skal gjøre noe annet og mer, men om at de skal *fraholde* seg fra å gjøre noe de allerede gjør. Her kan vi også skjele til helse- og omsorgstjenestelovens §3-1, som sier at kommunen plikter å tilby *nødvendige* tjenester (5). Det er vanskelig å forstå at det skal være nødvendig å flytte på folks dørmatte mot deres vilje. Ikke minst er det krevende å forene med de mer intuitive forståelsene av ordet «tilbud», som antyder at et tilbud må kunne avslås for fortsatt å være et tilbud.

Samtidig skal helse- og omsorgstjenester ivareta også andre hensyn. Et annet av lovens formål er for eksempel å tilrettelegge for mestring av nedsatt funksjonsevne (5). Men hva betyr det i denne sammenhengen? Betyr det at Anna bør lære å ha dørmatten der folk flest ville hatt den? Det vil i så fall bryte med rådende forståelser av både mestring og likestilling.

### **Et mestrings- og likestillingsperspektiv**

Annas funksjonsnedsettelse, det som kalles autisme, er definert ut fra diagnostiske kriterier som vurderer grader av avvik fra det som oppfattes som normalt. I lys av hvordan folk flest samspiller og kommuniserer er hennes måter å samspille og kommunisere vurdert som avvikende. I lys av den bredden og variasjonen i interesser og aktiviteter som flertallet har, er hennes interesser og aktiviteter vurdert som begrensede og stereotype. Når det gjelder fysisk og psykisk sykdom, vil det å bli friskere innebære en reduksjon av symptomer. Det kan være besnærende å overføre den samme logikken til mestring av nedsatt funksjonsevne. I så fall ville Annas tjenesteutøvere

for eksempel kunne forstå sin oppgave som å bidra til at hun oppfører seg mer normalt, mindre «autistisk». Men å ta det for gitt vil være en misforståelse, for mestring dreier seg i hovedsak om personers egne opplevelser og følelser, ikke om hvordan andre eventuelt vurderer deres handlinger. For eksempel viser Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (9) til en definisjon som lyder: «*Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv*» (10 s61).

Om vi så går tilbake til dørmatten: når er det mest sannsynlig at Anna har mest opplevelse av å ha kontroll over eget liv – når dørmatten ligger der hun har plassert den, eller når tjenesteutøverne har flyttet på den? Hun har tydeligvis krefter til stadig å legge den tilbake der hun mener den skal ligge. Men er det en utfordring som hun skal trenge å møte i sin hverdag? Fra Annas ståsted er det rimelig å anta at utfordringen snarere kan formuleres som at tjenesteutøverne til stadighet forstyrrer en orden hun prøver å opprettholde i leiligheten, at hun til stadighet må rette opp noe de gjør og at dette gjør hennes hverdag mer besværlig.

Det går selvsagt noen grenser. Det kan tenkes at det finnes situasjoner der det vil være mest forsvarlig å tilrettelegge for at Anna skal endre atferd. For eksempel hvis tjenesteutøverne oppfatter at bestemte handlingsmønstre er blitt et problem for henne selv, krenker andres grenser og rettigheter, eller i stor grad bryter med etablerte samfunnsmessige fellesverdier. Et slikt behov for å gripe inn i pasienters og brukers selvbestemmelse gjenspeiles for eksempel i den adgangen til å bruke tvang som lovene om kommunale helse- omsorgstjenester, pasient- og brukerrettigheter, og psykisk helsevern åpner for: Noen ganger står det verdier på spill som må prioriteres høyere enn pasienters og brukers selvbestemmelse. Og enten det tjenesteutøvere gjør innebærer tvang eller ikke, kan det finnes situasjoner i Annas hverdag der det er bedre at hun følger deres anvisninger enn at de følger hennes – fordi det fører til at samfunnsmessige fellesverdier eller andre personers grenser og rettigheter blir bedre ivaretatt, eller fordi det gir det beste utfallet for Anna selv. Tjenesteutøvernes utfordring er at de ikke kan ta det for gitt. Hvis de skal kunne oppfylle hennes rettigheter, må de dermed skille mellom situasjoner der det er mest rett å tilrettelegge for at hun skal endre atferd, og tilfeller der det er mest rett å tilrettelegge for at de skal endre sin.

Videre vil det å ta for gitt at det er pasienter og brukere som skal tilpasse seg flertallets normer bryte med noen overordnede ambisjoner om å fremme likestilling på tvers av forskjeller knyttet til funksjon. Om vi går til diskriminerings- og tilgjengelighetsloven, er formålet «*å fremme likestilling uavhengig av funksjonsevne. Likestilling innebærer: a) likeverd, b) like muligheter*

og rettigheter, c) tilgjengelighet og d) tilrettelegging» (11, §1). Personer med nedsatt funksjonsevne skal dermed heller ikke behøve å kvalifisere seg for å stå likt med andre i samfunnet. Og helse- og omsorgstjenester, som nevnes spesielt, skal utformes på måter som gir dem like lett tilgang som andre har til tjenester av samme kvalitet som andre får (11, §16). Til sist skal loven bidra til å bygge ned samfunnsskapt funksjonshemmende barrierer (11, §1). Fordi den utgjør et forhold i omgivelsene som gjør Annas hverdag mer besværlig, kan tjenesteutøvernes ryddetrang kalles en funksjonshemmende barriere. Men om den skal bygges ned, må de klare å motvirke noe som for dem er en naturlig impuls. Uten å trekke eksempelet for langt, illustrerer det at dersom tjenesteutøvere skal kunne utøve helse- og omsorgstjenester som bidrar til likestilling, må de i noen tilfeller være i stand til å forholde seg på måter som står fjernt fra deres vanlige måter å forholde seg på. De må kunne respektere verdier de ikke selv deler og ivareta grenser som har liten støtte i deres egne erfaringer og dermed kan være vanskelig å få øye på. Kort sagt, de må også kunne tilpasse seg premisser og forestillinger som er svært ulike sine egne.

Men når det gjelder Anna, hvordan skal de få kunnskap om hva disse premissene og forestillingene er? Hvis de ikke kan ta for gitt at det som er selvsagt for dem også er selvsagt for henne, at hennes grenser går der hvor deres går – hvilke muligheter har de til å se verden med hennes øyne, forstå nok av det som hun forstår til å kunne ivareta det som er viktig for henne? Noe av det som kan bidra til det, er et skarpere blikk på den tendensen vi har, i kraft av å være mennesker, til å ta forhold for gitt uten annen grunn enn at det er slik vi selv erfarer dem. Det kan tenkes at tjenesteutøverne må begynne å sette ord på ting de ikke tidligere har behøvd å snakke om, diskutere forhold de i liten grad har diskutert før, trenge inn i «universet av det udiskuterte».

### **Universet av det udiskuterte**

Ett spørsmål begynner å bli påtrengende: Når Annas tjenesteutøvere har holdt på med denne stadige flyttingen av dørmatten som ingen har bedt dem om, som de har gjort av seg selv uten å reflektere over det, hvorfor har de det? Hvis vi hadde spurt dem, kan det tenkes at de ville ha svart noe slikt som: Fordi det så uryddig ut med matten på skeive halvveis ut på gulvet, fordi det så feil ut, fordi det utløste en trang hos dem til å rydde, rette og skape orden. Sannsynligvis gjorde de det også ut fra et ønske om at Annas leilighet skulle fremstå som velstelt, og kanskje reflektere positivt på henne.

Vi har ingen grunn til å betvile deres hensikter. Det vi vet er at de som gruppe, uavhengig av hverandre, nærmest systematisk har flyttet Annas

dørmatte fra en plassering til en annen, i en kollektiv gjenskaping av en orden som er like stereotyp som hennes. Men til forskjell fra hennes orden, som bare er hennes, gjenspeiler deres handlinger snarere en kollektiv forestilling om dørmatters rette plassering, om hvordan dørmatter må ligge for at slike rom som kalles «gang» ikke skal fremstå som uryddige. Og basert på at den ikke er diskutert underveis, og likevel har blitt oppfylt så presist og systematisk gjennom deres praksis, kan denne forestillingen forstås som mer kulturelt enn personlig betinget. Den kan forstås som en del av det kulturelle felleseie av forestillinger, vurderinger og praksiser som er så integrert at de i liten grad behøver å diskuteres, fordi de fremstår som selvsagte. Slik kan tjenesteutøvernes felles forestilling om dørmatters plassering sies å tilhøre det «universet av det udiskuterte» som den franske sosiologen Pierre Bourdieu kaller *doxa* (12 s164).

Doxa kjennetegnes av at kulturelt betingete måter å forstå og ordne noe opphøyes til udiskutable sannheter – ikke ved at de forsvares, men ved at de blir så selvsagte at det ikke stilles spørsmålstegn ved dem (12 s166). Når de også i stor grad overleveres taust, først og fremst gjennom handling, som tradisjoner som tier om at de er tradisjoner (12 s167), oppfattes de ikke lenger som en form blant andre former. Snarere oppfattes de som den eneste tenkelige formen, som gjør det mindre tenkelig at det kan finnes andre eller motsatte måter å forstå, ordne eller forholde seg til noe (12 s164). Slik kan vi forstå tjenesteutøvernes systematiske flytting av dørmatten som et utslag av en utfordret felles forestilling om dørmatters rette plassering, der enhver annen plassering vil fremstå som rotete eller feil og utløse en trang til å rydde, rette og skape orden.

Det er ikke dermed sagt at doxa er av det onde. Enten vi handler på egne vegne eller andres, er det våre forestillinger om verden og oss selv som gjør handling mulig. En hjelper som ikke våget å ta noen kollektive antakelser for god fisk, ville ikke ha vært i en posisjon til å hjelpe noen, men ville bokstavelig talt vært hjelpeløs. Et viktig hensyn i diskusjonen er dermed at doxa ikke er et skjellsord. Som begrep kan det gi oss viktige innsikter om sosiale mekanismer på godt og vondt. I helse- og omsorgstjenester kan det bli særlig relevant å ta høyde for fenomenet doxa i situasjoner der tjenesteutøvere står i fare for å trække over grenser fordi de ikke får øye på dem, der de kan komme til å belaste eller skade pasienter eller brukere bare ved å gjøre det som faller selvsagt og naturlig for dem, eller der manglende kunnskap om andres virkelighet kan gjøre den hjelpen de tilstreber å gi til noe annet enn hjelp.

Bourdieu selv diskuterer doxa i en kontekst som handler om at noen samfunnsklasser dominerer andre samfunnsklasser. Og ett av virkemidlene

han mener de dominerende klassene – bevisst eller ubevisst – bruker, er naturligjøringen av visse måter å forstå, måter å tenke som det er i deres interesse at flest mulig deler og tar for gitt. På sin side kan de dominerte klassene ha en interesse av å skyve tilbake grensene for doxa, av å avsløre det vilkårlige i det som tas for gitt. Men det krever at de har de materielle og symbolske midlene som behøves for å forkaste den definisjonen av virkeligheten som påføres dem (12 s169).

Selv om det ikke er deres hensikt, påfører tjenesteutøverne Anna en definisjon av virkeligheten som sier at dørmatter må ligge inntil dørstokken for å ligge på plass, og hun har begrenset mulighet til å gå i rette med deres definisjon. I den grad de skulle begynne å tenke at deres ryddetrang har noen følger i hennes liv som verken hun eller de – i brukerrettighetenes og mestringsens navn – ønsker, kan det tenkes at de får ambisjoner om å tøylen den. Kanskje begynner de å mistenke at det som har utspilt seg rundt maten bare er toppen av isfjellet, at de står i fare for å dominere Annas hverdag på måter de tenker blir feil og ikke trives med nå som de har begynt å få øye på dem. Kanskje forstår de at de vet lite om eventuelle andre måter de gjør hverdagen hennes mer besværlig, og at noe av problemet er deres egne ureflekterte antakelser. Hvordan kan de ta tak i egen ryddetrang, skyve tilbake grensene for doxa, avsløre det vilkårlige i det de hittil har tatt for gitt og i større grad klare å ta hensyn til Annas former for orden? Det vil neppe være mulig uten kritisk refleksjon over egne antakelser, basert på kunnskap som kan hjelpe dem å overskride sine vante perspektiver.

### **Kritisk refleksjon og kilder til kunnskap**

Kritisk refleksjon innebærer å vurdere om de sosiale og samfunnsmessige rammene vi tar for gitt kan fungere krenkende eller urettferdig overfor enkeltpersoner eller samfunnsgrupper. Men å overskride våre vante perspektiver kan kreve tilgang til andre synsvinkler enn våre egne. Når det gjelder helse- og omsorgstjenester kan for eksempel pasienters og brukeres fortellinger om deres opplevelse av våre og andres tjenesteutøveres handlinger være relevante kilder. «*Det umistelige synspunktet fra utsiden vil vi aldri klare å innta selv*», skriver psykiater Trond Aarre: «*Den som ikke systematisk sørger for å høre hva pasientene og andre tjenesteytere synes, vil derfor frarøve seg selv verdifull kunnskap*» (13 s123). Det dreier seg om å åpne seg for andre parter kunnskap om hvordan noe *også* kan erfares. Men slik kunnskap vil i seg selv være lite verdt om vi ikke også bruker den til å endre praksiser som fungerer krenkende eller urettferdig, slik at de kan fungere mindre krenkende eller urettferdig.

I den grad Annas tjenesteutøvere skulle ønske systematisk å sørge for å høre hva hun synes, møter de en utfordring: Hun har ikke talespråk. Det sier også noe om hvor asymmetrisk denne hjelperelasjonen er: Anna er langt på vei prisgitt deres grad av innsikt i hennes situasjon, deres evne til å oppfatte hennes uttrykk og handlinger og forstå hva hun vil og mener, og – ikke minst – deres kollektive vilje til å rette seg etter det de forstår. Og de samme forholdene som begrenser hennes mulighet til å formidle ønsker og behov, begrenser ikke bare muligheten til å argumentere for det som er viktig for henne, men også muligheten til å etterprøve og korrigere deres tolkninger. Hvem skal så oppfatte og forklare for dem at de ikke forstår når de ikke forstår? Når de tar noe for gitt og handler deretter? Igjen er dørmatten et eksempel: For det var først over tid at det vokste det frem en erkjennelse hos dem av at det *var* noe med dørmatten, at det ble et tema, at temaet ble tatt opp. Det var først i takt med at de begynte å snakke om det at de forsto at det måtte være hun som flyttet den. Om Anna i mellomtiden hadde gitt opp, resignert, til slutt bare latt den ligge der de la den, ville de aldri ha oppdaget det.

Hvordan kan så tjenesteutøverne få tilgang til hva som er viktig for Anna? Hennes ønsker og preferanser? Hennes vurderinger, inkludert det hun synes om det som de gjør? Svaret kan bli at de må på en systematisk måte observere Annas uttrykk og handlinger, se dem i sammenheng med den enkelte situasjon, og prøve å forstå hva i situasjonen de kan være innspill eller svar til. De må studere informasjon fra hver situasjon, sammenstille informasjon fra ulike situasjoner, og analysere den. I alle tilfeller må de tolke for å kunne gi mening til det de observerer. En del av grunnlaget deres for å tolke vil være fagkunnskap. Men fagkunnskap forvaltes nødvendigvis også innenfor rammen av eget liv, egne erfaringer og egen nevrologi. I det ligger at grunnlaget deres for å tolke kan være utilstrekkelig. Forskjellene mellom Anna og dem – helt ned til forskjeller i hjernestrukturer, funksjoner og forbindelser – kan være for store til at de kan stole på at deres egne erfaringer vil være tilstrekkelige som referanseramme. Så lenge så mye av vår kunnskap om verden og oss selv i verden skapes via sansene og formes av vår nevrologi, må vi også ta høyde for at mennesker med ulik nevrologi lever i noe ulike virkeligheter – selv om de menneskelige likhetene til enhver tid er større enn forskjellene. Det kan innebære at uansett hvor presist tjenesteutøverne kan beskrive hva Anna gjør, uansett hvor mye de vet om hva det ville betydd for dem selv å gjøre det, kan de ikke ta for gitt at det betyr det samme for henne eller fullt ut resonnerer seg frem til hva det betyr. De kan behøve å utvide tolkningsgrunnlaget sitt – supplere kunnskapen sin fra egne liv og

fag med andre kilder som kan hjelpe dem å forstå. En slik kilde kan være egne erfaringer og innspill fra andre personer med autismespekterdiagnoser.

### **Noen glimt fra en autistisk virkelighet**

Jim Sinclair, som har bachelorgrad i psykologi, mastergrad innen rehabilitering og selv har en diagnose innen autismespekteret, skriver i en artikkel fra 2010 at «*de siste 20 årene, i stor grad hjulpet frem av utviklingen av internett, har flere og flere autistiske personer tatt kontakt med hverandre og knyttet forbindelser, skapt sosiale fellesskap, og oppdaget våre egne former for autistisk fellesskap*» (14, min oversettelse). Fra disse nye fellesskapene har det sprunget et stort mangfold av betraktninger om egen situasjon, innspill til hvordan autisme også kan forstås, og beskrivelser av hvordan det er å leve i et samfunn som primært er befolket av, og dermed tilrettelagt for, et ikke-autistisk flertall. Slik har internett bidratt til at en stor gruppe mennesker har funnet en tydeligere stemme både for seg selv, hverandre og utad.

Når interesseorganisasjonen Autistic Self Advocacy Network (15) utformer en beskrivelse av autisme som på en side speiler de medisinske kriteriene, samtidig som autisme beskrives som en nevrologisk annerledeshet og ikke et avvik, kan det forstås som å ta i bruk materielle og symbolske midler til å forkaste en definisjon av virkeligheten som har vært påført dem. Når de skriver at autisme kjennetegnes av «*dypt fokusert tenkning og lidenskapelig interesse for spesifikke tema*», er dette ord med en annen valør enn «*begrenset, stereotyp og repetitivt repertoar av interesser og aktiviteter*». Når de skriver at «*personer på autismespekteret kan finne stor glede i å organisere og arrangere fysiske objekter*», kan det bidra til å gi mening til det som ellers, for oss som ikke er «*på autismespekteret*», kan fremstå som meningsløse aktiviteter. For også vi gjør mange ting som ikke har annen mening enn at vi finner glede i dem.

Et lite dykk inn i WrongPlanet.net, et diskusjonsforum for det Sinclair kaller «autistiske personer», bringer oss til en diskusjon om hvor kaotisk det kan oppleves å ha andre personer inne i leiligheten sin, og hvor forstyrrende det kan bli om de attpåtil begynner å flytte på ting (16). I en artikkel om tilrettelegging for ansatte med autismespektertilstander i arbeidslivet, foreslår forfatteren at det kan være like naturlig å la en ansatt få plassere et skilt med «*ikke flytt på tingene mine*» på skrivebordet sitt, som å godta at en annen kommer litt senere på jobb for å kunne levere barn i barnehagen først (17).

Indiske Tito Rajarshi Mukhopadhyay har samme diagnose som Anna og har heller ikke talespråk. Men i motsetning til henne kan han lese og skrive. Han skriver både poesi og prosa, og har utgitt flere bøker. I sine dikt



kan han beskrive sin sterke opplevelse av samhörighet med tingene rundt seg: hvordan han kan oppleve å smelte sammen med vinden, en regnsky, en stein, en penn på et bord, eller et tre (18, 19).

Om Annas tjenesteutøvere tar med seg disse glimtene fra en litt annen virkelighet tilbake til arbeidet med Anna, er det ikke utenkelig at de kan komme til å se seg rundt med litt nye øyne. De kan på dette tidspunkt ha falt ned på at de vil tilstrebe å la dørmatten bli liggende der Anna selv legger den. I så fall må samtlige ansatte som er innom hennes leilighet klare å fraholde seg fra flytte på den. Er dette et gjennomsnitt norsk bofellesskap, kan det bety at opptil tretti ansatte må informeres og overtales. Og så vil det vise seg om alle disse faktisk klarer å fraholde seg fra å handle på det som for mange av dem vil være en nærmest automatisert impuls.

La oss si at de klarer det. I så fall har vi en situasjon der matten blir liggende på en måte som noen av dem fortsatt kan se som uryddig og feil. Andre legger kanskje så sterkt vekt på Annas rettigheter og at denne pussige plasseringen tydeligvis er rett for henne, at de betrakter det hele med et mer undrende og åpent blikk. Og kanskje dette undrende og åpne blikket kan føre til at de får øye på andre ting som de ikke har tenkt over før. For eksempel kan det tenkes at de begynner å legge merke til hvordan andre ting er plassert i leiligheten – ting de før har oppfattet som tilfeldig plassert, men nå forstår at Anna plasserer på helt bestemte måter, i stadig skiftende mønstre av symmetri. Så kan de kanskje lettere forstå hvorfor hun kan bli så stresset når hun og de i fellesskap gjør rent i leiligheten hennes, av og til kan rive ting fra dem for å sette det på plass med millimeterpresisjon, og nesten alltid retter på det de har tørket støv av og satt på plass. Kanskje begynner de å se mer av den gleden Anna har av å organisere og arrangere tingene sine når hun ikke er stresset, og som dermed kan tyde på at det ikke dreier seg om tvangshandlinger. For tvangslidelse vil, som psykolog Jarle Eknes (20 s192) skriver, preges av at *«personen har problemer med å rekke eller prioritere ting han eller hun liker, og i stedet ser ut til å måtte utføre bestemte ritualer vi ikke har grunn til å tro at personen liker»*. Og det har de ingen grunn til å tro i dette tilfellet.

Etter hvert som de får flere erfaringer med Annas særegne former for orden, tilstrekkelig antall ganger har støtt på hennes pussige plasseringer og små stillebener rundt i leiligheten og sett noe av den omsorgen og fortroligheten hun viser tingene, kan det tenkes at noen begynner å reflektere over sitt eget forhold til plassering og symmetri. Over hvor selvsagt det er for dem at ting i et hjem skal ligge på spesifikke måter, uten at de helt kan si *hvorfor*. Noe av potensialet i å skyve tilbake grensene for doxa, ligger i det at det kun behøves ett tydelig alternativ for å bryte den forhekselse som det

selvsagte kan kaste over oss. I det øyeblikk det blir klart at det finnes andre eller motsatte måter å forstå, ordne eller forholde seg til noe, bringes det som før sa seg selv inn i universet av det diskutabile. Og når den dagen kommer at den første tjenesteutøveren står i sitt eget hjem og funderer over hvor opptatt hun alltid har vært av at dørmatten skulle ligge helt inntil dørstokken, men at det i grunn ikke ser så feil ut som det pleide å gjøre, da vil nok en grense være krysset. For i det øyeblikket vil det også være klart at hennes erfaringer med Anna har gitt henne et nytt perspektiv på noe som hun før tok for gitt. Hun vil ha tenkt noen tanker som når de først er tenkt, ikke kan gjøres utenkt.

Slik kan vi se likhetstrekk mellom Annas verden og det som den franske idehistorikeren Michel Foucault kaller «heterotopiske rom» – steder som står utenfor det vanlige og etablerte og kan fungere som utkikksposter og gi nye perspektiver på det som tas for gitt. Slike rom «*har den underlige egenskap at de kan stå i forbindelse med alle andre steder, men på en slik måte at de mistenkeliggjør, nøytraliserer eller snur om på det settet med relasjoner som de angir, speiler eller reflekterer*», skriver han (21, min oversettelse). Slik kan «steder for andre», slik som bofellesskapet Anna bor i, ikke bare fungere som steder der «andre» skal være eller gjøre noe, men også som steder der deres særlige perspektiv kan tilkjennes en særlig verdi – både i seg selv, og i kraft av å tilby de som tilhører det vanlige og etablerte en tilgang til hvordan de, deres liv og tause tradisjoner *også* kan oppfattes og forstås.

### Det *sedvanliges* makt

Når makt diskuteres, dreier det seg ofte om slike former for makt som innebærer at noen er i en posisjon til å presse andre til å gjøre noe, godta noe eller fraholde seg fra noe. En slik forståelse svarer til sosiologen Max Webers beskrivelse av makt som «*sannsynligheten for at en aktør i en sosial relasjon er i en posisjon til å gjennomføre sin vilje på tross av motstand*» (22, s53, min oversettelse). Dagens lovreguleringer av tvang og makt i tjenesteutøvelse bygger i stor grad nettopp på en slik forståelse av makt.

I dette essayet har jeg utforsket den makten tjenesteutøveres ureflekterte antakelser kan utgjøre i møte med pasienter og brukere som ikke er i en posisjon til å tilbakevise eller nyansere dem. Det jeg kaller det *sedvanliges* makt er nært knyttet til det Foucault kaller *diskursens orden*: Kulturelt og historisk betingete sett av begreper og forståelser som legger føringer for hvordan noe kan forstås og diskuteres, hva som regnes som meningsfullt og meningsløst, og hva som kan få status som «sant» (23).

Makten som ligger innebygd i de manges ureflekterte antakelser er mindre iøynefallende enn den som dreier seg om å gjennomføre sin vilje på

tross av motstand, og kan være tilsvarende mindre utsatt for innsyn og kontroll. Å regulere denne formen for makt i tjenestetilbud kan dermed bli mer avhengig av tjenesteutøvernes egen evne og vilje til refleksjon og selvjustis. Det åpner også for vilkårlighet. Kanskje har de liten interesse av slike «teoretiske» diskusjoner og synes det bare er å gjøre det enkle komplisert. Og det vil langt på vei være deres valg. Disse perspektivene kan sees bort fra, spørsmålene avvises, de overordnede ambisjonene reduseres til vyer som «alle» skjønner ikke kan realiseres. Døren til det heterotopiske kan lukkes, og alt som her står om en dørmatte kan forstås som å bare handle om en dørmatte – et problem av det mer trivielle slaget, noe som kan løses med et par vel plasserte spiker en dag Anna er ute, uten at det vil avstedkomme noen protester som vi trenger ta hensyn til. Det vil være vårt privilegium.

## Litteratur

1. Verdens Helseorganisasjon. F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. 10. revisjon 2015.
2. Kanner L. Autistic Disturbances of Affective Contact. *Nervous Child*. 1943; 2: 217-50.
3. Rutter M. Progress in Understanding Autism: 2007–2010. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2011; 41(4): 395-404.
4. Ecker C, Bookheimer SY, Murphy DGM. Neuroimaging in autism spectrum disorder: brain structure and function across the lifespan . *Lancet Neurology*; 2015. Published Online: 16 April 2015. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422%2815%2900050-2/fulltext?rss=yes> Lest 3. mai 2015.
5. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 24. juni 2011 nr. 30* (Helse- og omsorgstjenesteloven).
6. Owren T. Sosial helse og funksjon. I Owren T, Linde S, (red.) *Vernepleiefaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget; 2011, s. 108-30.
7. *Lov om pasient- og brukerrettigheter. 2. juli 1999 nr. 63*. (Pasient- og brukerrettighetsloven).
8. *Morgendagens omsorg*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Meld. St. 29 (2012–2013). Melding til Stortinget; 2012.
9. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. *Mestring*. [Internett]. Tilgjengelig på [http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/](http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/mestring/) Lest 3. mai 2015
10. Vifladdt EH, Hopen L. *Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom; 2004.
11. *Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne 21. juni 2013 nr. 61*. (Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven).
12. Bourdieu P. *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town: Cambridge University Press; 1977.
13. Aarre TF. *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget; 2010.

14. Sinclair J. Cultural Commentary: Being Autistic Together. *Disability Studies Quarterly*; 2010; 30(1). [Internett] Tilgjengelig på <http://dsq-sds.org/article/view/1075/1248> Lest 3. mai 2015.
15. Autistic Self Advocacy Network. *About Autism*. [Internett] Tilgjengelig fra <http://autistic-advocacy.org/about-autism/> Lest 3. mai 2015.
16. Wrong Planet. *Anyone else hate people in their space?* [Internett, publisert 10. november 2011] Tilgjengelig fra <http://www.wrongplanet.net/forums/viewtopic.php?t=179972> Lest 3. mai 2015.
17. Lewis G. *Business is still scared of autism*. CIPD; 2014. [Internett]. Tilgjengelig fra <http://www.cipd.co.uk/pm/peoplemanagement/b/weblog/archive/2014/11/20/business-is-still-scared-of-autism.aspx> Lest 3. mai 2015
18. Savarese RJ. More Than a Thing to Ignore: An Interview with Tito Rajarshi Mukhopadhyay. *Disability Studies Quarterly*, 2010; 30(1). [Internett] Tilgjengelig fra <http://www.dsq-sds.org/article/view/1056/1235> Lest 3. mai 2015.
19. Savarese RJ. Toward a Postcolonial Neurology: Autism, Tito Mukhopadhyay, and a New GeoPoetics of the Body. I Wappet M, Arndt K, (red.) *Foundations of Disability Studies*. New York: Palgrave Macmillan; 2013: pp.125-143.
20. Eknes J. Diagnostisering av tvangslidelse hos personer med utviklingshemning. I Eknes J, Bakken TL, Løkke JA, Mæhle I, (red.) *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Oslo: Universitetsforlaget; 2013, s. 182-96.
21. Foucault M. Of Other Spaces, Heterotopias. *Architecture, Mouvement, Continuité* 1984; 5, s. 46-9. Tilgjengelig fra: <http://foucault.info/documents/heterotopia/foucault.heterotopia.en.html> Lest 3. mai 2015.
22. Weber M. *Economy and Society. An Outline of Interpretive Sociology*. Volume One. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 1978.
23. Foucault M. *Diskursens orden*. Oslo: Spartacus Forlag; [1971] 1999.

*Thomas Owren*

*Høgskolelektor*

*Høgskolen i Bergen*

*tow@hib.no*

*Tel. + 47 46 66 41 30*

# Mikroaggresjon og ikke-undertrykkende praksis i demensomsorgen

*Michael 2015; 12: 237–51.*

*Demensomsorg er både hverdagsaktiviteter og ulike typer institusjonelle praksiser. I denne artikkelen diskuteres hvordan sosialteoretiske perspektiver på demensomsorgen kan avdekke mikroaggresjon og undertrykkende praksiser som kan ha alvorlige konsekvenser for dem som utsettes for det. Diskusjonen tar utgangspunkt i avvikssosiologien, Thomas M. Kitwoods beskrivelser av nedbrytende og styrkende samhandlingsformer, og Gerald Wing Sues beskrivelser av mikroaggresjon. To idealtypiske eksempler blir presentert og diskutert for å vise hvordan mikrotegn og samhandling kan virke undertrykkende eller frigjørende, avhengig av på hvilke måter personer med kognitiv svikt blir sosialt posisjonert, og hvilken konkret situasjon de deler med sine medmennesker. Diskusjonen viser at en forståelse av makt som hverdagspraksis og en stimulering av ansattes nysgjerrighet og kritiske bevissthet, åpner for flere former for styrkende og ikke-undertrykkende demensomsorg.*

## **Kognitiv svikt og sosial posisjonering**

Lang levetid medfører øket risiko for kognitive funksjonstap på individnivå, og er en helsepolitisk utfordring på samfunnsnivå. Demografiske framskrivninger av forekomst kan brukes ukritisk for å male fram en bekymring om at helse- og sosialfeltet ikke har kapasitet til å håndtere beregnede fremtidige hjelpebehov. I NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* kapittel 3.2 *De fem omsorgsmytene* advares det mot skremselspropaganda som omgir omsorgsfeltet generelt, og demensfeltet spesielt, og NOU-en tilbakeviser at vi står framfor en «eldrebølge» hvorav inntil en fjerdedel vil trenge sykehjemsplass. Selv om mytene avlives, er det behov for å forbedre tjenestene til dem som mottar dem i dag, og vi trenger flere måter å organisere tjenestetilbudet på – uavhengig av hvor mange som har eller får demenslignende sykdommer. Det er derfor interessant å se nærmere på hvordan demens blir konstruert

som sosialt fenomen, og hvordan personer med demenssymptomer blir sosialt posisjonert.

Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander i hjernen som kjennetegnes ved kognitive funksjonstap og reduserte evner til å mestre hverdagslivets ferdigheter. Det er en sammenheng mellom høy levealder og forekomst av symptomene. Forekomst av demens er sosialt skjevfordelt på samme vis som andre ikke-smittsomme sykdommer, og risikoen for å utvikle demenssykdom er høyere for dem med lavere sosioøkonomisk status (1). Mange personer med demenslignende symptomer vil komme fra deler av befolkningen som opplever at deres levesett er lavt sosialt verdsatt, og de kan ha flere sykdommer eller kjennetegn som også har lav prestisje (2, 3). Det er verd å merke seg at omlag halvparten av dem som får kognitiv svikt ikke har kjent degenerativ sykdom (4). Det betyr at katastrofe-scenariene som kobles til forkortet levetid og stort hjelpebehov ikke med nødvendighet gjelder for alle, kanskje bare for et mindretall, og at det kan bli sosialt skjevfordelt.

Det kan argumenteres for at alder er i ferd med å bli en politisk kategori (5), som brukes for mange formål: advare mot at det er for få hender i omsorgssektoren, advare pårørende om at de må ta vare på sine gamle selv, at de «*demente*» koster for mye, at helsebudsjettene ikke holder, at vi må sette sporingsteknologi under huden på de «*demente*» slik som på hunder osv. Denne retorikken viser ikke på noen måte hva det innebærer å oppleve kognitiv svikt, få en demensdiagnose, hvordan det er å leve med den for den det gjelder og de nærmeste, eller hvordan demenssykdommen arter seg for dem som møter hjemmeboende eller institusjonsboende personer med demens gjennom sitt arbeid. Og viktigst av alt – denne retorikken overser betydningen av hvordan personer med demenslignende symptomer blir sosialt posisjonert, og på hvilke måter strukturelle og sosiale betingelser bidrar til å gjøre personene mer eller mindre «*demente*». Ut fra hvordan personer med demens omtales og dels behandles – nærmest som en praktisk-økonomisk utfordring vi andre må gjøre noe med – vil det å bruke begreper og teorier fra funksjonshemmedeforskningen (disability studies) kunne bidra til å nyansere bildet av dem det gjelder, og ikke minst, la dem det gjelder få komme til orde (6, 7).

Demensplan 2015 (8) er en delplan til Omsorgsplan 2015, som er en oppfølging av Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Demensplan 2015 innledes med et sitat fra en mye brukt lærebok om aldring og hjernesykdommer:

«Det savnes andre boformer for *demente* pasienter. (...) Det vil si at man etablerer boenheter med plass til seks til åtte beboere, hvor det finnes tilbud til den *demente* pasienten om å delta i vanlige aktiviteter i dagliglivet. (...) Vi har erfaring fra både forsøksvirksomhet og praksis at det nytter å aktivisere *demente* pasienter. Stimulering gjennom hverdagens aktiviteter kan ha en meget positiv effekt på atferd, og det anbefales at alle institusjonsenheter som gir omsorg for *demente* pasienter, vektlegger et program som tar utgangspunkt i nettopp de aktiviteter som hverdagen byr på.» (10:140-141, kursiv er lagt til)

Omtalen av personer med kognitive funksjonsvansker som «*demente*» illustrerer hovedpoenget i denne artikkelen – at måten vi omtaler og konstruerer forestillinger om personer med kognitive funksjonsvansker er tett knyttet til hvordan vi organiserer offentlige tjenestetilbud, hvordan vi møter og samhandler med disse personene i hverdagslivet og i tjenesteutforming, og hvordan vi innskrenker eller legger til rette for deres sosiale deltakelse i samfunnet for øvrig. I NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* brukes begrepet «*de demente*» hyppig i kapitlene 6-9 hvor nye rom, ny teknologi, ny innsikt og nye næringer omtales, og både Demensplan 2015 og NOU 2011:11 skriver at personer *rammes* av demens. Denne språkbruken gir «*demens*» en masterstatus som kjennetegn og fortolkningsramme for alt det de angjeldende personer erfarer eller foretar seg. Forskere og aktivister innen funksjonshemmede-feltet argumenterer for at begrepsbruken «*rammet av*» viser til en underliggende forståelse av funksjonstap som skjebne eller katastrofe for personene selv og deres nærstående. Sabat og medarbeidere (2011), hvorav en forfatter med demenssykdom, påpeker at denne retorikken bidrar til konstruksjon av personer med demens som «*de andre*» i motsetning til «*oss*», og bidrar til stigmatisering, marginalisering og undertrykking på gruppenivå, og avskrivning av enkeltindividets handlingskompetanse (agency) (12). Slik språkbruk skjuler på hvilke måter strukturelle betingelser og sosial posisjonering hemmer personer med demens i sine livsprosjekter, og den leder oppmerksomheten bort fra alternative forståelser, levesett og livserfaringer.

### Sosialteoretiske perspektiver på demens

Funksjonshemmedeforskningen (disability research/studies) har framsatt mye kritikk mot medikalisering av funksjonsnedsettelse (13), mot medikalisering av alderdom (5), og mot en nær hegemoniske forståelsen av demens som et medisinsk fenomen (6, 14-18). Sosialpsykologene Kitwood (15) og Sabat & Harré (18) har bidratt mye til å endre forståelsen av hva en demenssyk-

dom er og kan være sett i lys av de strukturelle og sosiale betingelser personer med demens må leve sine hverdagsliv under, og hvordan dette påvirker deres personlighet. Deres teorier er inspirert av avvikssosiologien, mer bestemt Goffmans studier av stigmatisering (19) og Beckers studier av sosialt utenforskap (20). Hulko og Sabat (21) argumenterer for at dersom vi skal forstå hvordan det er å få demenssymptomer eller leve med en demensdiagnose i dag, må vi studere de sosiale posisjoner som blir gjort tilgjengelige (eller ikke) for de angjeldende personer, og studere hvordan kategorier som kjønn, alder, klasse, etnisitet, funksjon og religion osv. samspiller og medvirker til sosial posisjonering av personer med demens. Goffmans studier av mikrokommunikasjon i asylene viste tydelig hvordan bestemte strukturer og samhandlingsformer bidro til systematisk nedbryting av pasientene (22). Kitwood har ført denne forskningstradisjonen til demensfeltet.

*Tabell 1: Kitwood's Personal detractors and Positive person work (15:46-7). (Mine oversettelser, engelske begrep i parentes der det finnes flere norske alternativer.)*

Krenkende hendelser – nedbrytende samhandling	Positive hendelser – styrkende samhandling
Løftebrudd (treachery)	Anerkjennelse
Umyndiggjøring	Forhandling
Infantilisering	Samarbeid
Truing (intimidation)	Lek
Stempling	Sanselighet (Timalation )
Stigmatisering	Feiring
Holde for høyt tempo	Avslappethet
Ugyldiggjøring	Bekreftelser
Avvisning	Fysisk kontakt (holding)
Objektifisering	Stimulering (facilitation)
Ignorering	Samskaping
Tvang (imposition)	Gi
Tilbakeholding	
Beskylding	
Forstyrning	
Mobbing	
Nedvurdere (disparagement)	



Thomas M. Kitwood<sup>1</sup> bygget sin teori om personsentrert omsorg på studier av samhandling mellom personer med demens og deres pårørende og tjenesteytere (23). Med bakgrunn i sosialpsykologien og avvikkssosiologien beskrev han hva som kjennetegnet samhandlingsformer som devaluerer, bryter ned og krenker personens selvfølelse og selvforståelse, det han kalte «*Personal detractors, malignant social psychology*». Samhandlingsformer som er bekreftende og støttende kalte han «*Positive events, positive person work*» (15), se tabell 1.

Ifølge Kitwood vil de nedbrytende samhandlingsformene lede til en rekke negative følelser som å være forlatt, forfulgt, verdiløs eller ubrukelig. Disse følelsene kan videre utvikles til mer omfattende opplevelse av terror, sinne, kaos eller fortvilelse. Over tid vil personen med demens brenne ut, og kan ende i en mer eller mindre permanent situasjon av desperasjon, depresjon, vegetering eller apati. Nedbrytende samhandling er meget alvorlig for personene som utsettes for det. Kitwoods styrkende samhandlingsformer møter menneskers fem grunnleggende behov, i) tilhørighet, ii) trøst og støtte, iii) identitet, iv) aktivitet, og v) inkludering, som sammen viser til et generelt behov for kjærlighet. Kitwood har tegnet dette som en blomst, der de fem grunnleggende behovene utgjør kronbladene, og fruktemnet i midten av blomsten symboliserer behovet for kjærlighet, se figur 1. Samlet viser dette til menneskenes grunnleggende humanitet og sosialitet, og at det å være viktig for noen er styrkende for alle mennesker. Det er gjennom relasjoner vi blir oss selv, og utgjør hverandres betingelser.



Figur 1: Kitwood's five great needs (24:19). (Min figur.)

1 Thomas M. Kitwood 1937–1998

Sabat & Harré (18) og Kitwood (15) har hatt satt tydelige preg på den samfunnsvitenskapelige og filosofiske forståelsen av demens de siste 30 år. Sabat og medarbeidere (12) viser at fellesnevneren i deres bidrag har vært å vise betydningen av sosial posisjonering og anerkjennning/underkjenning av personen med demens som et semiotisk/kommuniserende subjekt. Om demens ses som en sosial konstruksjon, blir de strukturelle betingelsene for aktivitet og samhandling gjort relevante. Perspektivet blir da utvidet fra å rette oppmerksomheten mot de individualiserte ansattstyrte samhandlingsformene, til å se personene det gjelder som sosiale aktører under ulike strukturelle betingelser i demensomsorgen (16, 17).

### **Undertrykkende praksis og mikroagresjon**

Innen sosialt arbeid har idealet om ikke-undertrykkende praksis alltid vært sentralt. Selv om intensjonene er gode, kan velferdstjenestene dels bidra til å skape de problemene de forsøker å løse, og dels medvirke til stigmatisering, undertrykking og marginalisering. Stadig flere tar til orde for at idealet om ikke-undertrykkende praksis må introduseres til og anvendes på demensfeltet (16, 17). Ikke-undertrykkende praksis handler om å anerkjenne at alle subjekter er sosialt situerte, og at alle i utgangspunktet har kompetanse til å vise handlekraft (agency), dvs. handle på bakgrunn av kunnskap, tidligere erfaring eller forståelse av aktuell situasjon. På hvilke måter handlingskompetanse gjenkjennes, anerkjennes eller får respons er avhengig av situasjon, personer og tilgjengelige fortolkningsrammer (25).

Egenstyrte handlinger er å gjøre noe bestemt for å oppnå noe ønsket eller unngå noe uønsket, med de virkemidler man allerede har tilgjengelige eller som kan mobilisere i en bestemt situasjon. Forståelse av de strukturelle handlingsbetingelser blir da sentralt. Personer med demens bruker sitt handlingsrom på samme vis som andre personer ved å vurdere om noe kan være annerledes, hvilket handlingsrom den aktuelle situasjonen gir, og om det er noe de kan gjøre selv som påvirker situasjon i en mer ønsket retning. Personer som bor på en skjermet boenhet på en institusjon og personer som bor hjemme har ulike handlingsrom, skapt av mer enn symptomer og sykdomsutvikling. Hvorvidt de som samhandler med dem forstår det samme med deres atferd og kommunikasjon som de aktuelle personer intenderer, er ikke gitt. Kommunikasjon og handling kan derfor med fordel studeres som mikroatferd – som små tegn vi gir bevisst (senke blikket, rette ryggen, klær, hår), som tegn vi avgir og i liten grad kan manipulere (høyde, vekt, kjønn, funksjon), og hvordan vi fortolker og reagerer på disse tegnene.

Goffman (26) argumenterer for at det er denne mikrokommunikasjonen som bidrar til sosialt liv og lim, og at vi gjennom utveksling av små tegn

forhandler oss fram til en situasjonsdefinisjon, og finner ut om det er trygt å delta i den sosiale samhandlingen. Mikrokommunikasjon kan bidra til å støtte hverandres selvpresentasjon og situasjonsdefinisjon (styrkende samhandling), eller til å avvise eller underkjenne de samme (nedbrytende samhandling). Sosialpsykologen Sue har som Goffman og Kitwood latt seg inspirere av etologien, studier av dyrs atferd. Ved å studere atferd som i mindre grad baserer seg på verbalspråk, som blant dyr eller blant personer med mindre utviklet eller tapt verbalspråk, blir betydningen av de ikke-verbale tegnene enda tydeligere.

Sue (27) har utviklet innsikter fra etologien og avvikkssosiologien videre, og gitt oss gode begreper for å kunne beskrive de ekskluderende og undertrykkende dimensjonene i sosial samhandling. Sue bruker begrepet mikroaggresjon på ulike tegn og kommentarer som bidrar til diskriminering, utestenging og sosial ulikhet. Mikroaggresjon er de negative, fiendtlige eller nedsettende tegn og handlinger som retter seg mot en person basert på dennes medlemskap i en sosialt nedvurdert og marginalisert gruppe – som «*de demente*». Ofte vil slike tegn og handlinger ytterligere nedvurdere personlige eller gruppebaserte kjennetegn og erfaringer, og forsterke skillet mellom «*oss*» i den verdsette majoriteten og de marginaliserte «*andre*» (13).

Sue (27) hevder at de mest ødeleggende formene for mikroaggresjon kommer fra personer som selv oppfatter seg som tolerante og velmenende, og som selv ikke er klar over hvilke tegn de avgir og hvilken effekt det har på dem de samhandler med. Den kontekstfrie forståelsen av personsentrert omsorg som fokuserer mest på pleiernes tilnærming til de omsorgstrengende, risikerer å (re-)produsere samhandlingsformer som kan klassifiseres som mikroaggressive in henhold til Sue (27), eller nedbrytende i henhold til Kitwood (15).

Sue (27) deler mikroaggresjonen i tre ulike men beslektede former: i) mikroangrep, ii) mikrofornærmelse, og iii) mikrounderkjenninger. Mikroangrepene (i) er de konkrete verbale eller kroppslige tegn som ingen tviler på har til hensikt å skade eller såre den det rettes mot, som å dytte unna, presse vekk, eller komme med fiendtlige kommentarer. Mikroangrep kan beskrives konkret, slik at man (trolig) kan diskutere hva som skjedde med de involverte parter. Det Kitwood beskriver som tvang, straff, tilbakeholding og mobbing kan karakteriseres som mikroangrep.

Mikrofornærmelser (ii) er tegn og handlinger som ikke anerkjenner personen med demens som kompetent, som ute av stand til å utøve agens eller på annen måte å inngå i en meningsfull samhandlings situasjon. Kitwoods beskrivelse av infantilisering (si «lille venn» eller «de er så søte»),

umyndiggjøring, stigmatisering, stempling, nedvurdering og løftebrudd er alle eksempler på mikrofor nærmelser.

Mikrounderkjenninger (iii) er å ikke bekrefte og anerkjenne den andres opplevelse, kunnskap eller erfaring, og avvise denne med kommentarer som «du bare roter», «ta deg sammen», «slik er det ikke, vet du».

Kitwood peker på at det å ikke ta seg nok tid, å forsere samhandlingen framover eller tolke alle tegn og handlinger hos personen med demens som uttrykk for at de ikke kan kommunisere eller handle rasjonelt, er å underkjenne den andre som en person med samme grunnleggende verdi og humanitet som oss selv. Keller & Galgay peker på tendensen enkelte omsorgsgivere har til å styrke eget selvbilde som generøs og snill ved at de hjelper de trengende «andre» kan forstås som mikroagresjon. På samme vis kan det å hjelpe for mye, ta over oppgaver eller overdrive skryt være mikrounderkjenninger (28).

### **Sosialt situert praksis – mikroagresjon eller nysgjerrighet?**

Under presenteres kort to hverdagssituasjoner som danner grunnlag for den videre diskusjonen av mikroagresjon og nysgjerrighet. Forfatteren har hatt et flerårig (og pågående) samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse om undervisning og utvikling av læremateriell for fysisk aktivitet som forebygging og tiltak i dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, og et ditto samarbeid med Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester om fysisk aktivitet som forebygging og miljøtiltak i sykehjem. Gjennom dette arbeidet er mange sykehjem og dagaktivitetstilbud besøkt. Eksemplene er idealtyper, de er framkommet i sin nåværende form gjennom å skrive sammen mange nær like situasjoner som er observert, og ved å endre kontekstuelle detaljer. Eksemplene er kontrollert og godkjent som idealtypiske situasjoner av kolleger i disse undervisnings- og utviklingsprosjektene.

#### **Eksempel 1: Hilse på en besøkende**

Noen besøkende kommer inn på en boenhet for åtte personer med kognitiv svikt i tredje etasje på et sykehjem. Alle beboere har eget rom av varierende størrelse, med eget bad. Rommene er samlet i en ende av bofelleskapet. Alle rommene har dør ut til en felles gang, som fører til en stue. Stuen er todelt, der den ene halvdel er innredet som spisestue med åpen kjøkkenløsning, og den andre halvdel som stue med sittegrupper. Besøkende kan komme til stuen gjennom gangen eller fra sansehagen som ligger mellom to boenheter. Når de besøkende kommer til stuen, ser de en eldre liten dame som sitter nedsunken i en stor lenestol. Hun kikker på dem. En

av de besøkende går bort til henne, og en av de ansatte følger med. Den ansatte hilser på damen og stiller seg ved siden av stolryggen med ansiktet mot de andre beboerne og gjesten. Den besøkende strekker fram en hånd for å hilse på damen. Den eldre damen gjør tegn til å ville reise seg for å hilse – blikkontakt, lener seg svakt framover, tar tak med hendene på armlelene, og legger mer vekt på føttene på gulvet. Den ansatte legger forsiktig en hånd på skulderen hennes, og hun synker tilbake i stolen. Den besøkende setter seg så ned på huk. Damen strekker fram en hånd, og de hilser og småprater.

Etter dette står noen av gjestene og et par ansatte og snakker sammen utenfor boenheten. Samtalen dreier seg om hverdagslige aktiviteter, og om at det skal lite til før beboerne får brukt kroppen og hodet mer i løpet av dagen. Situasjonen over blir gjenfortalt av en av dem som sto og så på. Den ansatte sier først «men – jeg gjorde jo *ingenting*», og så tenker hun seg om og sier «å nei – *jeg* stoppet henne!» Hånden hennes fortalte damen at «du trenger ikke reise deg». Den ansatte hadde ikke tenkt å hindre henne i å hilse, tvert i mot, men hånden hennes ville «hjelp» den gamle til å slippe å reise seg. Det er vanlig folkeskikk å hilse stående – det formidlet denne beboeren via sitt lille initiativ. Det fratok henne samtidig en hverdagsaktivitet som stimulerer kropp og kognitiv funksjon – å reise seg og hilse på gjester.

## Eksempel 2: Kartlegging av atferd

På en annen boenhet for seks personer med alvorlig kognitiv svikt var det mye uro. Enheten har mange låste dører. Mange av beboerne vandret natt og dag, var urolige, slo, ropte eller gråt ved stell og/eller i fellesarealene. En felles utfordring var å få ro om natten, slik at flest mulig sov godt og lenge nok, samt å få nok ro ved måltidene til at alle spiste. Personalet syntes de hadde dårlig tid, og medikamentbruken ved boenheten var urovekkende høy. Avdelingen ønsket å prøve ut ulike former for miljøterapi, og bestemte seg for å starte med å kartlegge beboernes atferd. Et døgnregistreringssystem med fargekoder ble brukt av alt personale, og pasientenes uro, aggresjon, søvn, aktiviteter og gode stunder ble kartlagt systematisk i noen uker. Ansattes atferd ble ikke kartlagt.

Ved at kartlegging ble bestemt og gjennomført, endret de ansattes blikk og handlinger seg i kartleggingsperioden. De observerte beboeren før de gjorde noe annet – de ventet på små tegn og initiativ, handling, eller annen aktivitet fra beboeren før de gjennomførte planlagte oppgaver, og før de noterte. Fargekartene kunne bekrefte og avkrefte at pasienters uro eller aggresjon var knyttet til bestemte aktiviteter (for eksempel måltider), at uroen var knyttet til bestemte tider på dagen (for eksempel vaktskifte), eller at

bestemte personkombinasjoner (for eksempel ansatte og beboere) fikk uroen til å avta. Kartleggingen kunne også vise at uro og rop var knyttet til smerter eller annen sykdomsutvikling (for eksempel angina, artrose, isjas, urinveisinfeksjon). Interessen for å bidra til kartleggingen økte etter hvert som flere så at nye mønstre trådte fram, og flere av de ansatte fikk tro på at miljøterapeutiske tiltak kunne bidra til endring i miljøet for alle på boenheten – både for de ansatte og for beboerne. Kartleggingen i seg selv viste hvordan de ansattes atferd bidro til miljøet.

### «Du ser det ikke før du tror det»

De to eksemplene over illustrerer begge poenget i overskriften – at mikrokommunikasjonen er lettere å se når man er blitt gjort oppmerksom på den. Det er lett å se hilseritualer når du ser etter dem, og det er lett å huske på å banke på beboerens dør, si god morgen og la personen få tid til å våkne og områ seg før morgenstellet, når du ser at samhandlingen endres. Mikrofornærmelser og mikrounderkjenninger er ofte ikke anerkjent eller intendert av dem som utøver dem, slik hilse-eksemplet over illustrerer. Tvert i mot – det kan være uttrykk for velvilje og ønske å hjelpe eller skjerme – men likevel ha en nedbrytende effekt.

Kelly (29) sine studier av samhandlinger mellom ansatte og beboere på en demensavdeling viste det samme. Hun trekker fram at den systematiske underkjenningen av beboernes initiativ og manglende anerkjennelse av deres motmaktstrategier medfører alvorlig krenkelse og er mishandling av beboerne. Beboerne er dømt til å tape og risikerer å bli utbrentet eller apatiske (24). Slike former for samhandling produserer stigmatisering, diskriminering og marginalisering, og demonstrer tydelig at avvisning av beboerne som semiotiske subjekter fører til undertrykking (6, 14, 25, 28).

Keller og Galgay (28) sine eksempler på mikroaggresjon i hverdagslivet for personer med funksjonshemming kan gjenkjennes fra demensomsorgen. Demenssykdommer gir et kroppslig uttrykk, som dels handler om den medikamentelle behandlingen, men som også er et resultat av varierende orienterings- og omstillingsevne. Bevegelsesmønstrene endres med tanke på flyt, rytme, romlig orientering og koordinasjon i forhold til tid, situasjon og sted. Demens kan på denne måten smitte over til alle sider ved personens gjøremål og aktiviteter. Typiske eksempler på mikroaggresjon er å ikke anerkjenne at det ikke spiller en rolle for ens identitet hvordan man kler seg, eller avvise betydningen av hukommelsesproblemer med å si at vi alle glemmer noe. Mange med nedsatt funksjon opplever at de med full funksjon mener de overdriver betydningen av sine problemer, og at disse problemene ikke er viktige for tjenesteyteren. Personer med synlige funksjonsnedset-

telser får ofte svært nærgående spørsmål, og det er forventet at de skal bekjenne sin historie. Dette er mikroaggresjon gjennom å nekte den andre privatliv. Detaljert kartlegging av personer med demens sin livshistorie framstår i dette perspektivet som krenkende.

Nedbrytende samhandlingsformer finnes også i den antatte hjelpeløsheten, og mikrounderkjenninger er å ikke forvente at personen klarer noe selv, jfr. reise seg for å hilse, få tid til å våkne i fred, eller at demenssykdommen alltid er en katastrofe.

Flere forskere har påpekt at opplevelsen av demens i stor grad henger sammen med hvilke sosiale og strukturelle betingelser den enkelte møtes med. Demensdiagnosen er nederst i prestisjehierarkiet (3), og 'dement' er en sosialt nedvurdert kategori. Stemplet 'dement' smitter ofte over på alt personen med demens gjør eller foretar seg, slik at atferd og kommunikasjon tolkes i lys av stigmaet (19): «hun gjør det fordi hun er dement» i motsetning til «...fordi hun er trøtt/har vondt». Det å leve med demens kan derfor i følge Sabat og Hulko oppleves som relativt 'ubetydelig' eller som et 'helvete' avhengig om man blir posisjonert som en person eller en «dement» (12, 30).

Det mest alvorlige, og det vanskeligste å påpeke og kritisere, er den sekundærgjinst hjelpere oppnår ved å «hjelp» og være «snille» med «de demente». Denne indirekte oppvurderingen av egen innsats i omsorgens navn er svært nedbrytende, og passer under flere av Kitwoods eksempler over. Her er infantilisering og patronisering gode eksempler på nedbrytende samhandlingsformer samt kategoriseringen av «de demente» som annenrangs borgere. Keller & Galgay (28) peker som Goffman (19, 22) på at sosialt diskrediterte kjennetegn som funksjonshemming eller demens kan smitte over på alt og alle, inkludert de som er ansatt for å bistå de aktuelle personene. Paradoxet blir at de ansattes forsøk å hindre at det sosialt diskrediterte blir hengende ved dem, samtidig bidrar til å reprodusere fenomenet gjennom egen praksis.

### **Demensomsorgens mikromøter – undertrykkende eller frigjørende praksis?**

Demensomsorg er hverdagspraksis og hverdagsaktiviteter, og som det er vist over kan det være vanskelig å oppdage makt og undertrykking på mikronivå. Avviksosiologien og mikrososiologien har bidratt med en forståelse av makt som sosial dynamikk, som både skaper og endrer sosiale strukturer. Goffman og Foucault har tilnærmet seg forståelser av makt, samhandling og sosiale strukturer på lignende måter, og viser begge hvordan de underprivilegerte samarbeider med de privilegerte og slik opprettholder sosial ulikhet og urettferdighet (31). Det er i mikrokommunikasjonen at maktens ressurser forhandles og fordeles. Hvilke forskjeller mellom oss som tillegges avgjørende

vekt for samhandling, har betydning for hvordan vi forstår våre «*andre*» – som pasientene på demensavdelingene.

Kritikken mot institusjonsomsorgen, som har vært framført siden 1960-tallet, er at den grunnleggende krenkelsen ligger i at de ansatte ikke anerkjenner «*de andre*» som semiotiske subjekter. Det å ikke forvente eller systematisk ignorere initiativ, kommunikasjons- og handlingskompetanse hos personer med demens, eller å overse betydningen av hvordan tjenestene er organisert og utført, er maktmisbruk og undertrykking (12, 22) som bryter ned dem som utsettes for det. Den strukturelle og sosiale makten er slik sett i aktivitetene i helse- og velferdstjenestene, slik at det blir praksisen i seg selv som blir maktens kjennetegn (31, 32).

Hverdagsdetaljene kan gjennom en slik maktanalyse vise vei til en ikke-undertrykkende og frigjørende praksis. En tilsynelatende enkel oppgave som å gå fra eget rom i en boenhet til et spisebord i fellesarealet kan ses og anerkjennes som utøvelse av handlingskompetanse og kompliserte sosiale ferdigheter og orienteringsevner: klare å holde seg oppreist, avpasse skritt lengde og tempo til sted og retning, bevege seg mot riktig sted, ikke gå rett på vegger, møbler eller personer, åpne dører eller fjerne hindringer, hilse på eller avvise andre, finne en stol, finne en plass ved bordet, koordinere seg med de andre som sitter der, drikke kaffe osv. Om vi analyserer i detalj hva som kreves av utadrettet oppmerksomhet, orienteringsevne, planlegging, kroppslige funksjoner og handlekraft for å gå fra eget rom til spisestuen, kan dette åpne for å oppdage ressurser hos personen det gjelder. Hverdagssituasjonene rommer ofte mer kompetanse enn det vi reflekterer over (26, 33). Ved å oppdage og anerkjenne kompetanse, endrer samhandlingen seg, slik eksempel 2 over viser.

Ikke-undertrykkende eller frigjørende praksis, selvstyrking, empowerment og håp kan bygge på kommunikasjon via ord, musikk, gester eller fysisk kontakt (34, 35). Ved alvorlig sykdom eller betydelig funksjonstap er den kroppslig medierte handlekompetansen sentral for dialog og samhandling (6, 14, 25). Utfordringen mange personer med demens møter er mangel på noen å ytre seg til, og mangel på nysgjerrighet på hva de forsøker å formidle (35). Om ingen forventer sosial og kommunikativ kompetanse blir den vanskeligere å demonstrere – enten man går til plassen sin på egenhånd eller ligger i sengen og sparker i veggen.

Hverdagslivets små og store aktiviteter forutsetter sosialitet i den forstand at mennesker er oppmerksomme på hverandre og sine omgivelser (26, 36). Personer med kognitive problemer kan alltid handle, om enn på mikronivå, men de møtes ofte av omgivelser som ikke oppfatter eller forstår det de kommuniserer, jamfør eksemplene over. Personalets forestillinger og posisjoneringer av beboerne kan derfor være en barriere for sosial deltakelse,



selvstyrking og håp – slik Kitwood har illustrert med sine idealtypiske nedbrytende og styrkende samhandlingsformer. Sosialpsykologien og avvikssosiologien har vist oss hvordan strukturer og samspillsformer kan ødelegge mennesker, og at det kan være vanskelig å ta opp mikroagresjon med dem som utøver den (28). Det kan kjennes som en personlig krenkelse av den som blir gjort oppmerksom på sin mikroaggressive atferd, og det kan kjennes krenkende for den som tar det opp og som får beskjed om å roe seg, ikke være så paranoid, og ikke henge seg opp i detaljer. «Varsleren» blir problemet, og mikroagresjonen holder fram.

Mye såkalt uønsket atferd hos personer med kognitiv svikt kan tolkes som reaksjoner på undertrykkende og nedbrytende omgivelser og samhandlingsformer. Mange av dem som er institusjonalisert trenger et annet publikum, noen som oversetter, taler og kanskje handler sammen med eller på vegne av dem. Teorier om undertrykkende praksis og mikroagresjon er allerede innbakt i Kitwoods teorier og i Dementia Care Mapping DCM-verktøyet (23). DCM-verktøyet gir en detaljert tilgang til samspill og samhandling mellom personer med demens og de ansatte – og til tolking av atferd. Det er et meget omfattende kartleggingsverktøy som dokumenterer de ansatte like grundig som pasientene. Kartleggingen i eksempel 2 over var inspirert av DCM-verktøyet, og begge eksempler kan brukes til refleksjon over betingelser for styrkende eller nedbrytende samhandling.

For å gå fra undertrykkende til frigjørende praksis i demensomsorgen må de ansatte oppøve en sensitivitet for de små og mikroskopiske detaljenes betydning for samhandling – og studere egen praksis og handlinger like nøye som de studerer «*de andres*». DCM-kartlegging eller tilsvarende er et godt utgangspunkt for opparbeiding av kritisk bevissthet og nysgjerrighet. Materialet er tenkt brukt som grunnlag for diskusjoner i fellesskap, slik at personale kan sette ord på ulike vanskelige eller eksemplariske situasjoner, og oppøve ny handlingsberedskap – som for eksempel betydningen av å vente på initiativ eller respons. Eksemplene viser nettopp hvordan enkle observasjoner ga grunnlag for refleksjon og utvikling av ny handlingsberedskap. Mye litteratur om ikke-undertrykkende praksis trekker på avvikssosiologien, frigjøringsteorier og en forståelse av makt som relasjon og handling. I følge disse perspektivene går veien til empowerment og frigjøring gjennom erkjennelsen av at vi deler en felles humanitet, og at gjensidig nysgjerrighet og kritisk bevissthet skaper handlingsrom for endring fra mikronivå til strukturnivå. Kitwood (24) viser oss hvordan ulike samhandlingsformer kan bidra til å styrke eller bryte ned vår felles humanitet og sosialitet. Demensomsorgen kan utfordres og endres ved å dyrke nysgjerrighet og ydmykhet for våre «*andre*» og hverandre.

## Litteratur

1. Russ TC, Stamatakis E, Hamer M, Starr JM, Kivimäki M, Batty GD. Socioeconomic status as a risk factor for dementia death: individual participant meta-analysis of 86 508 men and women from the UK. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;203(1): 10-7.
2. Ihle R, Sudmann TT. Sosiale ulikheter i helse. In: Goth U-GS, Berg JE, editors. *Folkehelse i ett norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014. p. 65-90.
3. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*. 2008; 66(1): 182-8.
4. Boyle PA, Wilson RS, Yu L, Barr AM, Honer WG, Schneider JA, et al. Much of late life cognitive decline is not due to common neurodegenerative pathologies. *Annals of neurology*. 2013; 74(3): 478-89.
5. Powell JL. Governmentality, social policy and the social construction of old age in England. *International Letters of Social and Humanistic Sciences*. 2014; (16):108-21.
6. Boyle G. Recognising the agency of people with dementia. *Disability & Society*. 2014 (ahead-of-print):1-15.
7. Bartlett R. Citizenship in action: the lived experiences of citizens with dementia who campaign for social change. *Disability & Society*. 2014(ahead-of-print):1-14.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. *Demensplan 2015: Den gode dagen*. Revidert handlingsplan for perioden 2012–2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
9. St.meld.nr. 25 (2005–2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
10. Engedal K, Wyller TB. *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribes; 2003.
11. NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
12. Sabat SR, Johnson A, Swarbrick C, Keady J. The 'demented other' or simply 'a person'? Extending the philosophical discourse of Naue and Kroll through the situated self. *Nursing Philosophy*. 2011; 12(4): 282-92.
13. Solvang P. The emergence of an us and them discourse in disability theory. *Scand J Disability Research*. 2000;2(1):3–20.
14. Kontos P, Martin W. Embodiment and dementia: Exploring critical narratives of selfhood, surveillance, and dementia care. *Dementia*. 2013; 12(3): 288-302.
15. Kitwood T. *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press; 1997.
16. Innes A. *Dementia studies: a social science perspective*. Los Angeles: Sage; 2009.
17. Bartlett R, O'Connor D. *Broadening the dementia debate: Towards social citizenship*: The Policy Press; 2010.
18. Sabat SR, Harré R. The construction and deconstruction of self in Alzheimer's disease. *Ageing and Society*. 1992; 12: 443-61.
19. Goffman E. *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin; 1963.
20. Becker HS. *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. London: Free press of Glencoe; 1963.
21. Sabat SR. Mind, meaning, and personhood in dementia: the effects of positioning. In: Hughes JC, Louw SJ, Sabat SR, (eds.) *Dementia Mind, meaning, and the person*. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 287-302.

22. Goffman E. *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Doubleday; 1961.
23. Kitwood T. Towards a theory of dementia care: the interpersonal process. *Ageing and Society*. 1993; 13(01): 51-67.
24. Kitwood T. The experience of dementia. *Aging & Mental Health*. 1997; 1(1): 13-22.
25. Emirbayer M, Mishe A. What Is Agency? *American Journal of Sociology*. 1998; 103(4): 962-1023.
26. Goffman E. *The presentation of self in everyday life*. London: Penguin; 1959.
27. Sue DW. (ed.) *Microaggressions and marginality: manifestations, dynamic, and impact*. Hoboken, N.J.: Wiley; 2010.
28. Keller RM, Galgay CE. Microaggressive experiences of people with disabilities. In: Sue DW, (ed.) *Microaggressions and marginality Manifestations, dynamics, and impact*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.; 2010. p. 241-67.
29. Kelly F. Abusive interactions: research in locked wards for people with dementia. *Social Policy and Society*. 2010; 9(02): 267-77.
30. Hulko W. From 'not a big deal' to 'hellish': experiences of older people with dementia. *Journal of Aging Studies*. 2009; 23(3):1 31-44.
31. Hacking I. Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction. *Economy & Society*. 2004;3 3(3): 277-302.
32. Lundgren VG, Juritzen T, Engebretsen E, Heggen K. Makt. In: Engebretsen E, Heggen K, (eds.) *Makt på nye måter*. Oslo: Universitetsforlaget; 2012. s. 19-23.
33. Verlinden VJ, van der Geest JN, Hofman A, Ikram MA. Cognition and gait show a distinct pattern of association in the general population. *Alzheimer's & Dementia*. 2014; 10(3): 328-35.
34. Baines S. Music therapy as an anti-oppressive practice. *The Arts in Psychotherapy*. 2013; 40(1) :1-5.
35. Martin GW, Younger D. Anti-oppressive practice: a route to the empowerment of people with dementia through communication and choice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2000;7(1):59-67.
36. Sudmann TT. Latter, omsorg og engasjement. In: Alvsvåg H, Førland O, Jacobsen FF, (eds.) *Rom for omsorg?* Bergen: Fagbokforlaget; 2014. p. 163-78.

*Tobba Therkildsen Sudmann*  
 Førsteamanuensis, fysioterapeut, PhD i medisinsk sosiologi  
 Institutt for vernepleie og sosialt arbeid / Senter for omsorgsforskning Vest  
 Høgskolen i Bergen  
 5020 Bergen  
 tsu@hib.no  
 Telefon 55585675 / 90061469

# *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](http://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](mailto: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