

Ingrid Gilje Heiberg

**Helsefremmende arbeid og sykepleie
- en diskursanalyse**

Rapport 6 / 2007

Ingrid Gilje Heiberg

**Helsefremmende arbeid og sykepleie
- en diskursanalyse**

Tønsberg: Høgskolen i Vestfold, 2007

Rapport 6 / 2007

Rapport 6 / 2007 Høgskolen i Vestfold

Copyright: Høgskolen i Vestfold/ Ingrid Gilje Heiberg

ISBN 82-7860-203-4

Forord

Når en intensivsykepleier starter på studier i helsefremmende arbeid, oppdager Foucault og får jobb i sykepleierutdanningen; da er det duket for en rekke utfordrende kulturmøter.....

I en slik prosess er det viktig både med erfarne, tålmodige guider og gode med-tenkere som en kan være begeistret, eller like ofte, provosert sammen med. At et støttende miljø har stor betydning i så måte kan jeg virkelig skrive under på. Når en dessuten velger en diskursanalytisk vinkling på masteroppgaven, innebærer det virkelig et dypdykk i nye tenkemåter. I en diskursanalyse er det av stor betydning at leseren får innblikk i de valg som tas underveis og hva tekstene forteller. Dette er en ordkrevende affære som jeg på grunn av sidebegrensning på oppgaven har sett meg nødt til å krysse til et minimum; det har ikke vært lett.

Det er imidlertid mange som fortjener takk i prosessen med å skrive denne masteroppgaven: Først vil jeg takke alle ved masterstudiet i helsefremmende arbeid, Høgskolen i Vestfold, for et nytt og spennende studium. Det å være første kull ut, gir mange fordeler og engasjerte forelesere. En varm tusen takk til veileder Hans Einar Hem som på en stimulerende måte har vært både guide og med-tenker gjennom hele skriveprosessen; en inspirerende prosess som gjør at jeg betrakter denne oppgaven mer som et utgangspunkt for videre undring enn som et sluttprodukt.

Videre fortjener miljøet ved helsefagsavdelingen, Høgskolen Stord/Haugesund, en stor takk. Dere er gode støttespillere, kritikere, inspiratorer, trøstere, korrekturlesere, – og økonomisk bidragsytere. Jeg må i denne sammenheng spesielt takke med-tenker Marit Langesæter og ”mentorene” Georg Førland og Halle Hjelle for uvurderlige bidrag gjennom hele studiet.

Sist, men ikke minst, tusen millioner takk til min usedvanlig støttende og tålmodige familie; Elise, Ove, Andreas – og Leif.

April 2007

Ingrid Gilje Heiberg

e-post: ingrid.heiberg@hsh.no

Sammendrag

HVOR STÅR DET HELSEFREMMEDE PERSPEKTIVET I NORSK SYKEPLEIE?

Ved å konstruere tre idealtyper av sykepleiere; ”handle-for” sykepleieren, ”være-hos” sykepleieren og ”fremme-helse” sykepleieren, analyserer denne oppgaven den sykepleiefaglige diskursen i norsk sykepleie fra 1960 og frem til i dag.

Analysen baserer seg først og fremst på tre nasjonale læreplaner for sykepleierutdanningen fra 1967, 1987 og 2004, i tillegg til lærebøker fra den aktuelle tidsperioden, nasjonale helsepolitiske dokumenter, sykepleiefaglige artikler og egen erfaring som sykepleier. Videre undersøkes, ved hjelp av en Foucault-inspirert diskursanalyse, hvordan de tre idealtypene fremtrer i den sykepleiefaglige diskursen.

Hovedfunnene er at selv om ”Fremme-helse” sykepleie kan spores tilbake til Florence Nightingale, og har vært gjenkjennbar gjennom historien frem til i dag, er denne retningen den som står svakest av disse tre. Dette på tross av den sentrale stillingen helsefremmende arbeid har i norske helsepolitiske dokumenter og det sterke engasjementet Norge har hatt i utviklingen av helsefremmende arbeid gjennom Verdens helseorganisasjon (WHO) siden 1986.

Diskursen har vært dominert av en rivalisering mellom den behandlingsorienterte, evidens baserte ”Handle-for” sykepleieren som i særlig grad er relatert til sykehus og den omsorgsorienterte ”være-hos” sykepleieren. Den siste delen av oppgaven diskuterer begrensninger og muligheter for en styrking av helsefremmende arbeid i sykepleie.

Nøkkelord: sykepleie, helsefremmende arbeid, norsk sykepleiehistorie, diskursanalyse

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| 1. INNLEDNING..... | 5 |
| 2. OM Å SE PÅ SYKEPLEIE I ET DISKURSANALYTISK LYS | 12 |
| 3. DEN SYKEPLEIEFAGLIGE DISKURSEN..... | 17 |
| 4. TRE SYKEPLEIEFAGLIGE IDEALTYPEN | 23 |
| 4.1 "Handle-for"- sykepleieren..... | 23 |
| 4.2 "Være-hos"- sykepleieren | 28 |
| 4.3 "Fremme-helse" – sykepleieren..... | 31 |
| 5. HVORDAN MATERIALISERER IDEALTYPENE SEG I LÆREPLANENE? | 36 |
| 5.1 Vilkårene fra 1967 | 38 |
| 5.2 Rammeplanen fra 1987 | 42 |
| 5.3 Rammeplanen fra 2004 | 46 |
| 6. MULIGHETSBETINGELSER FOR "FREMME – HELSE" SYKEPLEIEREN..... | 50 |
| 6.1 "Fremme-helse" sykepleieren i møte med seg selv..... | 50 |
| 6.2 "Fremme-helse" sykepleieren i møte med sykepleie..... | 52 |
| 6.3 "Fremme-helse" sykepleieren i møte med biomedisin..... | 55 |
| 6.4 "Fremme-helse" sykepleieren i møte med samfunnet | 57 |
| 7. AVSLUTNING | 61 |
| 8. LITTERATUR | 63 |

1. Innledning

Common sense is ideological – it serves to reinforce traditional values and the inequalities associated with these. It is based on implicit assumptions and if we rely on common sense to guide our thoughts, we are not in a position to question those assumptions

(N. Thompson i Naidoo and Wills 2005:15).

Temaet for denne oppgaven er helsefremmende arbeid og sykepleie. Men hva betyr det? Hvordan gis begrepet helsefremmende arbeid mening blant sykepleiere? Hvilken plass har det innenfor sykepleiefaget? Med en diskursanalytisk tilnærming ønsker jeg å analysere hvordan virkeligheten konstrueres for og av sykepleiere.

Forskningsspørsmålet mitt er; **Hvor står det helsefremmende perspektivet i norsk sykepleie?**

Hvilket fag er det du studerer, er det mange som spør. Helsefremmende arbeid, svarer jeg. Påfallende mange sykepleiere vil da umiddelbart trekke pusten og si:

Helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-til-friske-og-utsatte-grupper-utenfor-institusjoner. Dette er en vanlig forståelse av begrepet helsefremmende arbeid innenfor sykepleiefaget, og dette perspektivet knyttes fremfor alt til helsesøsters eller bedriftssykepleiers arbeidsoppgaver. En slik forståelse dekker imidlertid ikke min forståelse av faget helsefremmende arbeid eller dets betydning for sykepleiefaget, noe som også problematiseres i faglitteraturen (Macleod Clark and Maben 1998; Morgan and Marsh 1998; Buetow and Kerse 2001; Liimatainen, Poskiparta et al. 2001; Gammersvik 2006). ”*The majority of nurses share a narrow, traditional disease-centered model of health promotion*” (Liimatainen, Poskiparta et al. 2001:35).

Min tilnærming til helsefremmende arbeid (Health Promotion) baserer seg på studier i dette tverrfaglige fagfeltet med en kort og intens historie. Mange vil si at den canadiske ”Lalonde rapporten” fra 1974 var starten for en ”ny” tilnærming til helsefremmende arbeid (Rootman, Poland et al. 2000; Tones and Green 2004). Denne rapporten viste at helseproblemene til canadierne ikke kunne løses av helsevesenet alene, og rapporten introduserte betegnelsen livsstilssykdommer. Det økte fokuset på den enkeltes livsstils-valg og de påfølgende store nasjonale og internasjonale

helsekampanjene på 1980-tallet ble imidlertid kritisert for å bidra til en holdning som laster mennesker for påvirkning den enkelte har liten mulighet til selv å kontrollere (Hauge 2003). Dette blir kalt for ”victim-blaming”: *”To cajole the individual to take responsibility for his or her own health while ignoring the social and environmental circumstances which conspire to make them ill is victim blaming; it is not only unethical, it is inefficient”* (Tones 1993:4).

Verdens helseorganisasjon (WHO) spilte, og spiller, en viktig rolle i å snu denne trenden, ved å utvikle den helsefremmende tilnærmingen videre i en holistisk retning som også tar hensyn til individets sosio-økologiske miljø. Men hva er helse? Hvordan er helse relatert til sykdom? Dette er grunnlag for stadige debatter, og det er blitt påstått at helse er like vanskelig å definere som kjærlighet, ærlighet og skjønnhet (Tones and Green 2004). I praksis opereres det med to hovedforståelser av helse, den biomedisinske som inneforstått betyr fravær av sykdom, og den holistiske helseforståelsen som er utgangspunktet for helsefremmende arbeid (Korp 2004).

Den holistiske helseforståelsen benevnes ofte i sykepleiefaglige miljøer som det utvidede helsebegrepet og er i samsvar med WHO's syn på helse. I denne definisjonen heter det fra 1947: *“Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, ikke bare fravær av sykdom eller svakhet”* (Fause and Micaelsen 2002:293). Denne helsedefinisjonen sees ofte på som en utopisk tilstand, noe som også har vært hovedkritikken mot den. Men som et prinsipp er denne helseforståelsen verdifull fordi den ser på helse som mer enn det motsatte av sykdom og inkluderer dermed menneskets opplevelse i helseforståelsen (Tveiten 2007).

WHO holdt sin første internasjonale konferanse i helsefremmende arbeid i 1986 i Ottawa, og introduserte da et fokus på helse og miljøets betydning som var annerledes enn den dominerende biomedisinske tilnærmingen. ”The Ottawa charter for Health Promotion” (WHO 1986) var en milepæl for oppstarten av ”Health Promotion” som en internasjonal, tverrfaglig, politisk orientert bevegelse for å fremme helse. Ottawa charteret er fremdeles en “genetisk kode” (Koelen and Lindström 2005) for fagfeltet, og definerer helsefremmende arbeid som: *“the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health”* (WHO 1986:iii).

WHO's helseforståelse har vært i utvikling siden Ottawa – charteret, en

fokuserer innenfor helsefremmende arbeid på å videreutvikle de dynamiske aspektene i å forstå hva helse er:

Health itself should be seen as a resource and essential prerequisite of human life and social development rather than the ultimate aim of life. It is not a fixed end-point, a "product" we can acquire, but rather something ever changing, always in the process of becoming (WHO 1991:3).

I denne forståelsen er helse et positivt begrep som vektlegger sosiale og personlige ressurser like mye som fysisk kapasitet (Tveiten 2007). Helsefremmende arbeid dreier seg nettopp om forandringsprosesser hvor målet er å tilrettelegge for økt kontroll over forhold som har betydning for helse, livskvalitet og trivsel (WHO 1986). Eurio Ziglio fremhever det på denne måten: "*If the activity under consideration is not enabling and empowering then it is not health promotion*" (Korp 2004:26). Enabling; sette folk i stand til, og empowerment; en prosess der folk oppnår kontroll over beslutninger og handlinger som berører deres helse (Nutbeam 1998), er nøkkelbegreper i denne tenkningen. Empowermentbegrepet har vært oversatt til brukermedvirkning, bemyndigelse (Stang 2003) eller livsstyrkettrening (Hem 2003). Likevel velger jeg å benytte den engelske benevnelsen fordi den brukes ofte i den norske litteraturen.

Aaron Antonovsky (1996) lanserte ideen om salutogenese som et teoretisk rammeverk for helsefremmende arbeid. Hans salutogene tilnærming fokuserer på ressurser, ikke problemer. Hvordan kan vi bevege oss mot årsaker til helse, og ikke mot årsaker til uhelse? Antonovsky fremhever at helse handler om en følelse av sammenheng (Sense of Coherence - SOC). Den "*reflects a person's view of life and capacity to respond to stressful situations*" (Lindström and Eriksson 2005:441). Kjerneelementene i en persons SOC er: Forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Ved å legge til rette for at mennesker forstår sine omgivelser, håndterer og finner mening i sin situasjon, vil deres SOC bli styrket (Antonovsky 1987; Antonovsky 1996; Lindström and Eriksson 2006). Hovedelementene i helsefremmende aktiviteter blir dermed en salutogen tilnærming som ønsker å være: "*empowering, participatory, holistic, inter sectoral, equitable, sustainable and multi-strategy*" (Tones and Green 2004:308).

Norge har vært deltaker innen fagfeltet siden starten i 1986, og Stortingsmelding nr. 37

(1992-93) ”*Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*” viser tydelig inspirasjonen fra Ottawa charteret (Sosialdepartementet 1993). Den poengterer innledningsvis at forebyggende tiltak skal forstås som tiltak for: ”*en reduksjon i sykdommer, skader, sosiale problemer, dødelighet og reduksjon av risikofaktorer*”, et fokus på sykdom, skade (patogenese). Mens helsefremmende tiltak derimot ”*tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og mulighetene til å mestre de utfordringene og belastninger en utsettes for i dagliglivet*” (Sosialdepartementet 1993:17). Dette er å betrakte som et fokus på helse (salutogenese). Her poengteres forskjellen på begrepene forebyggende og helsefremmende tiltak, noe som er av stor betydning når en ønsker å gå inn i disse to ulike ideologiers metoder og implikasjoner (Medin and Alexanderson 2000; Korp 2004; Tones and Green 2004). Denne avklaringen viser at både helsefremmende og forebyggende tenkning er sentrale i sykepleiefaget, men på ulike måter og med ulikt fokus.

Det som kan være årsaken til en fortsatt begrepsforvirring innenfor det sykepleiefaglige miljøet, er at begrepene ”å fremme helse”, ”helsefremmende arbeid”, har vært i sykepleiernes vokabular lenge, lenge før Ottawa charteret. Dessuten er forebygging et ord som i manges forståelse er et samlebegrep som inkluderer både helsefremming og sykdomsforebygging (Mæland 1999).

Et helsefremmende perspektiv i sykepleie kan forstås mer som en tilnærming til pleie enn konkrete aktiviteter. En tilnærming som vektlegger empowerment, rettferdighet, samhandling og en ”bottom-up” strategi. Dermed er helsefremmende arbeid like aktuelt for intensivsykepleieren som for helsesøsteren, for syke som friske. Dette perspektivet bygger på en forståelse av at den enkeltes behov for sykepleie er unik. Pasienten skal involveres i avgjørelser og delta i pleien så langt det er mulig. Helsefremmende sykepleie fokuserer på muligheten for å legge til rette for helse og uavhengighet. Den bygger på menneskers ressurser, den kunnskap og erfaring pasienten har, og legger til rette for at de kan ta ansvar selv for og påvirke prosesser som er helsefremmende for dem (Clark 1993). ”*The central question is not what is the domain of health promotion but is this being done in a health promotive way?*” (Macleod Clark and Maben 1998) Videre tilsier en sosioøkologisk forståelse av helse at sykepleiere i stadig større grad oppfordres til kritisk politiske refleksjoner knyttet til

eget arbeid, organisering av egen institusjon og helsevesenet som helhet i et helsefremmende perspektiv (Whitehead 2003 a).

I denne oppgaven vil jeg derfor fokusere på diskursen som konstituerer sykepleie, som konstituerer det verdensbildet, den selvoppfatningen, de verdiene og den kunnskapen - med metoder, som sykepleieren har med seg inn i møtet med pasienten. Sykepleie skjer i møtet mellom sykepleier og pasient, det er kjernen i hele helsevesenet (Kirkengen 2005), eller "selve testen på verdigrunnet for helsetjenesten" (NOU 2005:3:15). Inn i dette møtet går sykepleieren med sine profesjonelle forutsetninger, sitt fag, sine kunnskaper og erfaringer, sine forestillinger og holdninger, sitt kjønn og sin makt. Sykepleie er først og fremst et praktisk fag, det er ferdigheter som skal være så internalisert at det nærmest skal gå automatisk, sykepleien som taus kunnskap. Som fag er det rimelig å karakterisere sykepleien som "før-vitenskapelig" i kuhnsk forstand. Dette er en fase som kjennetegnes av at det er flere skoler som konkurrerer om hegemoniet (Beedholm 2003). "*In the absence of value-consensus, politicking flourishes around disease, care and health promotion, in an anxious would-be profession*" (Smith, Masterson et al. 1999:237).

Mitt spørsmål gjelder det helsefremmende perspektivets plass i sykepleien. Jeg kunne da sett på møtet mellom sykepleier og pasient, og sett hvilke tilnærminger sykepleieren bruker i samhandlingen. Fordelen med en slik tilnærming ville være at jeg fikk se hva som virkelig skjer i praksis. Utfordringen vil være å tolke flertydige handlinger og utsagn inn i fastsatte kategorier, og etablere hvor representativt dette er for hele praksisfeltet. I stedet vil jeg nærme meg dette fra en annen kant. Jeg vil definere sykepleiefaget som et diskursivt fellesskap, og gjennom en undersøkelse av hvordan dette diskursive fellesskapet har utviklet seg de siste 40-50 år, forsøke å finne ut hva som kjennetegner diskursen, og hvilken plass det helsefremmende perspektivet har i denne utviklingsprosessen.

Den sykepleiefaglige diskursen er, i det diskursanalytiske språket, "tekst" eller "tekster". Dette er tekster som representasjoner for den aktiviteten, de handlingene som foregår i feltet, samtidig som den språklige representasjonen også gir aktørene sitt språk. På den måten er teksten både et resultat av, men også en formende kraft i diskursen. Diskursen foregår på flere arenaer; sykepleieutdanningen og

arbeidsplassene er de to viktigste, men også den faglig politiske og den offentlig politiske arenaen er viktig.

For å kunne danne et mest mulig representativt bilde av den sykepleiefaglige diskursen, bruker jeg i denne oppgaven ulike typer tekster. Jeg har analysert tre nasjonale rammeplaner for sykepleieutdanningen. De siste 50 årene har sykepleiefaget og sykepleieutdanningen vært preget av store forandringer. Det har derfor vært lansert en rekke nasjonale læreplaner som utgjør rammene for utdanningen. Disse er sentrale tekster for utvikling av den sykepleiefaglige diskursen. Ved å velge læreplanen fra 1967, 1987 og 2004 (dagens), får en et bilde av utviklingen i et 20 års perspektiv. Jeg har videre studert sykepleiens historie i det aktuelle tidsrommet gjennom faglitteratur/lærebøker og ved å lete opp samtidig litteratur og artikler fra sykepleiernes fagtidsskrift; Sykepleien. Dette gir en økt forståelse for sykepleiediskursens tekster i de ulike tidsperiodene.

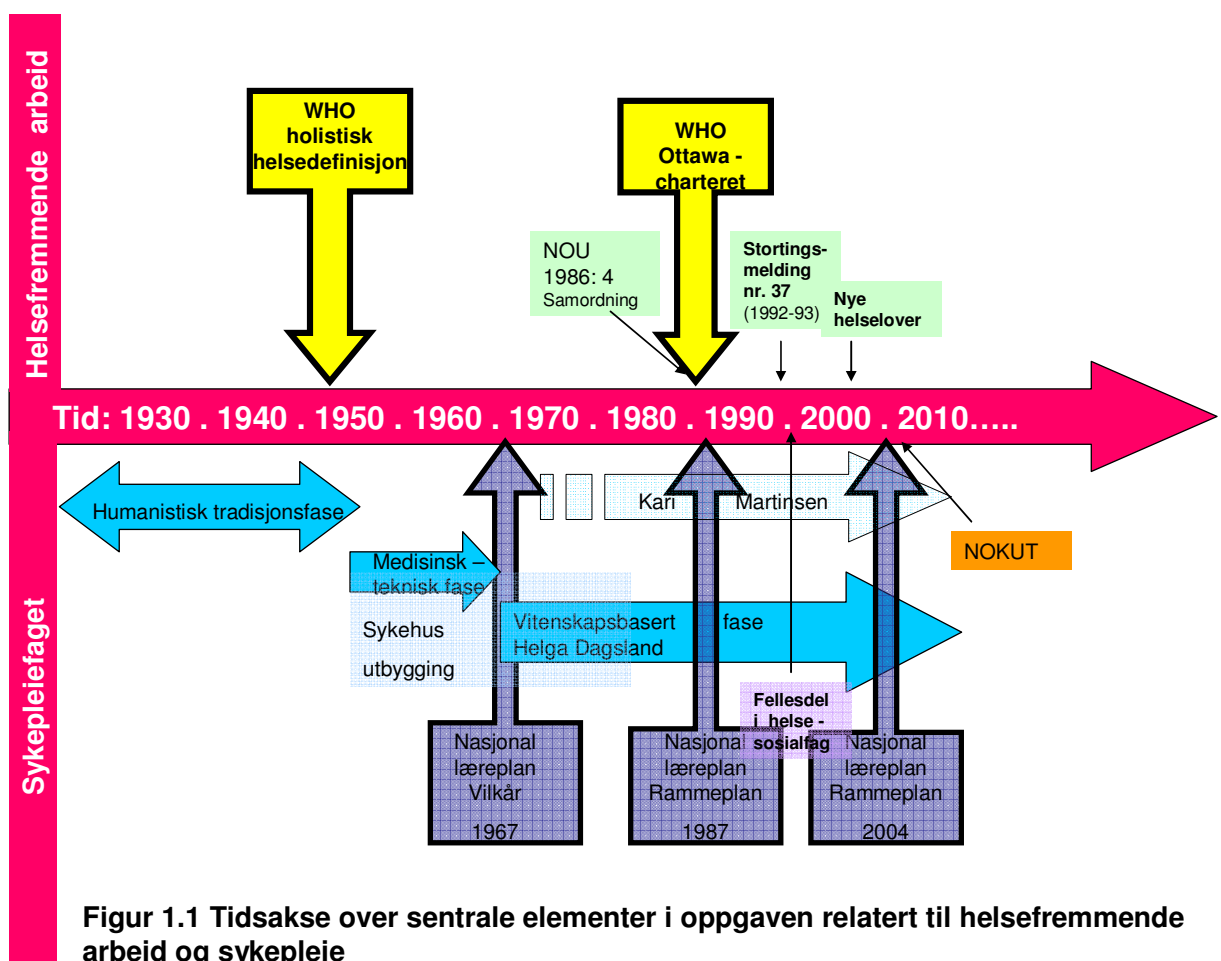
Videre er det et økende antall sykepleiere som skriver om sykepleiefaglige problemstillinger gjennom hovedfags-, master- eller doktorgrads-avhandlinger. Jeg har hatt stor nytte av å studere de av disse oppgavene som har vært relatert til mitt forskningsspørsmål. Et utvalg av politiske dokumenter og lover av betydning for helsetjenesten og helsefremmende arbeid er også tatt med. Den norske sykepleiefaglige diskursen sett i relasjon til helsefremmende arbeid har mange sammenfallende trekk med tenkningen rundt dette temaet i den europeiske sykepleiefaglige diskursen. Jeg har derfor i stor grad også brukt aktuell litteratur, fortrinnsvis fagartikler, fra skandinaviske og britiske sykepleiefaglige miljøer. Disse tekstene bidrar til å konstruere den sykepleiefaglige diskursen, og i særlig grad doktorgradsavhandlingene er sentrale monument tekster i akademiske sykepleiefaglige utdanningsmiljøer.

Ved å velge å skrive denne oppgaven i et sosialkonstruksjonistisk lys gjennom en diskursanalyse, ønsker jeg å medvirke til debatt og økt bevisstgjøring i sykepleiefaget. Ved å innta en spørrende tenke- og skrivemåte overfor det som kan sees på som selvfølgelige sannheter, kan det åpnes opp for utviklende refleksjon. Min intensjon er ikke å finne frem til nye sannheter, men å utfordre meg selv, sykepleiere og sykepleiestudenter til kritisk refleksjon i sykepleiefaget. Kapittel 2 beskriver en slik

vinkling nærmere, og drøfter hvilke metodologiske valg som har vært nødvendige.

Videre vil jeg tydeliggjøre tre idealtyper som representasjoner for ulike meningsmønstre innenfor den sykepleiefaglige diskursen; ”Handle-for” sykepleieren, ”Være-hos” sykepleieren og ”Fremme-helse” sykepleieren. Jeg undersøker hvordan de er historisk situert og hvilken kunnskapsforståelse de bygger sitt møte med andre på. Kapittel 3 viser prosessen med å velge ut idealtypene basert på sykepleiefaglig litteratur og i kapittel 4 presenteres hver av idealtypene. Deretter vil jeg i kapittel 5 undersøke hvordan idealtypene fremtrer i nasjonale læreplaner for sykepleieutdanningen. I kapittel 6 drøftes funnene i foregående kapitler opp mot mitt forskningsspørsmål.: Hvor står det helsefremmende perspektivet i norsk sykepleie? Jeg vil se nærmere på hvilke mulighetsbetingelser som påvirker helsefremmende tenkning i helsevesenet generelt og i sykepleiefaget spesielt. Avslutningsvis, i kapittel 7, samler jeg trådene i min søken etter det helsefremmende perspektivet i norsk sykepleie.

Figur 1.1 viser en tidsakse over sentrale element som blir diskutert i denne oppgaven.



Figur 1.1 Tidsakse over sentrale elementer i oppgaven relatert til helsefremmende arbeid og sykepleie

2. Om å se på sykepleie i et diskursanalytisk lys

As nurses, we can interpret these challenges to conceptualize nursing not as a science, art or ideology, but in terms of truth and power, and the role that they play in the construction of nursing

(Heartfield 1996:100).

Sykepleie er i diskursanalytisk tilnærming en tekst. Det er en tekst som skapes i det diskursive fellesskapet. Den formes av deltakerne i fellesskapet og konteksten rundt. Den formes gjennom en historisk prosess. Jeg er selv del av dette fellesskapet, jeg står midt i det som ”sykehussykepleier” gjennom mange år, og nå som lærer i sykepleierutdanningen. Gjennom å velge en diskursanalytisk tilnærming forsøker jeg å tre ut av fellesskapet, ta litt avstand til prosessen og aktørene, og lage meg en historisk oversikt på makronivå. Med det håper jeg både å kunne se nye sammenhenger og se sider ved faget som jeg ellers tar for gitt, i et nytt lys. Jeg vil forsøke å sortere den faglige diskursen i nye kategorier; tre idealtyper (se kap.4), og beskrive hvordan disse representerer hovedstrømninger i den historiske utviklingen av faget, særlig representert i rammeplanene (se kapittel 5).

Metodisk kombinerer jeg Webers bruk av idealtyper som modeller (Weber and Fivelsdal 2000) og diskursanalyse. Innen diskursanalyse er det imidlertid mange retninger. Jeg har latt meg inspirere av en sosialkonstruksjonistisk tilnæringsmåte (Burr 2003) og tidligere diskursanalytisk sykepleieforskning fra nordiske (Gedda 2001; Beedholm 2003; Hedegaard Larsen 2006) og britiske (Bradley 2004; Campell and Arnold 2004; Stevenson 2004; White 2004) miljøer, men best praktisk utbytte har jeg fått av å lese Iver B. Neumanns (2001) eksempler.

Et fellestrekk hos teoretikere som kategoriseres i familien av sosialkonstruksjonister er en kritisk holdning til det som sees på som sann, tatt-for-gitt kunnskap, språkets betydning for dannelsen av mening er sentral. Kunnskap er ikke noe som eksisterer i seg selv, det er noe som mennesker konstruerer sammen. ”*We not only use but are also used by language*” (Stevenson 2004: 20). En bygger opp felles forståelse, hva som er sant og usant, hva man kan gjøre og hva man ikke kan gjøre. Vår forståelse av sann kunnskap endres med tid og sted, den er historisk, kulturelt, materielt og sosialt avhengig (Jørgensen and Phillips 1999). I denne oppgaven velger

jeg en makro-sosialkonstruksjonistisk innfallsvinkel, hvor Michel Foucaults (1926-1984) tenkning er sentral. Foucault kritiserer vitenskapens tro på at den kan beskrive virkeligheten slik den er. Verken subjektet eller faktaene kan på noen måte fungere som sikre utgangspunkter for å etablere objektiv, sann kunnskap. Virkeligheten, sannhetene, skapes innenfor ulike kontekster (Schaanning 2000).

En ser derfor på språkbruk i relasjon til materielle og sosiale strukturer, sosiale relasjoner og institusjonaliserte praksiser: *"Macro social constructionism emphasises the way that the forms of language available to us set limits upon, or at least strongly channel, not only what we can think and say, but also what we can do or what can be done to us"* (Burr 2003:63). Maktbegrepet er derfor sentralt i et slikt perspektiv. Et fellestrekk hos ulike teoretikere som forsøker å definere eller beskrive hva makt er, er begrepet påvirkning. Det er da relevant å spørre; Hvem påvirker? Hvordan og hvorfor skjer det? (Gedda 2001).

Foucault introduserte gjennom sine arbeider en ny tilnærming til makt som har hatt stor innflytelse innenfor samfunnsvitenskapen. Det dominerende perspektivet på makt har imidlertid vært knyttet til Webers analyse (Weber and Fivelsdal 2000) av byråkratiet fra forrige århundreskifte. Weber definerer makt relasjonelt; noen aktører har makt over noen andre aktører, makt utøves. Foucault fremhever i stedet makten som ligger i kunnskap. Kunnskap gir aktørene modeller og kategorier som de bruker til å utøve sitt fag. Det er derfor interessant å undersøke forbindelsen mellom de faktorene som konstruerer den, hvordan kunnskapen formes diskursivt, og hva som dominerer og blir hegemonisk. Kunnskap er aldri uskyldig eller nøytral, den er knyttet til og støtter opp under maktteknikker. Den påvirker oss, både i forhold til hva vi gjør og hva vi oppfatter (Foucault and Gordon 1980; Augestad 2005). Makt blir derfor ikke å beskrive hvem som har makt over hvem, uten å forstå de relasjonelle måter som makten viser seg og virker.

Neumanns beskriver tre skritt for å gjennomføre en diskursanalyse, og definerer en diskurs slik: *"et system for frembringelse av et sett utsagn og praksiser som, ved å innskrive seg i institusjoner og fremstå som mer eller mindre normale, er virkelighetskonstituerende for sine bærere og har en viss grad av regularitet i et sett sosiale relasjoner* (Neumann 2001:18).

Første skritt er valg og avgrensing av diskursen. Jeg velger i denne oppgaven den sykepleiefaglige diskursen. En kan tenke på diskurs som hvordan en sak, for eksempel sykepleie, snakkes om gjennom lærebøker, rammeplaner, avisartikler og praksis. Disse kan være ulike og til og med motstridende måter å se på sykepleie på, men danner likevel en sammenheng, et bilde på hva sykepleie er. Noen tekster eller stemmer vil være sentrale forankringspunkter for diskursen. De nasjonale læreplanene er eksempler på slike monumenttekster.

For Foucault er diskursene produktive, "discourses are practises that systematically form the objects of which they speak" (Foucault 1972:49) . En kan derfor også hevde at diskursene konstruerer sykepleie, slik den er i "virkeligheten", og her er det maktbegrepet aktualiseres. Diskursen definerer og etablerer hva som er sant i et spesielt tidsrom. I denne oppgaven er tidsperioden avgrenset fra 1960 årene og frem til i dag. Randi Kaarhus (2001) avgrenser begrepet ytterligere ved å presisere at diskursen er praksiser som både representerer og konstituerer sine objekter.

Diskursen er påvirkelig og motstandsdyktig på en og samme tid. Den har med seg sine etablerte tradisjoner samtidig som den nyttiggjør seg, samarbeider med, og lar seg påvirke av andre dominerende diskurser i samfunnet. For sykepleiediskursen er det nærliggende å nevne kvinnediskursen, legediskursen, familiediskursen og kanskje den helsefremmende diskursen? Sykepleiediskursen blir da produktiv i den forstand at den lett kobler seg på "selvfølgelige sannheter" innenfor disse andre diskursene (Carabine 2001).

Skritt to er å sette opp en inventarliste over de re-presentasjoner som finnes i den valgte diskursen. Ofte finner en, én dominerende representasjon og en eller flere alternative representasjoner (Neumann 2001). Dette er meningsmønstre, klart definerte posisjoner, som mange sykepleiere finner mening i. I helsevesenet karakteriseres slike meningsmønstre av at de: "*er ikke bare knyttet til språklige og erkjennelsesmessige felt, men de synliggjøres også i tekniske enheter, institusjoner, skjemaer for god praksis, pedagogiske former og lignende*" (Foss and Ellefsen 2005:24).

I denne oppgaven velger jeg å fremstille disse representasjonene som tre idealtyper av sykepleiere; "Handle-for"-, "Være-hos"- og "Fremme-helse" sykepleieren. Disse idealtypene er konstruert som et forsøk på å rendyrke ulike

kunnskapssyn innenfor den sykepleiefaglige diskursen. Karaktertypologiene representerer ikke konkrete sykepleiere, men mer grunntyper. Karakterene er samfunnsvitenskaplige konstruksjoner i den forstand at selv om de gjenspeiler karakteristiske trekk, er de sjelden å finne i rendyrket form (Widerberg 2001). Max Weber sier om idealtyper at: *”med henblikk på utforskning og anskueliggjørelse har dette begrep sine særlige fordeler når det anvendes med forsiktighet”* (Weber and Fivelsdal 2000:200).

Skritt tre i følge Neumann, er å analysere ulike lag av representasjonene. Er alle kjennetegn like stabile? Hvilke trekk forener og differensierer? Enkelte representasjoner vil altså vise seg å være tregere å forandre enn andre, dette fordi de inneholder tegn som er *”gode å tenke med”* (Levi-Strauss 1963 i Neumann 2001) eller at representasjonen er innvevd i mektige institusjoner som influeres av andre diskurser, sykepleiernes forhold til legediskursen er et eksempel på dette.

Det vil dessuten være aktuelt å se etter uforutsette tilfeldigheter som påvirker diskursen i stedet for å lete i et årsak-virkning perspektiv (Neumann 2001). Ved å studere hvordan de tre idealtypene innenfor den sykepleiefaglige diskursen har oppstått, hvordan de har utviklet seg, hvilke mulighetsbetingelser de har hatt i et historisk og nåtidig perspektiv, vil det bli tydeligere å vise når det forekommer et brudd eller *”point of diffraction”* i Foucaults terminologi. I en diskursanalyse kan en derfor vise diskontinuiteter mellom utsagn som tilhører samtidige, men ulike diskursive formasjoner (Kaarhus 2001), representasjoner (Neumann 2001) eller idealtyper etter inspirasjon fra Weber, som jeg bruker i denne oppgaven. Foucault kaller denne metoden for arkeologi – en historie om nåtiden (Jørgensen and Phillips 1999; Kaarhus 2001; O'Farrell 2005).

Det er et fellestrekk ved kvalitative metoder at de data som forskeren analyserer er en tekst, og at fortolkningen av teksten påvirkes av forskerens erfaringer og vitenskapsteoretiske fortolkningsramme. Det er derfor svært viktig i kvalitativ forskning at forskningsprosessen, ikke bare produktet beskrives og reflekteres over (Jørgensen and Phillips 1999; Rolfe 2000; Antaki, Billig et al. 2003; Thagaard 2003). I forhold til en Foucault inspirert diskursanalyse er dette av stor betydning:

Mye er ennå ugjort av de begrepsmessige avklaringene som nok er nødvendige for å gjøre nye Foucault-inspirerte diskursanalytiske arbeider så interessante, presise, sammenlignbare og – ikke minst – innsiktsgivende at diskursanalysens potensialer ikke uttømmes i løpet av relativt kort tid (Kaarhus 2001:35).

Weber (2000) fremhever at all forskning er verdirelatert, og har hatt stor betydning for forskningsetisk bevisstgjøring (Alver and Øyen 1997; Weber and Fivelstad 2000; Grimen 2004). Hensynet til objektivitet er komplekst. Ottar Brox (1995) vektlegger at forskerens verdier bør komme frem i lyset i prosessen med å velge problemstilling, i analysedelen, og i konklusjonene. I datainnsamling og bearbeiding av empiriske funn derimot, bør forskeren gjøre sitt ytterste for å ivareta objektivitet, dette fordi: *”Om jeg kjenner dine verdier, som gjerne kan være i konflikt med mine egne, forstår jeg hva du sier, slik at jeg kan vurdere det i forhold til mine egne og andres observasjoner og resonnementer”* (Brox 1995:40).

3. Den sykepleiefaglige diskursen

”Vi bærer fagtradisjonen med oss i våre kropper som en sammenvevning av barmhjertighet, lidelse, fag, kjønn og samfunn”

(Martinsen, Alvsvåg et al. 1993:13).

I dette kapittelet vil jeg først belyse noen sentrale trekk ved den sykepleiefaglige diskursen, deretter synliggjør jeg prosessen med å finne frem til de tre ulike idealtypene av meningsmønstre som jeg mener er betydningsfulle innenfor denne diskursen.

Sykepleiens tradisjoner kan trekkes langt tilbake, til hekser, jordmødre, nonner, diakonisser og sykepleiere. Målet for sykepleie har alltid vært å lindre lidelse og å bidra til helbredelse (Karseth 2000). I etterkrigstiden kan en hevde at sykepleiefaget har utviklet seg gjennom faser. Faser som går over i hverandre og som er sentrale strømninger i sykepleiefaget frem til i dag. Kari Martinsen (1989) beskriver sykepleiefagets historiske utvikling i tre faser. En humanistisk tradisjonsfase frem til 1950, deretter en medisinsk teknisk fase, og fra og med 1965, en vitenskapsbasert fase. Denne inndelingen er ikke særnorsk, den betegner sykepleiefagets utvikling i vestlige land, selv om tidsaspektet har variert.

I 1912 ble Norsk sykepleierskeforbund stiftet. Dets viktigste oppgave var å sikre at sykepleieutdanningen ble treårig, at en fikk en beskyttelse av yrkestittelen og en offentlig autorisasjon. Det skulle vise seg å ikke være så enkelt. Først i 1948 kom loven om offentlig regulering, hvor stortinget vedtok at utdanningen skal være treårig og underlagt offentlig kontroll. Loven gjennomførte også en kjønnsnøytral yrkesbetegnelse, og Norsk sykepleierskeforbund ble dermed til Norsk sykepleierforbund (NSF). Et nytt merkeår i sykepleieutdanningens historie ble ”Revidert lov om sykepleieutdanning” fra 1960 hvor sykepleieskolene skilles fra sykehusene og i prinsippet skulle være selvstendige enheter (Melby 1990; Heggen 2004; Mathisen 2006).

Sammenligner en sykepleieutdanningene i Norden, har den norske utdannelsen vært i en særstilling på grunn av den sterke posisjonen som Norsk sykepleierforbund har hatt i utviklingen av sykepleiefaget (Kvangarsnes 2005). Et fokus på profesjonalisering har fått en sentral betydning i sykepleiediskursen. Som en følge av

utviklingen innenfor den spesialiserte medisinen fra 1960 tallet og utover, ble det etablert en rekke nye yrkesgrupper som skulle ta seg av ulike funksjoner knyttet til medisinsk behandling. Dette førte til at helsevesenet fikk stadig nye profesjoner, ”velferdsstatsprofesjoner” (Erichsen 1995 b i Fosse 1997), som kjempet for sin rolle og monopol på bestemte yrkesfunksjoner. Dette har i høy grad påvirket sykepleiediskursen (Kvangarsnes 2005).

Å gjøre sykepleieryrket til en profesjon, ble makteliten i Norsk sykepleierforbunds viktigste kampsak for å gi sykepleiefaget mer anerkjennelse på 1960 og 1970 tallet. Dette var viktigere enn økt lønn eller barnehageplass (Melby 1990; Fause and Micaelsen 2002). En sentral kvinne i denne forbindelse var Helga Dagsland. Hennes forsåelse av profesjonell status innebar:

...teknisk dyktighet og en kontinuerlig etisk høy standard. Den fordrer bestemte skritt for å fremme profesjonell kunnskap og teknikk, og den forutsetter vedlikeholdelsen av et forbund eller en forening hvis eneste funksjon det er å arbeide for profesjonens vekst, utvikling og kvalitet (Melby 1990:276).

Dagsland beskriver videre ”opplagelsen” av profesjonsbegrepet:

Alle i min alder har opplevd ett eller flere ”heureka”- ”jeg har funnet det”. Ett av mine største, mest dyptgripende, opplevde jeg ved Colombia University i New York i 1952 da professor Hildegard Peplau gav seks forelesninger omkring begrepet ”profesjon sett i relasjon til sykepleie”. Jeg satt som fjetret, visste at dette ville få varig betydning for meg. Det fikk det – det har det. Derfor blir jeg så lei meg når det blir misbrukt; det blir så ofte misbrukt (Dagsland 1996:20).

Utvikling av sykepleieprofesjonen ble en viktig strategi slik NSF så det, for å avgrense sykepleie mot andre helsefaglige yrker:

Ut fra profesjonsstrategiske hensyn forsøker profesjonene å synliggjøre overfor samfunnet at de innehar en eksklusiv fagkompetanse. Samtidig ber de om samfunnets anerkjennelse av denne kompetansen. Gjennom lover, regler og autorisasjonsordninger bidrar samfunnet til å regulere virksomheten. På en slik måte monopoliseres virksomheten, og de enkelte helseprofesjonene sikres en større grad av autonomi. Konkurrerende profesjoner kan holdes på en viss avstand (Sandvik 1997:313).

Omtrent 43 % av dagens norske sykepleiere jobber i somatiske institusjoner, mens 29 % har sitt arbeid innenfor pleie og omsorg. Offentlig godkjente sykepleiere utgjør den

største yrkesgruppen innenfor helse og sosialsektoren (Statistisk sentralbyrå, Texmon et al. 2005). De scorer svært høyt i målinger av ulike yrkers tillit og anseelse (Sørensen 2000).

Å se på sykepleiefaget med et kjønnslig blikk åpner opp for nye forståelsesmåter for den sykepleiefaglige diskursen. I Norge har vi, på tross av et fokus på likestilling, ett utpreget kjønnsdelt arbeidsmarked, sett i forhold til resten av Europa. Sykepleie er en kvinne-dominert arena sett i historisk og nåtidig lys. Kvinne-dominansen gjenspeiler seg både i praksis og blant ledende teoribyggere innen faget. Likevel er det en seiglivet forestilling i helsevesenet at det er kjønnsnøytralt. Dette har sin årsak i at en er oppgaveorientert (Foss and Ellefsen 2005).

Kjønnsnøytraliteten utfordres imidlertid i økende grad i sykepleiefaglig litteratur (Bakken 2004; Dahle 2005; Foss and Ellefsen 2005). Rannveig Dahle (2005) ser på kjønn i dagens helsevesen med inspirasjon fra Simone de Beauvoirs berømte sitat: *"Man fødes ikke til kvinne, man blir det"*. I en slik forståelse kan kjønn sees på som *"kulturell grammatikk som vi tenker, handler, bedømmer og bedømmes ut fra"* (Dahle 2005:123). Dette er interessante perspektiver sett i forhold til sykepleie som et omsorgsfag og i lys av den underordning faget har i relasjon til legene. Tradisjonelt sett skapte den etablerte arbeidsfordelingen mellom lege (mann) og sykepleier (kvinne) et oversiktlig og velavklart system. Legens ord var lov, han var overordnet. Hun var lojal og underordningsvillig. Denne arbeidsfordelingen gir en komplementær rollefordeling som videreføres i dagens helsevesen om enn i mer tilslørt form. Det økte fokuset på en markedsorientert, økonomisk basert maktkonsentrasjon som preger dagens helsevesen, har samme kjønnslige effekt. De kan leses som nye arenaer for menns makt (Dahle 2005).

Det kan være nyttig å reflektere noe videre om sykepleie som et fag. Men hva er et fag og hvorfor er det sentralt i en diskursanalyse? Vigdis Granum (2001) har i sin dr. grads avhandling *"Studentenes forestilling om sykepleie som fag og funksjon"* belyst dette, og tar utgangspunkt i Bruners definisjon: *"Fag er en oppfinnelse, der er gjort i et samfund hvor opplysningen står høyt. Det kan oppfattes som måter hvorpå man kan tenke over visse fenomener"* (Granum 2001:19). Hun sier videre:

For di et fag tilhører en gruppe mennesker, utøverne av faget, er faget en del av kulturen. Faget representerer utøvernes måte å tenke kunnskap på. En felles tenkemåte innenfor faget, innebærer en felles strukturering av kunnskap med begreper, symbolisert ved et felles språk. Fagets innhold er kunnskaper og teorier om aktuelle fenomen og problemer, samt erfaringer. Faget former yrkesutøverens tenkning fordi virkeligheten filtreres gjennom fagets begreper (Granum 2001:19).

Granum problematiserer og utdyper imidlertid en slik forståelse sett i relasjon til sykepleie, og viser kompleksiteten i å definere et fag som ikke er rendyrket fagorientert (teoribasert) eller funksjonsorientert (håndverksbasert). Et kvinnefag som i stor grad har forandret seg i takt med samfunnsutviklingen, og et fag som oppfattes ulikt avhengig av hvilket kunnskapssyn sykepleieren har (Granum 2001).

Gedda (2001) problematiserer også kunnskapsgrunlaget sykepleieren baserer seg på i sitt yrke. Hun påpeker at det i sykepleielitteratur hevdes at det har vært en perspektivforskyvning i sykepleie fra et syn på mennesket som atomistisk, forutsigbar, observerbar og målbar til et humanistisk, holistisk perspektiv. Imidlertid viser det seg at det atomistiske perspektivet er mer fremtredende enn det holistiske i praksis (Antrobus 1997; Gedda 2001).

På tross av lange tradisjoner, er altså sykepleiefaget som vitenskap ungt og domineres både av faglig uklarhet og faglig uenighet. En forståelse av fagets innhold og fokus er derfor ikke så tydelig som dets lange historie skulle tilsi. Kanskje er den mer uklar enn noen gang? Det har så langt ikke lyktes innenfor sykepleiefaget å bli enige om en definisjon av hva sykepleie er (Smith, Masterson et al. 1999).

For å finne frem til ulike meningsmønstre som preger sykepleiefaget i dag, har jeg derfor hatt stor nytte av å betrakte og ta del i debattene rundt fagplanarbeid i sykepleierutdanningen. Det er en utfordrende oppgave å få de ulike perspektiver til å henge sammen slik at de gir sammenheng og gode læreprosesser for studentene. Faget spriker i mange retninger: *”Uenigheten om innholdet i sykepleiefaget bunner i forskjellige vitenskapsteoretiske og kunnskapsteoretiske syn i de ulike fagmiljøene. Dette får konsekvenser for underviserens formidling av sykepleiefaget til studentene”* (Granum 2001:35).

Jeg har parallelt med dette arbeidet lest sentral sykepleielitteratur for å kunne identifisere hvilke representasjoner, tankemønstre eller rasjonaliteter som

utkrystalliserer seg i den sykepleiefaglige diskursen i Norge i dag. Begrepet rasjonalitet kan sies å betegne hvilken fornuft vi bygger våre handlinger på (Foss 1997). To av rasjonalitetene som umiddelbart trer fram, er velkjente blant sykepleiere. Jeg tenker da på begrepet omsorgsrasjonalitet som ble lansert av sosiologen Kari Wærness og teknisk rasjonalitet som begge har vært debattert siden 70-tallet. Foss fremhever dette spenningsfeltets betydning for faget: ”*i et spenningsfelt mellom tradisjon og vitenskap, kvinnelig omsorgsrasjonalitet og mannlig teknisk rasjonalitet - en meget sårbar posisjon for fagets verdigrunnlag og for fagidentiteten*” (Foss 1997:259).

Ut fra mitt forskningsspørsmål har jeg også lett etter et tredje alternativ, den helsefremmende representasjonen. Den lar seg også identifisere i miljøet og i norsk litteratur (Karoliussen 2002; Berg 2003; Stang 2003; Gammersvik 2006). Tenkningen er gjenkjennbar i Norsk Sykepleierforbunds dokument (Flovik and Normann 2005) og International Council of Nurses (ICN) sin definisjon av sykepleie (ICN 2006), i helsepolitiske dokumenter (NOU 1986:4 and Jensen 1986; Sosialdepartementet 1992; Helsedepartementet 2002; NOU 2005:3 2005) og blir i økende grad vektlagt i helsefaglige utdanninger (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005). Dessuten er helselovene som trådte i kraft i 2001 tydelige på en dreining fra en paternalistisk holdning i helsevesenet mot et fokus på brukermedvirkning.

Å velge å fokusere på disse tre retningene innenfor sykepleiefaget, støttes fremfor alt av britisk litteratur. Årsaken til dette er den store omleggingen av engelsk sykepleierutdanning, ”Project 2000”, som ble utviklet på begynnelsen av 1990-tallet. I denne reformen har helsefremmende arbeid blitt løftet frem som en sentral, overordnet filosofi i britisk sykepleierutdanning (Wilson-Barnett and Clark 1993; Kendall 1998; Smith, Masterson et al. 1999).

En kan dele inn sykepleiefaget med et fokus på at også en retning som vektlegger akademisering av sykepleiefaget bør inngå. Akademiseringsdebatter er svært aktuelle i det sykepleiefaglige miljøet, og preger i høy grad konstruksjoner av sannheter i miljøet (Beedholm 2003). I den senere tid har akademisering i sykepleie blitt ytterligere forsterket i forbindelse med NOKUTs gjennomgang av sykepleierutdanningene. De påpeker store mangler ved sykepleielærernes

kvalifikasjoner. NOKUT har satt som minstekrav at 20 % av lærerne i grunnutdanningen i sykepleie skal være på førsteamanuensis / førstelektornivå og at resten av lærerstaben skal inneha lektorkompetanse. Videre understrekes det at undervisningen i sykepleierutdanningen skal være forskningsbasert (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen NOKUT 2007). Et fokus på akademisering vil derfor være sentralt innenfor alle de tre ulike representasjonene som jeg velger å løfte frem, og fremtrer derfor ikke som en egen retning slik jeg ser det.

Som en ”test” på at jeg har funnet frem til aktuelle konkurrerende skoler som preger det norske sykepleiefaglige miljøet slik det fremstår i dag, har jeg funnet disse representasjonene igjen i det store læreverket i grunnleggende sykepleie som benyttes i mange norske utdanningsinstitusjoner (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005). Læreboka presiserer imidlertid også at det ikke er en felles forståelse innenfor miljøet av hva som er fagets fokus. *”Sykepleiens fokus er beskrevet av forskjellige sykepleiere og forfattere. Beskrivelsene av fagets fokus varierer fordi disse forfatterne vektlegger ulike sider av sykepleien”*(Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005:14).

Denne oppgaven vil ut fra dette presentere disse tre ulike representasjonene for sykepleiediskursen. Den behandlingsorienterte ”handle-for” sykepleieren, den omsorgsorienterte ”være-hos” sykepleieren og til slutt den helseorienterte ”fremme-helse” sykepleieren. Hensikten min med å finne nye navn på idealtypene er å forsøke å unngå at leseren umiddelbart knytter begrepene til selvfølgelig sannheter de har i sin virkelighetsforståelse knyttet til sykepleie.

4. Tre sykepleiefaglige idealtyper

”Men når jeg ”stiger inn i fortiden”, vil møtet med mine formødre føre til at forståelseshorizonten blir gjennomlyst og utvidet av sykepleietradisjonens visdom eller eventuelle dårskap”

(Martinsen, Alvsvåg et al. 1993:20).

Jeg vil i dette kapittelet foreta en nærmere presentasjon av hvordan de tre ulike meningsmønstrene framtrer i den sykepleiefaglige diskursen. Jeg belyser hvordan de framtrer i dag, ser på hvilket kunnskapsgrunnlag de bygger sitt møte med mennesker på, og beskriver den historiske utviklingen av de ulike retningene. Dette gir et grunnlag for å lete etter og undersøke hvordan disse retningene framtrer og posisjonerer seg i forhold til hverandre i de nasjonale læreplanene. Hensikten med dette er slik Foucault (2002) påpeker, ikke å nøytralisere diskursen, men å løfte den frem i all sin kompleksitet. Ved å sette dagens forståelser og spørsmål opp mot alternative forståelser fra fortiden, kan en relativisere forståelsen i dag. På denne måten kan det som kan se selvfølgelig eller naturlig ut for oss i dag, vise seg slett ikke å være det (Carabine 2001; Foss and Ellefsen 2005; O'Farrell 2005).

4.1 ”Handle-for”- sykepleieren

”Handle-for”-sykepleieren er tydelig gjenkjennbar i dagens sykepleiefaglige diskurs, og har tradisjonelt vært den mest dominerende retningen fremfor alt på sykehus. Hun kjennetegnes av et ønske om å ordne opp for pasienten så effektivt og greit som mulig, hun vet hva som er best for pasienten i kraft av sin profesjonelle kompetanse (Tveiten and Severinsson 2005). Hun er problemløsningsorientert og sykdomsorientert (Gjengedal 2000), og en representant for en paternalistisk styrt og behandlingsorientert helsetjeneste, hvor den profesjonelle tar avgjørelser på vegne av pasienten, til beste for pasienten (Tveiten 2007). Wærness beskriver denne sykepleierens rasjonalitet slik: *”..søke å overvinne den avvikende tilstand så raskt og fullstendig som mulig. Forandringsorientert. Fragmentarisk og avbrutt relasjon. Teknikeren er til stede når den kurative prosess krever hennes spesifikke ferdigheter”*(Wærness 1982:105).

”Handle-for” sykepleieren er bevisst på sin selvstendige sykepleiefunksjon sett i forhold til en medisinsk tenkning, men benytter samme type rasjonalitet i sin tilnærming til pasienten. Å forebygge og behandle sykdom ser ut til å være et sentralt fokus hos sykepleieren. Hovedfokuset legges på pasientens tilstand og problemer, og helse forstås som fravær av sykdom (Berg 2003).

Hennes tenkning dreier seg om å identifisere sykepleiediagnoser basert på en datainnsamling, sette opp mål for sykepleien, iverksette evidensbaserte tiltak og evaluere effekten av disse. Denne tenkning kalles i sykepleiefaglige miljøer for sykepleieprosessen, selv om det er en velkjent problemløsningsmetode i mange fagmiljøer.

The nursing process of assessment and intervention is inherently a medical modell approach requiring a nurse to label a person and intervene with universal lifestyle modification advice, often without acknowledging the uniqueness of the person or the meaning of his/her experience (Morgan and Marsh 1998:380).

“Handle-for sykepleierens” kunnskapssyn er påvirket av en tenkning om at det finnes ”sikker” kunnskap der ute som sykepleieren må kjenne til. Videre tar hun utgangspunkt i målbare og resultatorienterte sykepleieteorier, som er egnet for pasienter som kan gjenfinne helse (Granum 2001). Ideologisk kan denne retningen tolkes ut fra etiske prinsipper om velgjørenhet og ikke-skade (Stang 2003).

As health professionals we use or apply this “certain” knowledge in our practice with people to enhance prediction and control of human health and behaviour. The notion of health within theoretical perspectives grounded in this view has come to mean the absence of disease or optimum well-being, something to be attained, maintained, or restored through such activities as self-care (Northrup and Purkis 2001).

I senere år har en evidensbasert tenkning i høy grad påvirket hva som er ”sant” i sykepleiefaget, etter innflytelse fra medisinsk tenkning. Hensikten med å tilstrebe en evidensbasert praksis (EBP) er å gjøre praksis mer forskningsbasert. ”at vurderinger og handlinger i større grad skal baseres på kunnskap som er utviklet gjennom forskning utført i tråd med det biomedisinske vitenskapsidealet” (Ekeli 2005:49). Forskningsresultater som oppfyller disse kravene samles i databaser og artikler. Det er et system som skal sikre at praksis utføres på grunnlag av ”den beste kunnskapen”,

Cochrane er den internasjonalt mest kjente av disse databasene. Denne tenkningen er kjent som et effektivt hjelpemiddel for å oppdatere helsearbeidere i det nyeste nye innen medisinsk, sykepleiefaglig forskning. Da vil en kunne imøtekomme krav om kostnadsreduksjon, effektivitet og ikke minst kvalitet (Ekeli 2005).

EBP-kunnskapens viktigste gyldighetskriterier kan sammenfattes i disse kriteriene: objektivisering, kvantifisering, standardisering og kontroll. Jo bedre metoden klarer å nøytralisere enkeltmennesker, dets egenskaper og subjektivitet, dess sikrere blir kunnskapen om hvordan behandling virker (Ekeli 2005). EBP forskning kan gi nyttig og viktig informasjon om biologiske dimensjoner knyttet til sykdom og behandling - kunnskap som er sentral i sykepleie. Men dette kunnskapssynet fokuserer på mennesker som biologi og fenomener som lar seg dele opp og kvantifisere. Det er lite plass til relasjonelle og kontekstuelle dimensjoner, slik som møtet mellom sykepleier og menneske/samfunn (Ekeli 2005).

Den historiske utviklingen av ”handle-for” sykepleieren kan sees i sammenheng med utviklingen av medisinsk spesialisering og dermed vekst i helsevesenet fra 1950 tallet. Legene stilte stadig større krav til mer spesialiserte sykepleiere med medisinsk kunnskap, de trengte kvalifiserte assistenter på sykehusene. Støtte fra legene om økt kompetanse hos sykepleierne, har vært viktig for at sykepleierne fikk gjennomslag for en rekke formelle krav. Omsorgsbegrepet forsvant ut av sykepleiernes lærebøker, og fokuset var på viktigheten av å være en godt kvalifisert medisinsk medhjelper (Melby 1990).

Den vitenskaplige fasen i norsk sykepleie utviklet seg fra slutten av 1960-årene. Faget stod, og står, i et spenningsfelt mellom den spesialiserte medisinen og samfunnsvitenskap, mellom praksis og teori, mellom nasjonale, internasjonale politiske føringer og faginterne kampsaker. (Sundin 1987; Granum 2001; Hem 2001; Fause and Micaelsen 2002; Kvangarsnes 2005). Det ble viktig å finne det selvstendige, sykepleiefaglige teorigrunnet for å kunne posisjonere seg ytterligere i helsevesenet. Det ble derfor naturlig å se til den sykepleiefaglige utviklingen i USA. Sykepleiefaget fikk tidlig sin plass i universitetene i USA. Amerikanske sykepleielærere hadde allerede utarbeidet teorier som kunne klargjøre hva som er sykepleierens fokus. Dette var et forsøk på å skape en sykepleieidentitet bort fra en medisinsk assistansefunksjon

til et selvstendig fag. Det utviklet seg to ulike retninger i det amerikanske sykepleiefaglige universitetsmiljøet. Den ene var behovsteorier fra Teachers College, Columbia University, hvor mønsteret var naturvitenskaplig, kvantitativ forskning. I dette miljøet ble det arbeidet intenst med å profesjonalisere sykepleie. Teoriene måtte oppfylle de vitenskapelige kriteriene som var akseptert innenfor andre vitenskaplige fagområder, for eksempel psykologi og sosiologi. Kjente teoretikere fra denne fløyen som dagens norske sykepleiestudenter får et forhold til er: Virginia Henderson teori om menneskets grunnleggende behov og Dorothea Orems egenomsorgsteori (Kirkevold 1992).

Den andre fløyen, relasjons teorier fra Yale university, baserte seg på praksisorienterte kvalitative forskningsmetoder hvor de vektla det mellommenneskelige aspektet av sykepleie. Det var imidlertid den førstnevnte retningen som vant kampen og som i høy grad kom til å påvirke tenkningen i norsk sykepleie fremover (Kirkevold 1992).

Norges Sykepleiehøyskole er sentral i denne sammenheng. Skolen ble drevet av NSF og var den eneste godkjente nasjonale videreutdanningsvei for sykepleiere som ønsket lærer- eller lederkompetanse. Slik var det helt frem til sykepleievitenskap ble et fag på universitetene tidlig på 80-tallet. Kari Melby (1990) beskriver denne skoles maktpåvirkninger:

Gjennom Norges Sykepleierhøyskole har NSF hatt hånd over utdanningen av sykepleielærere fra 1925 og helt til 1985. Det har gitt organisasjonen en unik mulighet til å prege de som skulle bli sykepleiere. Det må også ha bidratt til at sykepleierskekulturen på mange måter fremstår som så enhetlig. Utdanning av ledere ga ikke bare mulighet til å lede elevene, men også de ferdige sykepleierskene. Det sikret forbundet en mulighet til å overvåke den praktiske yrkesutøvelsen (Melby 1990:94).

Dette miljøet hentet sin utdanning hovedsakelig fra Columbia University, og ble i spøk kalt for "Den norske amerikaline" (Fause and Micaelsen 2002) av samtidige sykepleiere. Norsk sykepleie ble i disse årene i høy grad influert av en positivistisk forskningsretning som var lite opptatt av vitenskapsteoretiske spørsmål (Kirkevold 1992). Grunnleggende verdier i sykepleie, som etikk og omsorg, hadde ingen plass: "Vitenskaplig tenkning i form av systematisk problemløsning skulle erstatte praksis

basert på vaner, tradisjoner og intuisjon” (Hamran 1997:194).

At det ble en positivistisk versjon av amerikansk sykepleievitenskap som ble omfavnet av sykepleiefagets ledere kan sees i sammenheng med samfunnsutviklingen forøvrig. Den engelske sykepleieprofessoren Allison Kitson (1994) har en interessant vinkling på dette. Hun sammenligner helsetjenesten med den industrielle utviklingen, og deler denne inn i tre faser. Først håndverksmodellen, hvor arbeideren hadde ansvaret for hele arbeidsprosessen og dermed kvaliteten på produktet. Deretter inspeksjonsmodellen, hvor en etter tayloristiske prinsipper delte opp arbeidsoppgavene i atskilte samlebåndsoppgaver, og hadde arbeidsledere som overvåket og kontrollerte prestasjonene. Deretter total kvalitetsledelse, hvor delaktighet og autonomi hos de ansatte var sentrale verdier, men hvor brukernes interesser eller organisasjonens rammefaktorer sjelden ble problematisert. Denne vinklingen er fra 1994. I dag ville det vært aktuelt med en fjerde fase, nemlig ”New public management”.

Dette er, i følge Kitson, overførbart til ”sykepleiearbeidernes” historiske utvikling. I helsetjenesten har håndverksmodellen vært gjenkjennelig helt frem til i dag, mens ”sykehus-sykepleie” har siden starten vært dominert av inspeksjonsmodellen, med et oppgave / prosedyreorientert fokus. Kitson mener at denne tradisjonen forklarer sykepleiernes vilje til å måle, kontrollere og dokumentere gjennom sykepleieprosessen. Sykepleierens holistiske pleie har ikke vært vektlagt i en slik organisering, den har vært avhengig av sykepleierens eventuelle personlige egenskaper (Kitson 1994; Hamran 1997): ”*Eventuella försök till förening av dessa uppgifter till en helhets- eller holistisk omvårdnad har varit en fråga för den enskilda sjuksköterskan moraliska hållning och engagemang, inte på organisationsmässiga krav eller intellektuella resonemang*” (Kitson 1994:24).

Ved total kvalitetsledelse ble den patriarkalske tradisjonen ved avdelingene videreført. De profesjonelle definerer pasientens problem. Sykepleieprosessen har gjennom disse organisasjonsendringene blitt sett på som en praktisk metode som var forbeholdt sykepleiere. Dens teoretiske grunnlagstenkning eller et fokus på mellom-menneskelige relasjoner ble lite vektlagt (Kirkevold 1992). Denne tenkningen ble møtt med kritikk særlig fra 1980-tallet, og en kunne se en gryende debatt om ulike kunnskapssyn i sykepleien. Kritikerne introduserte omsorg som sykepleiens

grunnleggende begrep (Kirkevold 1992).

Den nye organisasjonsoppskriften, "New Public Management", har også materialisert seg i institusjonene i helsevesenet ved å innføre en resultat- og markedslignende tenkning overfor "brukere" eller kunder som ikke lenger er passive "pasienter". Lians bok "Når helse blir en vare" (2003) diskuterer hvordan helsevesenet i økende grad konkurrerer om de attraktive pasientenes gunst. Hva skjer i et slikt system med omsorgstrengende mennesker med diffuse sammensatte plager?

4.2 "Være-hos"- sykepleieren

"The scope of nursing may go beyond caring "for" patients to caring "about" them"

(J. Salvage i Smith, Masterson et al. 1999).

"Være-hos"- sykepleieren bygger på en omsorgsrasjonalitet som tar med seg urgamle kvinnetradisjoner i måte å tenke, handle og vise omsorg på. Dette er en tradisjon basert på hverdagslivets hendelser, der kvinner er sosialisert inn i en rolle som tar vare på andre. Sykepleieren får en morserstatningsrolle (Wærness 1982) som steller, hjelper, beskytter, oppfyller ønsker og behov på grunnlag av evne til empati (Foss 1997). Målet for sykepleien blir da: *"Søke å gjøre det så bra som mulig for pasienten i den situasjon han eller hun er i, oppnå en statistisk best mulig tilstand. Kontinuerlig relasjon til pasienten"* (Wærness 1982:105).

I Norge relateres "være-hos"- sykepleieren først og fremst til sykepleieren og filosofen Kari Martinsens tenkning og kritiske stemme i sykepleiefaglige miljøer. Hun fremhever omsorg som kjernen i sykepleie, en omsorg som bygger på en humanistisk, fenomenologisk kunnskapstradisjon som gir assosiasjoner til kvinner og myke verdier slik som helhet, opplevelse, erfaring, det subjektive og relativ kunnskap (Kvangarsnes 2005). *"Det innebærer en sykepleie hvor den naturlige sansingen og erfaringen slippes til gjennom blikket, hørselen, lukt og følsomhet både i ord og gjerninger"* (Fause and Micaelsen 2002:296).

Ved å teoretisere omsorgsbegrepet viser Kari Martinsen at omsorg innebærer et menneskesyn og en livsforståelse der avhengighet er det grunnleggende ved vår menneskelige eksistens. Sykepleie handler om å ta seg av syke mennesker. I stedet for

et fokus på sykepleievitenskap som baserer seg på teknologiens herredømme, må erfaringsbasert kunnskap og læring i praksis var det sentrale. Profesjonalisering innebærer spesialisering og arbeidsdeling som vil bryte kontinuiteten i pleien og føre til en hierarkitvikling blant pleierne. Dette fører til mangel på helhet og dermed dårligere omsorg. (Martinsen and Wærness 1991; Fause and Micaelsen 2002).

Martinsen skiller dessuten på det hun kaller ”vekstomsorg” og ”vedlikeholdsomsorg”. Hun er svært kritisk til at omsorg i for stor grad knyttes til behandling, til det å bli bedre; en ”vekstomsorg” som kan komme til å favorisere de pasientene som har en god prognose og dermed en mulighet til å bli bedre av sykepleierens omsorg. Dette kan bidra til mindre omsorg til eldre og pasienter med dårlig prognose eller ”feil” diagnose. En prioriterer det som gir synlig resultat. Hun vektlegger i stedet en styrking av ”vedlikeholdsomsorg”; institusjoner som ”utfører pleie og omsorg uten tanke for at pasienten nødvendigvis skal bli bedre eller selvhjulpen”(Gjengedal 2000:40). Hennes forslag er da en avprofesjonalisering av omsorgsarbeidet. Pleieoppgaver og erfaringer fra praksis må vektlegges i alle deler av helsevesenet (Gjengedal 2000). Herdis Alvsvåg (1981) støtter denne retningen og hevder at hvis helse skal være målet med sykepleie, vil de mest omsorgstrengende pasienter måtte ekskluderes. Videre kritiserer hun bruk av de tradisjonelle, amerikanske sykepleieteoriene, fordi disse teoriene er tilpasset ”de friskeste syke”. Sykepleie har alle pasienter som sitt område (Granum 2001).

Denne omsorgsretningen på sykepleie, blir i engelskspråklig sykepleielitteratur omtalt som ”New Nursing”; en gjenoppdagelse av en sykepleie med et holistisk syn på helse, velvære og følelser. God sykepleie knyttes til følelser, varme hender, kvinnelige egenskaper og empati. Kontrasten er stor fra ”handle-for”- sykepleierens ønske om å løse problemer til ”være- hos”- sykepleierens ønske om å være tilstede, være med, være hos pasienten i et emosjonelt forhold (Smith, Masterson et al. 1999). Kristin Heggen (2000) uttrykker en bekymring for det hun hevder er en tendens til en ”varmebølge”, en romantisering av sykepleiefaget, som følge av det økte fokus denne retningen har fått. Hun er bekymret for at faget beveger seg i retning av å bli et ”væremåtefag”: *”En for sterk betoning av følelser og medmenneskelige aspekter kan svekke den faglige egenart i sykepleie, og gjøre det vanskelig å heve seg over det*

varme hjertelaget og den alminnelige sunne fornuft” (Heggen 2000). Retningen er videre blitt kritisert for å ekskludere menn i sykepleieyrket (Smith, Masterson et al. 1999; Juritzen 2001; Bakken 2004). Runar Bakken sier det på sin poetiske måte slik: *”omsorgsteoriene forsterker marginaliseringen av den mannlige sykepleier fordi de, uten å si det, sier at det er kvinnene i faget som kan realisere både det gode og det rette – fordi de er kvinner*” (Bakken 2004:116).

”Være-hos” sykepleieren er på mange måter først og fremst en positivismekritikk eller en representasjon av ”den antimedicinske mekanisme” (Beedholm 2006) i den sykepleiefaglige diskursen. Retningen ser på sykepleie ut fra et kvinneperspektiv hvor Kari Martinsens omsorgsteorier brukes som teorigrunnlag. Hennes teorier er basert på en sterk uro over det positivisme - dominerte samfunnet vi lever i, som også dominerer i helsevesenet. Hun viser gjennom sitt rikholdige forfatterskap hvordan dette har hatt en uheldig innvirkning på utvikling av sykepleiefaget. Ved å studere sykepleiens historie viser hun hvordan håndverkslæring og omsorg utgjorde basisen i sykepleierens fagidentitet, og det er disse verdiene hun bygger videre på i sin omsorgsteori. På denne måten bidrar hun til en rikere forståelse av grunnleggende mangler ved vitenskaplig kunnskap som handlingsgrunnlag for omsorg (Kirkevold 2000; Kvangarsnes 2005).

Hennes omsorgsteori bygger på filosofene Heidegger og Løgstrups tenkning, og er vanskelig å overføre direkte til konkrete, praktiske sykepleiesituasjoner. Kirsten Beedholm (2006) har i sin artikkel; ”Den nødvendige omskriving – om Kari Martinsens tenkning og dens transformation” undret seg over hvordan Martinsens svært kritiske og filosofiske tekster har kunnet få stor gjennomslagskraft innenfor den sykepleiefaglige diskursen. Hun viser ved hjelp av en diskursanalyse hvordan Martinsens tenkning er transformert inn i den sykepleiefaglige diskursen, og hvordan den da har mistet flere av sine mest radikale poenger.

I den humanistiske tradisjonsfasen var sykepleiertradisjonens fagautoritet omsorg, og gjennom praksis og håndverkslæring ble tradisjonene videreført. Sykepleiens idealer sto i nær sammenheng med kristne verdier og med det som ble oppfattet som typisk kvinnelig. Sykepleie var et kall, og hennes tjenester var orientert mot andres behov (Kvangarsnes 2005). Det å være en god kvinne var det samme som å

ha god moral. Moralen ga seg til kjenne både i hvordan en så ut og hvordan en oppførte seg. I likhet med de ytre symbolene hadde det kvinnelige både en etisk og estetisk side som gjensidig forsterket hverandre. Gjennom utdanning skulle det kvinnelige foredles (Hvalvik 2002).

Denne retningen var sentral frem til den eksplosive utbyggingen av sykehus fra 1950 -årene. Selv om ”Være-hos” sykepleieren var påvirket av sin tids kvinnesyn, hevder Kari Martinsen likevel at en underdanig kvinnerolle ikke gir et fullverdig bilde av denne perioden. Hun påpeker at med omsorgsrasjonalitet ønsket sykepleierne spesielt i mellomkrigstida å gå inn som ledere i helsearbeidet (Kvangarsnes 2005).

4.3 ”Fremme-helse” – sykepleieren

”an individual’s health is too important to be left to the medical profession”
(Tones 1993: 4).

”Fremme-helse” – sykepleieren er opptatt av at helsevesenet, hennes arbeidsplass, skal bevege seg i en mer helsefremmende retning i tråd med Ottawa – charteret strategier. Hun er helseorientert, noe som innebærer en holistisk tilnærming til brukerne av helsetjenester. Hun arbeider for en endring av helsetjenestens organisering og arbeidsmetoder slik at det er pasientens helseprosess som er i sentrum, ikke sykdommen og heller ikke omsorgsbehovet. Dette innebærer en økt vektlegging av pasientens ressurser og muligheter ut fra en sosioøkologisk helseforståelse (Fosse 1997; Stang 2003). Den enkeltes helse skapes ikke først og fremst i og av helsevesenet; helse skapes der folk er, der de jobber, leker eller lærer (WHO 1986).

Denne retningen støttes av offentlige politiske helsedokumenter og helselovene fra 2001. ”Fremme-helse” sykepleieren representerer en ung retning innenfor den sykepleiefaglige diskursen og tenkningen er kontroversiell i manges øyne. ”Fremme-helse” - sykepleieren har så langt ikke hatt stor utbredelse i det norske sykepleiefaglige miljøet (Berg 2003; Tveiten and Severinsson 2005; Gammersvik 2006). Denne retningen utgjør derfor en representasjon som er gjenkjennbar, men som ikke dominerer, og sykepleiernes muligheter innenfor denne retningen er ikke godt nyttet i helsetjenesten (Smith, Masterson et al. 1999): *”a fundamental shift in the process of*

providing care is necessary. Because health promotion is an enabling, empowering strategy, staff need to alter their perspectives and behaviour. Few seem able to do this as yet...” (Wilson-Barnett and Clark 1993:1).

Ottawa charteret (WHO 1986) har fem strategier for hvordan helse kan fremmes. Den siste er å re-orientere helsetjenesten i en mer helsefremmende retning. Hva innebærer dette for sykepleiere som en sentral yrkesgruppe i helsetjenesten? Det betyr fremfor alt at helsevesenet må bevege seg i en retning som ser utover sitt ansvar for å behandle sykdom.

Konsekvensen av dette er todelt: For det første krever dette en holdningsendring av helsepersonells innstilling til brukerne av helsetjenester. En dreining fra et ekspert fokus til et fokus på samarbeid med brukeren (Koelen and Ban 2004), fra monolog til dialog (Hauge and Ausland 2003). Helsefremmende arbeid har et fokus på å styrke både enkeltmennesket og det sosiale, fysiske og økonomiske miljøet rundt; å skape et støttende miljø. Selv om miljøet er støttende, vil det å foreta helsefremmende valg bli vanskelig hvis en ikke føler at en har kontroll over sitt miljø eller sine personlige forhold. Empowerment er derfor blitt et svært sentralt begrep i helsefremmende arbeid (Koelen and Lindström 2005), og dette innebærer at en ser på det enkelte menneskes kunnskap og makt over seg selv som kanskje den viktigste forutsetningen for å fremme helse (Hanson 2004).

I en sykepleie kontekst, er empowerment tett knyttet til sykepleierens ideologi – et holistisk menneskesyn. Det innebærer et fokus på pasientens ressurser framfor problemer, og delaktighet fra pasienten er derfor helt nødvendig for å legge forholdene til rette for empowerment (Kendall 1998; Tveiten and Severinsson 2005). *”Sannheten om hvordan livet skal leves, tilhører ikke ekspertene alene. Snarere er det slik at det finnes mange sannheter og alternativer dersom bemyndigelsestanken skal følges”* (Stang 2003:142).

Fremme-helse sykepleie skal imidlertid ikke forstås dit hen at fagets betydning skal reduseres eller usynliggjøres, men heller at kompetansen brukes til å sette pasienten i fokus. Pasienten har rett til medvirkning, men kan ikke bestemme det som er relatert til fagutøverens ansvar og myndighet (Tveiten and Severinsson 2005).

For det andre innebærer dette en organisasjonsendring i helsevesenet. Dette

betyr ikke at alle helseinstitusjoner skal utvide sitt tilbud, men at de ser på brukerne som hele mennesker og vektlegger tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid.

”Samarbeid på tvers av yrkesgrupper og sektorer er en sentral målsetting, og helseprofesjonene skal i prinsippet ikke ha en mer framskutt rolle enn andre yrkesgrupper” (Fosse 1997:169). Tverrsektoriell samarbeid innebærer mulighet for synergi effekter som gjør at ulike mennesker med ulike bakgrunner kan oppnå mål som de ikke kunne ha klart alene (Koelen and Ban 2004).

Dean Whitehead påpeker i sine artikler (Whitehead 2003 a; Whitehead 2004) at sykepleiere i stadig større grad oppfordres til kritisk politiske refleksjoner knyttet til eget arbeid, organisering av egen institusjon og helsevesenet i et helsefremmende perspektiv: *“Those involved in health care and health promotion must abandon their professional isolation and begin to work through the community rather than on it, in order to do things with the community rather than to it”* (Whitehead 2003 a: 671).

En helsefremmende ideologi kan sammenfattes i fem punkter:

- Helse skal sees på med et holistisk syn på mennesket og er en positiv tilstand.
- Helse for alle vil være en umulighet så lenge det eksisterer store ulikheter mellom land og sosiale grupper.
- Et helsefremmende land arbeider for en rettferdig fordeling av helseressurser og legger til rette for empowerment, hvor det legges til rette for å skape helsefremmende, støttende miljø for alle.
- Helsetjenestene må legge til rette for samarbeid i stedet for overtalelse overfor menneskene som trenger helseprofesjonenes kompetanse
- Folks helse er ikke bare den enkeltes ansvar; helsa vår er i stor grad styrt av fysiske, sosiale, kulturelle og økonomiske miljø (WHO 1991; Tones and Tilford 2001).

Denne retningen er kritisert innenfor helsevesenet for å bli for altomfattende, for lite konkret. Er det meningen at helsevesenet skal ta seg av alle bekymringer folk måtte ha? Vil det ikke være bedre å ha et ”sykevesen” som spesialiserer seg på å behandle sykdom? (Andrews 1997)

De første spor av helsefremmende tenkning i sykepleie kan spores tilbake til Florence Nightingale på midten av 1800- tallet. Hun hadde stor tro på betydningen av

å skape støttende miljø for å fremme helse (Morgan and Marsh 1998). I 1859 definerte hun sykepleie som: *“Sykepleie er å sette pasienten i den best mulige tilstand slik at Naturen kan virke på ham”* (Karoliussen 2002:40). Nightingale fremhevet at svaret på hva sykepleie er ikke finnes primært i sykdommen, men i hvordan den som er syk opplever sin sykdom og sin situasjon (Nortvedt 1998).

I mellomkrigstiden medvirket en vekst i helse- og sosialpolitiske oppgaver i kommunene til at sykepleiere deltok aktivt i folkehelsearbeid, spesielt ved tilsynsoppgaver og bekjempelse av tuberkulose. Flere sykepleiere markerte seg i den offentlige debatten, ønsket lederverv i folkehelsearbeid og ønsket å videreutvikle dette arbeidet. Oppfatningen var at sykepleiere ikke må slå seg til ro med ”at vi gjør så godt vi kan”. Sykepleierne må engasjere seg politisk, det er en viktig del av hennes fag. Arbeidet høstet anerkjennelse hos helsedirektør Karl Evang, som var en av initiativtagerne til opprettelsen av verdens helseorganisasjon (WHO) og det ”utvidete” helsebegrepet (Fause and Micaelsen 2002; Mathisen 2006).

Allerede fra 1960 – årene brukte norske sykepleiere begrepet å fremme helse som ett av sine kjerneområder. Det bygget på WHO’s definisjon av helse fra 1947, med andre ord lenge før Ottawa charteret. Den internasjonale sykepleierorganisasjonen, ”International Council of Nurses” definerer sykepleie slik fra 1965:

Sykepleier er en person som har fullført et program i grunnutdanning, og som er kvalifisert og autorisert i sitt land til å gi den mest ansvarsfulle sykepleie for å fremme helse, forebygge sykdom og dra omsorg for den syke (Holtet 1972:15; Wyller 1978).

Så kan en jo spørre seg hva sykepleierne la i begrepet ”å fremme helse”? I gjennomgang av sykepleielitteratur fra 1960 årene og frem til i dag, har jeg funnet minst fire ulike sykepleiefaglige forståelser av hva det betyr å fremme helse. Den mest innflytelsesrike har vært den amerikanske sykepleieteoretikeren Dorothea Orem’s egenomsorgs modell fra 1971. Orem fremhever viktigheten av en vitenskapliggjøring av sykepleie som er preget av sin tid. Hun ser på sykepleie som en praktisk vitenskap som er opptatt av ”prinsipper og årsaker for ting som skal gjøres” (Kirkevold 1992:138) og utviklingen av målrettet og sikker kunnskap. Sykepleieprosessen er det

verktøyet som anbefales i planlegging og gjennomføring av sykepleie. En får her assosiasjoner til "handle-for" sykepleierens kunnskapsgrunnlag. Orem tas likevel med her fordi denne teorien for mange sykepleiere ses på som en helsefremmende retning i sykepleie (Henderson 1987; Valset 2005). Valsets hovedoppgave i sykepleievitenskap fra 1991 (Valset 1991), "Sykepleie og egenomsorg som helsefremmende prosesser" representerer denne retningen. Det er interessant å registrere at det i litteraturlisten i denne oppgaven ikke er en eneste referanse til WHO eller Ottawa charteret. Orem's egenomsorgsteori er blitt kritisert for å i liten grad ta hensyn til den kunnskap, forståelse og innsikt mennesker selv har for å ta vare på seg selv (Kirkevold 1992).

I tilknytningen til denne forståelse av sykepleie finner en også en retning av "helsefremmende sykepleie" som fokuserer på spedbarnskontroll og sykdomsforebyggende helseopplysningsarbeid, først og fremst relatert til helsesøsters oppgaver (Holtet 1972). Fokuset er friske mennesker, og denne retningen gjenspeiler den forståelse av helsefremmende arbeid som ble nevnt innledningsvis; en retning som står sterkt i den sykepleiefaglige diskursen.

I 1989 ga NSF ut heftet, "Helse for alle år 2000 – en utfordring for sykepleiere". Målet var at norske sykepleiere generelt skulle implementere WHO's tenkning og legge større vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid i sitt arbeid. Heftet ble revidert og gitt ut på nytt i 1993, og det poengteres i innledningen at *"aktiviteten og innsatsen ikke har vært slik forutsetningene var da saken ble fremmet i Norsk Sykepleierforbunds landsmøte 1987"* (Norsk Sykepleierforbund 1993:3). Forfatterne tror årsaken kan ligge i at det har vært vanskelig for sykepleiere å tenke på forebygging som noe mer enn primærforebygging, det vil si å redusere eksponering for sykdomsskapende eller helsetruende forhold før sykdom er oppstått (Norsk Sykepleierforbund 1993).

Avslutningsvis har det i nyere sykepleielitteratur dukket opp en humanøkologisk retning som ligger nær opp til det WHO initierte helsefremmende perspektivet. Denne retningen vektlegger en forståelse der den ytre verden, enten det er naturen eller ens psykososiale miljø, har større innvirkning på helse enn sykepleiefaget tradisjonelt har vektlagt (Solli, Mysterud et al. 1996; Karoliussen 2002).

5. Hvordan materialiserer idealtypene seg i læreplanene?

I dette kapittelet vil jeg foreta en analyse av tre nasjonale læreplaner i sykepleierutdanningen; Vilkår fra 1967, rammeplanen fra 1987 og dagens rammeplan fra 2004. Ved å velge ut disse planene får en et bilde på den historiske utviklingen i et 20-årsperspektiv, noe som kan tydeliggjøre eventuelle brudd eller ”tregheter” i den sykepleiefaglige diskursen. Jeg vil videre se på hvordan de er historisk situert, og hvordan de tre idealtypene av sykepleiere materialiserer seg i disse læreplanene.

Læreplanene i sykepleierutdanningen er nasjonale, forholdsvis detaljerte og styrende for utdanningen av dagens og morgendagens sykepleiere. Det er overordnede læreplandokument hvor rammene gis av stat / departement. Disse dokumentene kan sees på som et strukturert pedagogisk verktøy for hvordan sykepleierutdanningen skal drives, hva utdanningen skal være opptatt av og hva utdanningen skal inneholde. På den andre siden er de også en skriftlig fremstilling av hvilke sykepleiere det ansvarshavende departementet ønsker å produsere, hvilke sykepleiere de mener at det norske samfunnet har bruk for. Læreplanen viser til hva som anses som viktig å lære sykepleiestudentene, men den sier ikke noe om hvordan sykepleie faktisk praktiseres i dag.

Bak enhver læreplan ligger det overordnede og grunnleggende ideer og ideologier om synet på mennesket, læring, kunnskap og samfunn (Myhre 1996) og dokumentet kan videre sees på som et kompromiss eller et forhandlingsresultat mellom ulike meningsmønstre innenfor den sykepleiefaglige diskursen: *”For å forstå intensjonene i den formelle planen er det en fordel at planbrukerne kjenner til ideenes læreplan og de ideologiske, faglige og pedagogiske brytningene og ideene som er med på å forme den formelle planen i vesentlig grad”* (Pettersen 2005:195).

En læreplan vil ofte romme ulike forståelser av faget som et resultat av de maktkamper som kan ligge bak formuleringer i dokumentet. Den engelske forskeren Ivor Goodson (1988) poengterer hvor viktig det er å se på læreplanene i et fag som sosiale konstruksjoner hvor både de som er innenfor faget, men også andre, er med på å påvirke hva det aktuelle faget skal inneholde. Da blir det synlig at det er ulike aktører og interessegrupper som gjennom forhandling og alliansebygging konstruerer

læreplanen. Sykepleierutdanningen er med andre ord konstruert på grunnlag av historiske forløp som gir retningslinjer for organisering og innhold, men er også påvirket av utdanningspolitisk vektlegging (Kvangarsnes 1997; Karseth 2000; Kvangarsnes 2005; Kvangarsnes 2006).

I den forbindelse er det interessant å legge merke til språkbruken i læreplanene. Helse- og sosialfagsutdanninger skiller seg fra andre utdanninger i høgskolesystemet ved at yrkesutøvelsen baserer seg på bestemte verdier. Det er derfor en viktig oppgave for utdanningene å bidra til holdningsendring hos studentene (Karseth 2000).

Imidlertid merker en seg ulikheter i valg av ord i de ulike rammeplanene for ulike helsefaglige utdanninger. Mens sosionomutdanningen og barnevernspedagogutdanningen skal utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere, skal sykepleierutdanningen utdanne selvstendige, ansvarsbevisste yrkesutøvere. Kvangarsnes (2005) forklarer dette med bakgrunn i ulike historiske tradisjoner: *”Sjuepleiaryrket sine historiske tradisjonar er knytte til karakterdanning og sjukehusvesenet med eit hieraki som har vore bygd på sjukepleiarene si underordning, lojalitet, pliktkjensle og kallstanke i forhold til arbeidsgivar og legeprofesjon”* (Kvangarsnes 2005:214).

Hvordan skal en så gå frem for å analysere læreplanene? Kvalitative og kvantitative analyser har det til felles at poenget er å analysere dataene. Slik er det derfor også med en diskursanalyse. Boka *”Discourse as data: a guide for analysis”* (Carabine 2001) gir råd om hvordan en Foucault inspirert analyse kan foretas. Carabine anbefaler at en etter å ha lest dataene nøye, beskriver teksten og dens historiske kontekst. Deretter identifiseres ulike representasjoner som kommer frem i teksten. I min oppgave blir det aktuelt å lete etter de tre idealtyper for sykepleie. Deretter blir det viktig å lete etter forholdet mellom disse ulike representasjonene, og hvilke strategier og teknikker som finnes i teksten for å fremme det enkelte perspektiv. Interessant er det videre å se etter fravær eller motstand for de ulike representasjonene. I diskusjonsdelen (kapittel 6) settes ”funnene” inn i en sammenheng.

5.1 Vilkårene fra 1967

Vilkårene fra 1967 er et kortfattet skriv på 4 sider hvor vilkårene for godkjenning av sykepleieskolene opplistes. Dokumentet er underskrevet av T. Due Strand etter fullmakt fra helsedirektør Karl Evang i Sosialdepartementet.

Det poengteres at sykepleieutdanningen går over 3 år og skal foregå i egnede undervisningslokaler. Undervisningen er todelt, den består av teori og praksis. Historiske data viser at Norsk Sykepleierforbund hadde en svært stor innflytelse på utviklingen av og innholdet i sykepleieutdanningen gjennom en maktelite innenfor NSF. Forbundet opprettet en egen utdanningskomité, forskningskomité og en egen landsgruppe av sykepleielærere. De hadde videre ansvaret for å utarbeide de lærebøker som ble brukt i utdanningen, og drev ”Norges Sykepleierhøyskole” som utdannet sykepleiere til ledere og lærere (Melby 1990). I § 3 i vilkårene kommer denne innflytelsen tydelig frem, der forutsettes det at alle lærere har gjennomført en slik utdanning: *”Foruten godkjent grunnutdanning i sykepleie forutsettes å ha gjennomgått tilfredsstillende pedagogisk utdanning (lærerlinjen ved Norges Høyere Sykepleieskole eller tilsvarende utdanning)”* (Sosialdepartementet 1967:1).

I § 1. Mål hevdes det:

Grunnskolens oppgave er å gi elevene den teoretiske og praktiske undervisning som til enhver tid svarer til samfunnets krav til fullverdig sykepleie. Grunnskolen skal gi elevene innsikt i sykepleiens plass og oppgaver innen samfunnets helseprogram og stimulere dem til samarbeid med andre grupper i løsningen av disse oppgaver. Grunnskolen skal tilrettelegge undervisningen med sikte på å fremme elevenes utvikling til harmoniske, selvstendige og ansvarsbevisste personer (Sosialdepartementet 1967:2).

I vilkårene fra 1950 er målet vektlagt noe annerledes:

Sykepleieskolens oppgave er å gi elevene den teoretiske og praktiske undervisning i sykepleie som til enhver tid anses ønskelig og nødvendig – og herunder gi dem forutsetning for å delta effektivt i arbeid som forebygger sykdom og fremmer folkehelsen (Sosialdepartementet 1950:1).

Det er i begge disse vilkårene tydelig at det er samfunnets behov som styrer innholdet i utdannelsen. Folkehelse perspektivet er derfor utelatt fra 1967 vilkårene, i 1967 er fokuset mer orientert mot sykehus og behandling. En legger også merke til at

begrepene ”ansvarsbevisst” og ”selvstendig” er i bruk her, begrep som er tatt med videre.

Vilkårene fra 1967 har kun gjennomgått små justeringer sett i forhold til de forrige vilkårene fra 1962. Dette gjelder i forhold til opptaksvilkår og eksamen. Imidlertid var det store forandringer i planene fra 1962, sett i forhold til den forrige fra 1950. Dette har sin årsak i den reviderte loven om sykepleieutdanning fra 1960. Teorimengden er blitt økt fra 602 til 1370 timer (Sosialdepartementet 1950; Sosialdepartementet 1967), og det er innført mer ryddige studiesosiale vilkår; 30 timer praksis pr. uke og teoriundervisning om lørdagene samt 4 ukers ferie. Likevel er elevrollen fremdeles preget av en dobbeltstilling som elever og som arbeidshjelp (Mathisen 2006).

Sykepleieskolene ble opprettet i nærheten av de største sykehusene, noe som gjorde at sykepleien utviklet seg i nær tilknytning til den institusjonsbaserte behandlingsmedisinen (Melby 1990; Hamran 1997): *”Den tette forbindelsen mellom sykehus og utdanning, og elevtiden organisert som en arbeidstjeneste, førte til konflikter mellom behovet for kvalitetsmessig god utdanning og behovet for (billig) arbeidshjelp”* (Hamran 1997:188).

Det er nok i forbindelse med dette at pålegg om egnede lokaler påpekes i vilkårene. Selv om utdanningen ble skilt fra sykehusene, var det en innforstått enighet om at elevenes arbeidsinnsats var viktig for driften av avdelingene. Opplæringen hadde en tydelig karakter av en ”on the job training” (Fagermoen 1996).

Sykepleielæreren Gudrun Wolan beskriver denne utfordringen:

Selv om loven av 1960 forutsatte at skolene skulle være selvstendige enheter, forventet sykehuset at elevene fortsatt skulle gjøre nytte for seg fordi de hadde gratis utdanning, opphold og elevgodtgjørelse. Slikt sett fungerte ikke disse vilkårene av 1962 slik de skulle før elevene fikk studentstatus i 70-årene (Nord, Mathisen et al. 1996:225).

Etter loven fra 1948 ble sykepleierskolene åpnet for begge kjønn, historiske undersøkelser viser imidlertid at så sent som i 1967 var det bare en tredjedel av skolene som hadde åpnet opp for menn (Fause and Micaelsen 2002). I vilkårene fra 1967 står det innledningsvis at skoler som ikke følger kjønnsnøytrale opptakskrav, må søke Sosialdepartementet spesielt. Det er det tydeligvis mange av skolene som har

gjort.

For bedre å kunne gå inn i meningsinnholdet i vilkårene fra 1967, har jeg funnet det nyttig å lese tidsaktuell sykepleiefaglig litteratur. I det store 12 binds læreverket "Lærebok for sykepleie-skoler" som ble utgitt i 1967 av Norsk sykepleierforbund, har jeg i innledningsboka "Generell sykepleielære" (Hauen 1967) funnet en utdypende forståelse. Denne lærebokserien representerer en gryende selvstendighetstenkning i norsk sykepleie. Det er sykepleiere som står som hovedforfattere. Slik hadde det ikke vært siden Rikke Nissens bok fra 1877 (Fause and Micaelsen 2002).

1967- årgangen av fagtidsskriftet til Norsk Sykepleierforbund; "Sykepleien", har også gitt nyttige perspektiver på hva som ble vektlagt av forbundet. Artiklene i disse numrene preges av eliten i NSF. Helga Dagsland blir leder, og har omfattende lederartikler hvor hun argumenterer for sine vyer for faget. En får et innblikk i fagforeningens kamp for en utvikling av sykepleiefaget til en profesjon som krever 3 års utdanning. I 1967 ble dessuten kravet om treårig utdanning truet av mannlige pleiere i psykiatrien som ønsket avkortet utdanning på bakgrunn av lang erfaring. Norsk sykepleieforbund kjempet en tøff kamp mot denne gruppen, og vant frem (Melby 1990). Imidlertid får en et minimalt innblikk i hva sykepleiere i praksis tenker og mener ved å lese fagtidsskriftet.

Vilkårene av 1967 viser at faget "sykepleielære" og fremfor alt praksis i sykehusavdelinger er sentrale elementer i utdanningen. De er preget av en detaljert liste over fag-og timefordeling. Dette var noe som NSF satte stor pris på, fordi det var viktig å gjøre utdanningen mest mulig enhetlig (Fause and Micaelsen 2002). Det er imidlertid vanskelig ut ifra vilkårene å vite noe om hva som vektlegges innholdsmessig. Det som kan gi en pekepinn på dette er fag/praksisfordelingen:

A: Praktisk turnus: 29,5 måneder i praksis med hovedvekt på sykehus

| | |
|---|---------|
| Generell sykepleie: | 12 uker |
| Geriatrisk sykepleie og pleie av kronisk syke | 16 uker |
| Psykiatrisk sykepleie | 16 uker |
| Medisinsk sykepleie | 29 uker |
| Kirurgisk sykepleie | 29 uker |

| | |
|------------------------------------|----------|
| Helsesøsterdistrikt | 10 dager |
| Barsel- spebarn- og barnesykepleie | 14 uker |

B: Teoretisk undervisning - kliniske demonstrasjoner

| Sykepleie faget | Antall timer | Samfunnsvitenskaplige emner | Antall timer | Naturvitenskaplige emner | Antall timer |
|-------------------------------|--------------|---|--------------|----------------------------------|--------------|
| Sykepleielære m/ klinikker | 386 | Administrasjon – organisasjon | 14 | Kjemi – fysikk | 30 |
| Etikk - etikette | 42 | Psykologi – mentalhygiene | 172 | Anatomi – fysiologi | 115 |
| Historie – faglig orientering | 34 | Offentlig helsearbeid | 10 | Mikrobiologi – hygiene | 192 |
| Kostlære | 26 | Lovbestemmelser | 41 | Sykdomslære | 174 |
| Ekskursjoner | 45 | Orientering; organisasjoner, beslektede yrker | 34 | Medikamentlære | 30 |
| | | | | Førstehjelp – beredskapstjeneste | 20 |
| Valgfrie emner 5 timer | ? | | ? | | ? |
| Sum | 533 | Sum | 271 | Sum | 561 |

Ut fra denne oversikten kan en lese at sykepleierutdanningen har et naturvitenskaplig fokus hvor behandling av pasienter i sykehusavdelinger er det sentrale. Historiske data bekrefter dette; i 1960 var 85 % av alle yrkesaktive sykepleiere ansatt ved sykehus (Fause and Micaelsen 2002).

”Handle-for” sykepleieren dominerer i disse vilkårene og i tidsaktuell sykepleielitteratur. I læreboka ”Grunnleggende sykepleie” (Hauen 1967) fremheves det innledningsvis at sykepleien skal være pasientsentrert, men at det er hun som har ansvaret. Dette ansvaret innebærer:

identifikasjon av pasientens behov og problemer, planlegging mot et realistisk mål, utføring av direkte sykepleieoppgaver og evaluering. Disse fire faktorene i sykepleien hører med til sykepleierens ansvar direkte for en pasient, og de hører med til hennes ansvar som leder av en pleiegruppe (Hauen 1967:30).

En møter her en paternalistisk holdning, sykepleieren lytter til pasienten, men det er

hun som er spesialist på pleie. Dessuten ser en her referanse til det som senere kalles sykepleierprosessen. Pasienten vet ikke sitt beste, det er det sykepleieren som gjør. Videre ser en tydelig de amerikanske behovsteoriens påvirkning her.

”Være-hos” sykepleieren gir seg ikke tydelig til kjenne. Omsorgsbegrepet brukes lite. Det er interessant at en i læreboka (Hauen 1967) ikke finner ordet omsorg verken i stikkordsregisteret eller i innledningskapittelet om sykepleie. Likevel oppfattet sykepleierne på denne tiden omsorg som noe de tok som en selvfølge, en del av det å være kvinne (Haukelien 2000). Helga Dagsland fremhever i stedet at sykepleieren må være klok, trygg, og varm (Dagsland 1962).

”Fremme-helse” sykepleieren er som ventet fraværende, selv om det er sykepleierens oppgave å stimulere pasienten til å utnytte potensialene sine (Hauen 1967). Helga Dagsland benytter begrepet medisinsk omsorg og viser hvordan behandlingsrepresentasjonen og omsorgsrepresentasjonen kobles sammen ”*Hvis den medisinske omsorg skal være omfattende og menneskelig må man behandle mennesker*”(Dagsland 1962:44).

1967 er i en historisk sammenheng en periode hvor et ønske om profesjonalisering av sykepleie stod sterkt, iallefall i miljøet rundt ledelsen i Norsk sykepleieforbund. Helga Dagsland ønsker i boka ”Administrasjon av grunnskoler i sykepleie” (Dagsland 1962) å etablere en utdanning som er en profesjon verdig og legger stor vekt på utdanningens betydning: ”*Sykepleieskolen har en veldig innflytelse. Alle skoler har en veldig innflytelse. Man kan nok forstå Stalin som uttalte: ”Gi meg hånd over skolene, og jeg skal forme folket*” (Dagsland 1962:2). I denne boka gir hun sterke føringer for hvordan sykepleierskolene bør drives for å kunne utdanne profesjonelle sykepleiere.

5.2 Rammeplanen fra 1987

Dette er et dokument på 33 sider, inkludert vedlegg. Den nasjonale læreplanen fastsettes nå av Kultur- og vitenskapsdepartementet og er utarbeidet av Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag, hvor rådet for sykepleieutdanning består av utdannede sykepleiere. Dette rådet ble opprettet i 1981, og fagrådet har også ansvar for å godkjenne de ulike skolenes lokale fagplaner. Sykepleierne har derfor opprettholdt

muligheten for at sykepleieprofesjonen selv utvikler og utdanner egne medlemmer av profesjonen.

Det som er nytt med denne planen sett i forhold til den forrige fra 1980, er at sykepleierutdanningen får sin første rammeplan. Mens tidligere planer har vært preget av detaljstyring, åpnet den nye rammeplanen for lokale valg innenfor rådets godkjenningsrammer. Videre introduserer denne rammeplanen at utdanningen for første gang i sykepleierutdanningens historie blir vektet gjennom vekttall, teoristudiene og praksisstudiene vektet begge med 30 vekttall. Overføringen fra Sosialdepartementet til Kultur- og vitenskapsdepartementet betydde at sykepleierutdanningen ble skilt fra yrkesfeltet. *”Det oppstod et skarpt skilje mellom høyskole og arbeidsfelt og mellom formell utdanning og praktisk erfaring”* (Kvangarsnes 2005:15).

Plasseringen inn i høyskolesystemet fra 1981 og forskriftene fra 1980 innebar at den enkelte høyskole fikk større selvstendighet og faglig ansvar. Sykehusenes styring av utdanningen var allerede blitt svekket, men plasseringen inn i høyskolesystemet og bytte til Kultur- og vitenskapsdepartementet ble en endelig løsrivelse fra yrkesfeltet (Karseth 2000). May Solveig Fagermoen, som var medlem av rådet for sykepleierutdanningen, beskriver denne fasen slik: *”Nå er vi der vi ønsker og vil være, og der vi hører til”* (Fagermoen 1996:238). Det var en bevisst holdning i rådet at rammene for utdanningen ikke skulle styres av arbeidsmarkedsinteresser og at *”faglig struktur og utforming av utdanningen ikke bør styres av medisinsk tenkning og perspektiv, men være basert i en sykepleiefaglig referanseramme ”* (Fagermoen 1996:238). Det er derfor tre pasient/ klient grupper som er gjennomgående i rammeplanen; friske/utsatte, kronisk syke/funksjonshemmede og til slutt akutt syke.

Det kan være interessant å se på den uro og de forandringer i sykepleiernes syn på seg selv og sitt yrke som foregikk i løpet av 1970 og 1980-årene. Endringer av vilkårene i 1975 medførte at sykepleieelevene fikk studentstatus. Fri kost ble tatt bort, det samme gjorde praksistid om sommeren og ved høytider. Sykepleiestudentene ble studenter på lik linje med andre studenter. Konsekvensen var at utdanningen ble redusert med mer enn et halvt år (Fagermoen 1996). NSF arbeidet i denne perioden intenst for at sykepleierutdanningen skulle få en tydeligere fagprofil, noe som kan sees i

sammenheng med profesjonaliseringønsket og en løsrivelse fra legene. Tre utvalg nedsatt av NSF; Holtet utvalget (Holtet 1972), Furnesutvalget 1974 (Furnes 1978) og Valset utvalget 1974 la ned et viktig arbeid for å legge til rette for en treårig høgskoleutdanning på høgskolenivå (Mathisen 2006).

Furnesutvalget mente at det å fremme helse, bidra til velvære, må være det sentrale målet for sykepleierens virksomhet. De tok utgangspunkt i WHO definisjonen av helse, og vektla sykdomsforebyggende tiltak, egenomsorgsbegrepet og sykepleieprosess bak tenkningen. Valset utvalget fremhevet ytterligere at studentenes praksis måtte bli mer målrettet ved å fokusere på sykepleie som problemløsende prosesser (Fause and Micaelsen 2002).

Debattene som fulgte i kjølvannet av disse utvalgenes arbeid, kan en se som et uttrykk for en generasjonskløft mellom de sykepleierne som var utdannet etter en tradisjonell tenkemåte hvor medisinsk behandling var det sentrale, og den nye måten som så på utviklingen som en mulighet for at faget kunne oppnå en selvstendig status; sykepleiere kan tilby pasientene noe annet enn det legene kan tilby. Sykepleierne bør være selvstendige yrkesutøvere, ikke bare assistenter for legene (Kvangarsnes 2005).

I 1987 rammeplanen vektlegges tydelig sykepleie som et selvstendig fag og det fremheves at utdanningen skal ha en tosidig rolle, den skal bevare sykepleiernes tradisjoner og egenart men også møte samfunnets forventninger til sykepleie. Videre er det generelle kunnskaper, ikke spesialiserte kunnskaper og ferdigheter som skal vektlegges. Karseth (2004) hevder at sett i forhold til et profesjonaliseringsperspektiv, representerer denne rammeplanen sykepleiefagets ”gullalder”. Sosialdepartementet beskrev i 1982 hvilke ansvarsområder den offentlig godkjente sykepleieren har, og som derfor rammeplanen må rette seg etter. Disse er: den forebyggende, den behandlende, den lindrende, den rehabiliterende, den undervisende, den administrative og den fagutviklende sykepleierfunksjonen

I den forebyggende sykepleiefunksjonen er det sykdomsforebygging som står i fokus:

Den har som mål å forhindre eller redusere helsesvikt hos friske og utsatte individer og grupper ved å fjerne årsaker eller risikofaktorer som kan føre til helsesvikt. Videre er målet å hindre at komplikasjoner oppstår ved akutt sykdom og skade eller ved undersøkelser og behandling, og å hindre at nye

helseproblem oppstår hos mennesker med kronisk sykdom eller funksjonssvikt (Kultur-og vitenskapsdepartementet 1987:4).

”Handle-for” sykepleieren dominerer også i denne læreplanen. Sykepleierens ”spesialkunnskap og erfaring” (Kultur-og vitenskapsdepartementet 1987:2) fremheves og hovedinntrykket er en behovsorientert sykepleie: *”Sykepleie innebærer å hjelpe pasienten til å ivareta grunnleggende behov. Forutsetning for at sykepleie er nødvendig er at personen mangler ressurser til å ivareta de grunnleggende behov selv”* (Kultur-og vitenskapsdepartementet 1987:9).

”Være-hos” sykepleieren er fraværende, omsorgsbegrepet brukes ikke. Det nevnes kort ulike verdier, *”Det blir lagt vekt på verdier som nærhet, trygghet, kontakt og kontinuitet”* (Kultur-og vitenskapsdepartementet 1987:3) og en ser en vektlegging av fagets tradisjoner *”historisk perspektiv inkludert sykepleiefagets utvikling og tradisjon som kvinneyrke”*(Kultur-og vitenskapsdepartementet 1987:6).

”Fremme-helse”sykepleieren er også usynlig. Begrepet helsefremmende arbeid brukes ikke, heller ikke et sentralt begrep som brukermedvirkning. Helseforståelsen sentreres om helsesvikt relatert til sykdom eller ubehag, *”utdanningene skal være et korrektiv til samfunnsforhold, livsførsel og handlinger som kan føre til helsesvikt”* (Kultur-og vitenskapsdepartementet 1987:forord). Fokuset er på helseopplysningsoppgaver som skal forebygge sykdom. Sett i en historisk kontekst er denne vinklingen gjenkjennbar for 80-tallets helseopplysningskampanjer med et belærende livstilsendingsfokus: *”En lang rekke nyvinninger som vaksiner, undervisning om kosthold, mosjon og forebyggende tiltak er rettet mot å hindre sykdomsutvikling”* (Kultur-og vitenskapsdepartementet 1987: forord).

Samarbeid nevnes også som et område som sykepleieren skal være opptatt av: *”en pasient vil kunne trenge service fra ulike spesialiteter for å få løst sine problemer. I et slikt bilde øker behovet for samarbeid mellom de ulike faggrupper og ulike enheter”* (Kultur-og vitenskapsdepartementet 1987: forord). *”Samarbeidsevne og kritisk reflekterende holdning til egen fagutøvelse og de etablerte helsetjenester, er vesentlig for å kunne bidra til utvikling av denne samfunnstjeneste og for å nå de helsepolitiske mål”*(Kultur-og vitenskapsdepartementet 1987:3).

I den rehabiliterende sykepleiefunksjonen er målet at *”pasienten og pårørende*

tilegner seg nye handlingsmåter for å kompensere for sykdom og funksjonssvikt (Kultur-og vitenskapsdepartementet 1987:5). Videre fremheves ulike sykepleiehandlinger som har som mål å forebygge: ”*oversikt og kontroll av risikofaktorer, helseopplysning, undervisning, veiledning, motivering, støttende og aktiviserende sykepleietiltak og miljørettede i vid forstand*” (Kultur-og vitenskapsdepartementet 1987:9). Den helsefremmende sykepleiefunksjonen er ikke nevnt i rammeplanen, selv om denne inngår i den internasjonale definisjonen av sykepleie fra 1965 som støttes av Norsk sykepleierforbund.

Kapittel 4.2.3.1 i rammeplanen omhandler sykepleie knyttet til direkte pasientrettet arbeid som utgjør hele 45 vekttall. Der er det disse målene som nevnes:

- *Har dyktighet i å vurdere og prioritere pasienters behov*
- *Vurderer faktorer i nærmiljø og samfunn som innebærer helserisiko*
- *Tar faglig begrunnede beslutninger om sykepleie*
- *Samarbeider med pasient, pårørende og helsepersonell*
- *Viser selvstendighet og ansvarlighet i utøvelse av sykepleiefunksjoner til individ og gruppe*
- *Underviser og veileder pasienter og pårørende*
- *Har nødvendige kunnskaper og ferdigheter i forbindelse med legemiddelhåndtering*
- *Anvender forskningsresultat i sykepleiepraksis*
- *Har handlingsberedskap ved akutte situasjoner og førstehjelp*

(Kultur-og vitenskapsdepartementet 1987: 14)

Det er overraskende, slik jeg ser det, at omsorgsbegrepet ikke er brukt. Kari Martinsens tenkning har tydelig ikke fått innpass i rammeplanen. Videre kan rammeplanen leses som at helse forstås som fravær av sykdom eller lyte. Rammeplanen har ikke inkludert helseforståelsen fra WHO i fra 1947 eller den senere utvikling fra Ottawa charteret i 1986. Hovedinntrykket av denne rammeplanen er en fremstilling av sykepleiere som selvstendige eksperter med sitt eget fag, med en biomedisinsk helseforståelse.

5.3 Rammeplanen fra 2004

Dagens gjeldende rammeplan fra 2004 er et dokument på 14 sider utarbeidet på oppdrag fra Utdannings- og Forsknings departementet. Fra og med rammeplanen i

2000 ble det en betydelig sterkere nasjonal styring av innholdet i rammeplanen, og dermed en redusert mulighet for påvirkning fra sykepleierne selv: *”Rammeplanene er forpliktende for institusjonene, de tilsatte, studentene og representanter for praksisopplæringen og skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at utdanningene framstår som enhetlige og gjenkjennelige, uavhengig av institusjon”* (Utdannings- og forskningsdepartementet 2004:3).

Standardisering med ny mal for rammeplaner ble vedtatt i 2001, den skulle brukes i alle utdanninger. Resultatet ble at bare tre personer, som alle arbeidet på høyskoler med sykepleierutdanning, deltok i gruppen som utarbeidet rammeplanen etter den mal som var vedtatt. Marit Kvangarsnes (2005) poengterer at: *”byråkratane på ein nesten umerkeleg måte på det nasjonale nivået har erobra ei viktig plattform for å definere og styre kunnskapshegemoniet på feltet. På det lokale institusjonsnivået derimot kan dette føre til ein høgare grad av autonomi”* (Kvangarsnes 2005:259).

Det er videre et tydelig krav i rammeplanen at utdanningene fremover skal tilpasses internasjonale krav. Denne utviklingen gjør at en ny rammeplan er på trappene i løpet av 2007, dette fordi spesielt praksisgjennomføringen skal følge EU krav. Dette har betydning for godkjenning av norske sykepleiere internasjonalt.

I 1995 skjedde dessuten en radikal forandring i sykepleierutdanningen; 10 vekttall (30 studiepoeng) ble gjort tverrfaglig. Et halvt år av sykepleierutdanningen ble nå felles med utdanningen til barnevernspedagoger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, radiografer, sosionomer og vernepleiere. Årsaken for denne fellesdelen er et nasjonalt, statlig styrt ønske om bedre tverrfaglig samarbeid innen helse- og sosial-sektoren. Fellesdelen skal også bidra til at studentene utvikler *”et helhetlig syn på mennesket, vise respekt for menneskets integritet og rettigheter og ivareta brukernes autonomi og rett til medbestemmelse”* (Utdannings- og forskningsdepartementet 2004:3).

I rammeplanens definisjon av sykepleie kan en nå registrere at alle de tre idealtyper av sykepleiere er inkludert, selv om det å fremme helse ikke utgjør en av hjørnesteinene:

Pleie, omsorg og behandling utgjør hjørnesteinene i sykepleierens kompetanse. Sykepleieren forholder seg til pleie og kontinuerlig omsorg for den syke ut fra hvordan det erfares å være syk, og ut fra kunnskap om de enkelte sykdommers årsak, diagnostikk og prognose.

Sykepleieren skal også ha kompetanse i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning og veiledning, forskning og fagutvikling, kvalitetssikring, organisering og ledelse. De skal ha kunnskap om helsepolitiske prioriteringer og juridiske rammer for yrkesutøvelsen (Utdannings- og forskningsdepartementet 2004:4).

”Handle-for” sykepleieren står utvilsomt sterkt i norsk sykepleie. Denne rammeplanen har fått en styrking av det naturvitenskaplige og det medisinske kunnskapsområdet på bekostning av det samfunnsfaglige. Det er dessuten innført en sterkere disiplinindelning. Årsaken til dette er at arbeidsgiverne mente at de nyutdannede sykepleierne som fulgte fagplanen fra 1987 ikke hadde den kompetansen de burde ha (Mekki and Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet 1999). Mens pedagogiske problemstillinger var en integrert del av det sykepleiefaglige kunnskapsområdet i 1987 planene, inngår det som et område innenfor samfunnsvitenskaplige fag i 2000/2004 planene.

”Være – hos” sykepleierens språk er imidlertid sterkere representert i 2004 rammeplanen sammenlignet med den fra 1987. Nå formuleres mål om at studenten skal ha handlingskompetanse i å ”utøve godt og riktig håndlag” og ”møte den enkelte pasient med varhet, innlevelse og moralsk ansvarlighet”(Utdannings- og forskningsdepartementet 2004:6). Kvangarsnes(2005) har sett spesielt på hvordan Kari Martinsens synspunkt fremtrer i de siste rammeplanene. Hun fremhever at mange av hennes uttrykk kommer frem i teksten, men at den medisinsk-tekniske rasjonaliteten sammen med en mål-middel tenkning dominerer. Dette kommer ikke minst til uttrykk gjennom vektlegging av mål og en oppsplitting av innholdet.

Under overskriften ”Helsefremming og forebygging” står det i rammeplanen: *”..sykepleie omfatter tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom hos friske og utsatte grupper i befolkningen. Det kreves kunnskap om sammenhenger mellom helse og sykdom i et individ- og samfunnsperspektiv”* (Utdannings- og forskningsdepartementet 2004:5). Igjen ser en altså at helsefremmende arbeid ”plasseres” hos friske og utsatte grupper.

Innføringen av en tverrfaglig fellesdel i helse- og sosialfags-utdanningene er det imidlertid interessant å dvele ved sett i forhold til en helsefremmende tenkning.

Tverrprofesjonelt, tverrsektorielt samarbeid er en sentral målsetning i helsefremmende arbeid for å få en mer helhetlig forståelse på helse og sykdom. Dette perspektivet kan imidlertid stå i motsetning til selvstendighet og profesjonalisering: *”profesjonene kan dermed oppleve at de tjener på å opprettholde profesjonalisering av det forebyggende arbeidet. Det har til nå bidratt til å synliggjøre profesjonene og gi dem legitimitet”* (Fosse 1997:180).

I min samtale med Gerd Bjørke (2007) er det tverrprofesjonaliseringen hun legger mest vekt på. Hun var medlem i Fellessekretariatet for helse- og sosialfaglige utdanninger fra 1981-1987, og var med i referansegruppa for den generelle delen av rammeplanen som ble fastsatt i 1995. Hun poengterer at hovedårsaken til at dette felles halvåret ble etablert lå i en økende argumentering for å øke kompetanse i tverrprofesjonalitet i helsetjenesten utover på 80-tallet. I NOU 1986:4 ”Samordning i helse- og sosialtjenesten” vektlegges tverrfaglig samarbeid høyt. Det må fokuseres mer i utdanningene på samarbeid med andre grupper og studentene må få en bedre forståelse for helse- og sosialtjenestens oppbygning og funksjon:

Utdanningssystemet slik det fungerer i dag fører til at hver personellgruppe behandler klientene/pasientene ut fra sin fagbakgrunn og uten å se sammenhengen mellom egen funksjon og andres, og mellom tjenester på forskjellig nivå. Brukerne opplever dermed heller ikke tjenestetilbudet som en samordnet tiltakskjede (NOU 1986:4 and Jensen 1986:200).

Utvalget foreslår en samlokalisering, fellesundervisning i de fag der dette er mulig ved de ulike helse- og sosialfaglige utdanningene: *”Det bør være et siktemål at den enkelte etter endt utdanning føler seg mer som helse- og sosialarbeider enn som lege, sosionom, fysioterapeut osv, og får et mer helhetlig syn på brukeren som et menneske, og ikke bare pasient eller klient”* (NOU 1986:4 and Jensen 1986:201).

Det er interessant å merke seg at denne tenkningen ble innført først ni år etterpå, i 1995, og har hatt vansker med å bli gjennomført etter intensjonen (Bjørke and Haavie 2004; NOU 2005:3 2005).

6. Mulighetsbetingelser for ”fremme – helse” sykepleieren

”In order to be free, one needs to continually expose what remains alive of the past in the present and relegate it to the past. To be unaware of the past is to be trapped by it”

Michel Foucault (O'Farrell 2005:72).

I tråd med en arkeologisk metode, slik Foucault bruker begrepet, vil jeg i dette kapittelet se nærmere på noen av de mulighetsbetingelser ”fremme-helse” sykepleieren har i møtet med seg selv og sine omgivelser. Dette er mulighetsbetingelser hvor også den historiske dimensjonen vektlegges for å forstå hva som er meningsfullt å si og å mene innenfor den sykepleiefaglige diskursen.

6.1 ”Fremme-helse” sykepleieren i møte med seg selv

”økt kritisk bevissthet er nært koblet til økt handlingsberedskap”
(Olsvold and Norvoll 1999:4)

Svekker ”fremme-helse” sykepleieren sin egen posisjon ved å arbeide med empowerment, og ved kritisk å reflektere over egen praksis? Selv mener jeg ikke det, men det er ikke selvvinnende. Det vil jeg diskutere i dette avsnittet.

Sykepleieren møter pasienten med en inneforstått forståelse av å se hver enkelt pasient, ta innover seg at hvert menneske er unikt, har ulike behov og oppfatninger av den aktuelle situasjonen, seg selv og sine plager. Samtidig vil hun kjenne igjen fellestrekk ved det menneskelige og den enkeltes sykdom eller plager, og hun har kompetanse i hvordan dette kan/skal håndteres. Deres møte er basert på ulike meningsverdener:

Hver pasient representerer en meningsverden som han eller hun i større eller mindre grad deler med andre. Denne meningsverdenen er referanseramme også når de havner på sykehus. Men her kommer de i tillegg inn i og blir en del av en annen kontekst, en meningsverden skapt av faglig, vitenskaplig, økonomisk og organisasjonsmessig rasjonalitet (Ekeli 2005:58).

Dette dreier seg om kompliserte strukturer som pleiepersonell er i døgntinuerlig kontakt med ved institusjonene. Sentralt i ”fremme-helse” sykepleierens bevissthet er å legge til rette for empowerment, en omfordeling av makt, til pasienten gjennom

dialog. For at dialogen skal virke helsefremmende, må en tilstrebe å jevne ut maktforskjeller og forhindre maktmisbruk (Branstad 2003). Dette betyr at en må nyansere, problematisere og utfordre kompleksiteten i møtet mellom pasient og den profesjonelle sykepleieren. Hvilke mulighetsbetingelser konstituerer sykepleiediskursen for at sykepleieren kritisk reflekterer over egen evne til å legge til rette for empowerment?

Min analyse har så langt sett at dette er utfordrende for en kvinnedominert profesjon i kamp for anerkjennelse og selvstendighet. Betyr denne dreiningen mot empowerment at sykepleierens kunnskaper er uten betydning? Hvem er hun da? Hvordan vil en slik tilnærming innvirke på sykepleierens muligheter for å ytterligere å posisjonere seg i helsevesenet?

Selvkritikk til eget fag har vært lite utviklet hos sykepleiere (Juritzen 2001). Ut fra egen kulturell kompetanse fra et sykehusmiljø, kan en spørre seg om årsaken kan forklares i den underordning faget har hatt til medisinsk behandling? ”Den antimedisinske mekanisme”(Beedholm 2006) har medført at sykepleierene har rettet et kritisk blikk mot leger (menn) og ikke hatt et kritisk blikk på egen påvirkning (makt) overfor pasienter og pårørende.

Dette kan også sees i sammenheng med en historisk tradisjon som har vektlagt taus kunnskap, en kunnskap som utvikles gjennom praktisk erfaring og som ligner på intuisjon; sykepleieren gjør som hun gjør, uten helt å kunne forklare hvorfor. Boka ”Demokratiets sorte hull – om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten” (Eriksen 2001) fokuserer på den makt som ansatte, ”frontlinjebyråkraten”, i direkte kontakt med brukerne får anledning til å bruke. En makt som i stor grad er basert på skjønn eller taus kunnskap:

I omtalen og forsvaret av den tause kunnskapen har det vært en tendens til å se på dette som noe som tilflyter alle gjennom praksiserfaring, og at det er en kunnskap som tendensielt blir oppfattet som god og riktig. Den bygger på positive konnotasjoner og suggererer bildet av en ideell praksisform. Dette er problematisk fordi også taus kunnskap er kunnskap og dermed feilbarlig. I den grad det er snakk om en bestemt type kunnskap, må den prinsipielt sett kunne være både rett og galDe legitimerer handlingsvalg ved hjelp av en kunnskap som de er alene om å ha tilgang til, noe som åpner for skremmende scenarier i form av paternalisme, manglende kontroll og profesjonell selvhevdelse (Eriksen 2001:57).

Selv om intensjonen er god, er det ikke sikkert at det de gjør er rett og godt.

Forfatterne fremhever at etiske retningslinjer for yrkesutøvelse ikke er nok, det må være normative standarder og prosedyrer som yrkesutøvelsen kan måles opp mot, og en er nødt til å spørre dem som påvirkes av "frontlinjen": "*Ingen har lenger monopol på oppskriften på det gode liv.... En kan ikke vite om et vedtak har krav på respekt, om en rettsnorm er gyldig, før de personene som berøres har gitt sin tilslutning i en fri og åpen debatt. Demokrati er en måte å finne ut hva som er riktige valg* (Eriksen 2001:72).

Sammenligner en de ulike læreplanene ser en at de i økende grad vektlegger kritisk refleksjon til egen yrkesutførelse, men som denne analysen forsøker å vise er dette sammensatt av mange lag. Empowerment er et positivt ladet ord som gir assosiasjoner til honnørord som delaktighet, selvstendighet, dialog og en følelse av sammenheng (Hanson 2004). Imidlertid forhindrer det ikke at en kritisk reflektert analyse kan få frem nye perspektiver.

En åpenbar svakhet ved bruk av metoder som fremmer empowerment er at begrepet kan, også innenfor helsefremmende arbeid, forstås som et effektivt verktøy for at andre skal oppføre seg slik den profesjonelle mener er best. Empowerment betyr i den sammenhengen at deltakerne kun gis anledning til å velge hvordan det skal gjøres. Dette er en svært aktuell problemstilling innenfor et helsevesen som tradisjonelt er vant til å innta en belærende holdning til andre. I noen tilfeller er dette nødvendigvis ikke en svakhet, men en skal reflektere over om det var hensikten (Argyris 1998; Hanson 2004).

6.2 "Fremme-helse" sykepleieren i møte med sykepleie

Historisk sett har ikke den sykepleiefaglige diskursen hatt tradisjoner for å sortere vitenskapsteoretisk på egne metoder eller forståelser. Hvilke kunnskapssyn ligger bak de valg som tas? Den sykepleiefaglige diskursen konstruerer en sannhet om at sykepleie er så sammensatt av fag fra ulike kunnskapssyn at det i liten grad reflekteres over når kollisjoner oppstår. Kari Martinsen har vært et viktig unntak i denne sammenhengen.

Å rendyrke idealtyper av sykepleiere har åpnet opp for ny forståelse for hvilke mulighetsbetingelser som fremtrer. Det lar seg vanskelig gjøre å kombinere Kari Martinsens omsorgsteori i en problemløsningsmodell eller en salutogen tilnærming til pasienten innenfor en sykdomsorientert helseforståelse; det blir en sammenblanding av svært motstridende rasjonaliteter. Jeg vil spesielt trekke frem sykepleieprosessen som et eksempel på dette. Den representerer, slik jeg ser det, en treghet i den sykepleiefaglige diskursen. Kari Martinsen er som ventet krass i sin kritikk:

Metoden til å rive i stykker og dele opp for å kunne beherske, har lenge vært sykepleieprosessen, en problemløsende metode. Den har også vært sett på som selve sykepleien, det vil si at sykepleien i sitt vesen er problemløsning. Deri ligger det problematiske, og sykepleieprosessen er blitt den nye positivismen i sykepleien (Martinsen 1993:42).

Sykepleieprosessen er et eksempel på en logisk oppbygd ”rasjonell-analytisk problemløsningsmodell” og representerer en type tenkning som har fått stor utbredelse innenfor ulike fagområder. En slik modell er i prinsippet ”god å tenke med” og har vist seg svært effektiv i ingeniørarbeid eller innen forskning på død materie (Hauge and Ausland 2003):

Problemet er bare at endringsprosesser er uhyre mye mer komplekse når de drives av menneskelig handling og samhandling enn av naturlover for død materie. Ikke bare er mennesker langt mindre forutsigbare, men den enkeltes verdier spiller en stor rolle for å skille mellom rett og galt (Hauge and Ausland 2003:236).

Sykepleiestudentene blir presentert for denne modellen som en egen sykepleiemetode, som står sentralt i sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt et al. 2005). Det gis doble signaler, sykepleieprosessoppgavene skal ikke være medisinsk diagnosefokuset, men er likevel nært knyttet til dem. Det er en tenkemåte som blir en parallell-slalom til en biomedisinsk tenkemåte karakterisert av sykdom–diagnose–behandling. Studentene strever derfor med å finne dette ”magiske”, selvstendige, mellommenneskelige sykepleiefaglige nivået som ikke er medisinsk rettet, men som likevel er utpreget problemorientert. “*This problem-focused process remains governed by the spirit of a Cartesian duality that embraces an objective, reductionist view of human beings and the communities in which they live*” (Northrup and Purkis 2001:67). Det er i prinsippet sykepleieren alene som vurderer hva problemet består i, og hva som er best egnede

tiltak og mål. Dette er derfor et verktøy som opprettholder maktrelasjoner i praksis, og som ikke fremmer empowerment hos brukerne (Thomassen 2006). Selv om intensjonen er god, dominerer sykepleierens ekspertrolle, ”handle-for”-sykepleieren, noe som bidrar til en passiv pasient rolle.

At sykepleieprosessen fremdeles er et sentralt verktøy i den sykepleiefaglige diskursen har å gjøre med flere faktorer. Den ble sett på som et eget sykepleieverktøy i selvstendighetskampen på 60- og 70- tallet (Dahl 2002). Videre har helselovene, særlig Helsepersonell-loven, krav til dokumentasjon av eget fagområde. Dette ga betydningen av en gjennomtenkt plan og dermed sykepleieprosessen økt verdi (Norge, Falck-Pedersen et al. 2002; Molven 2006). I utdanningsøyemed er sykepleieprosessoppgaver sett på som en god metode til å måle om studenten evner å integrere, sette sammen relevant kunnskap.

Et annet trekk i ”fremme-helse”sykepleierens møte med sykepleiefaget er hvilken helseforståelse som konstrueres i diskursen. I Kari Martinsens omsorgsteorier er begrepene vekstomsorg og vedlikeholdsomsorg sentrale (Gjengedal and Alvsvåg 2000). Hun hevder at omsorg ikke må knyttes til behandling, slik for eksempel Orems egenomsorgsteori gjør. En slik omsorgsforståelse (vekstomsorg) favoriserer pasienter med god prognose. I stedet bør vedlikeholdsomsorg vektlegges; ”være-hos” sykepleierens kjennetegn. Herdis Alvsvåg (1981) støtter denne retningen og hevder at hvis helse skal være målet med sykepleie, vil de mest omsorgstrengende pasienter måtte ekskluderes. Implisitt ligger vel her en biomedisinsk helseforståelse i betydningen fravær av sykdom?

Denne helseforståelsen er interessant å knytte til en helsefremmende forståelse av helse, hvor helse sees som en ressurs og en mulighet for utvikling heller enn et mål i seg selv. Helse er da et positivt begrep som vektlegger sosiale og personlige ressurser like mye som fysisk kapasitet (WHO 1991). På den måten vil vekstomsorg kunne gis en ny forståelse. Ikke som et mål på vekst mot ”fravær av sykdom”, men som en helseprosess hvor pasientens ressurser vektlegges. Antonovskys tanker er sentrale i en slik forståelse; å ha et fokus på helse (salutogenese) i stedet for et fokus på sykdom (patogenese). En kan som et eksempel tenke seg et sykehjem med et patogent fokus på beboerne, et vedlikeholdsfokus eller et salutogent fokus? Ut fra en

sosialkonstruksjonistisk tenkemåte vil dette ha betydning for hva sykepleieren vektlegger i sykepleien til de eldre.

Jeg har tidligere i denne oppgaven sett på den begrepsforvirring som hersker når det gjelder å implementere helsefremmende tenkning og språk i norsk sykepleie. Dette er forståelig når en registrerer at begrepene er utydelige i nasjonale helsepolitiske planer (Andrews 1997) og enda viktigere i de nasjonale læreplanene for sykepleierutdanningen. Læreplanene fra 1967 og 1987 forholder seg ikke til begrepet. Rammeplanen fra 2004 har en forståelse av begrepet som knytter begrepet helsefremmende først og fremst til arbeid med friske og utsatte grupper utenfor institusjon, men planen inneholder implisitt en delvis dreining mot helsefremmende tenkning.

Sykepleiehistorien viser et fag som har kjempet, som kjemper, for anerkjennelse og selvstendighet. Det har vært svært viktig for sykepleierne å utvikle eget fag og stå imot den mektige legestanden. Dette har gjort at en fremhever sykepleieteorier, teorier som er utformet av sykepleiere, og er skeptisk til tverrfaglighet (Fagermoen 1996). Det kan se ut som om sykepleiere er skeptisk til impulser som kommer utenfra, slik som helsefremmende arbeid, og som setter sykepleierens egne sykepleierteorier i et kritisk lys. Frustrasjonen til de britiske sykepleierne i sitatet nedenfor kan stå som et eksempel på dette:

Nursing has worked hard at developing its own knowledge base to inform its practice and the way it should organise itself to deliver care. We feel that just as nursing is finally coming to terms with the concept of caring, with the idea of putting patients before routines, that to embrace a whole new concept and to use it as a legitimizing tool for nursing practice is simply misguided (Wilson-Barnett and Clark 1993:57).

6.3 ”Fremme-helse” sykepleieren i møte med biomedisin

Helsevesenet, sykepleiernes arbeidsplass, domineres av en biomedisinsk forståelse av helse. En positiv helseforståelse er ikke integrert i praksis. Hvilke muligheter har da ”Fremme-helse”-sykepleieren for å få gjennomslag for en helsefremmende retning på sykepleie? Forskeren Anna Luise Kirkengen spissformulerer denne problematikken:

tiltak for såkalt empowerment, er bortkastet så lenge hele det medisinske behandlingsapparatet har det delte og objektgjorte mennesket som premiss. På

et slikt strukturelt grunnlag av fremmedgjøring fra egen kropp og eget liv er forskerens interesse for pasientenes tilfredshet og systemets brukervennlighet rent kosmetiske øvelser (Kirkengen 2005:117).

Helsefremmende perspektiver er et område som har vært lite interessant for legene, fordi det er så vanskelig å vise til raske, gode resultater (Fosse 1997). Dean Whitehead (2003) belyser denne problematikken i sin artikkel "Health promotion and health education viewed as symbiotic paradigms: bridging the theory and practice gap between them." Artikkelen problematiserer sykepleierens rolle som helsefremmer i en sykehussetting. Sykepleierne skiller ikke klart nok på ulikhetene mellom "health education" (helseopplysning, hvor fagfolk gir helseråd til andre) og "health promotion". De blander sammen begrepene. Videre er strukturen i institusjonene hvor sykepleierne opererer ikke tilrettelagt for å implementere helsefremmende strategier. De er en del av den biomedisinske forståelsen av helse. Whitehead stiller derfor sentrale spørsmål i sin artikkel: "*Will traditional health education techniques continue to dominate nursing-related health programme activity? If so, does it matter if they do?*" (Whitehead 2003:797)

Whitehead mener at et radikalt paradigme skifte er urealistisk i sykepleie. Dette har medført at sykepleierne har blitt ekskludert av andre helseprofesjoner i utviklingen av helsefremmende arbeid. Whitehead poengterer at sykepleieren kan trekke ut elementer av begge tilnærminger i sin praksis og unngå å velge side. Imidlertid er det åpenbart at sykepleierne må ha en mer bevisst holdning i sin tilnærming til dette (Whitehead 2003).

Therese Andrews (1997) problematiserer også den holistiske helseforståelsens inntog i helsevesenet. Hun argumenterer for at en i helsepolitisk sammenheng bør holde fast ved det snevre helsebegrepet, hvor helse er fravær av sykdom. Noe annet er vanskelig å håndtere for en offentlig helsetjeneste: "*..et vagt, subjektivt helsebegrep uten fast ramme og klar retning vil fungere dårlig som basis for offentlig politikk. Og når et politisk program ikke kan baseres på individuelle preferanser, hvem sine normer og verdier skal da legges til grunn for utformingen av politikken?*" (Andrews 1997:50)

6.4 ”Fremme-helse” sykepleieren i møte med samfunnet

Helseprofesjonene opplever nå tydelige endringer i helsevesenet, noe som innebærer endrede betingelser for å kunne utføre sitt yrke. Endringene henger sammen med en økt grad av medikalisering av samfunnet som gir økt etterspørsel av helsetjenester. Resultatet blir at etterspørselen øker langt raskere enn hva et offentlig finansiert helsevesen kan make. Likevel har den norske velferdsstaten ikke gitt opp ambisjonen om at alle som trenger det skal få hjelp. For å bøte på dette må helsevesenet effektiviseres slik at den blir mer lik en markedsorientert tenkning, en må få mer helse for hver krone. Resultatet er en innføring av styrings- og ledelsesprinsipper som er inspirert av det private næringslivet, ”New Public Management”. Dette resulterer i at ”Helse blir en vare” (Lian 2003) som kan prises.

Imidlertid er det innlysende at relasjonen mellom helsepersonell og bruker er svært forskjellig fra relasjonen mellom kunde og selger. En av faktorene som tydelig virker inn på ”fremme-helse” sykepleierens verdigrunnlag er at i en kunde-selger relasjon har begge klart avgrensede oppgaver; selgeren selger, kunden kjøper. I en ”fremme-helse”sykepleier-pasient relasjon derimot, er hensikten at en arbeider sammen i en prosess mot økt helse. Både pasient og sykepleier er aktive medspillere, de er begge ”produsenter” av prosessen (Lian 2003).

Tverrprofesjonalitet og en sektorovergripende tenkning er sentrale elementer i en helsefremmende tenkning der fokuset er på pasientens, brukerens eller lokalsamfunnets helse; ikke profesjonens særinteresser eller behov: *“Ottawa charteret krever en mer helhetlig forståelse av det helsefremmende og forebyggende arbeidet, og dette vil kreve en viss grad av deprofesjonalisering* (Fosse 1997:180). Bjørg Aase Sørensen (2000) legger også vekt på en slik forståelse i sin rapport ”Internasjonale strømninger i helsepolitikk – sykepleie i en brytningstid:

Det er kan hende allikevel det stadig sterkere understreket behovet for teamarbeid i oppgaveløsningen som synes å kunne få en markant og stor betydning for sykepleiefunksjonen. Trenden med vektlegging av teamarbeid kommer til syne som forslag om oppheving og omregulering av de profesjonsspesifikke lovgivingene for å gjøre det mulig å fremme samarbeids-/teammodeller (Sørensen 2000:34).

De nye helselovene følger opp en slik tenkning og bruker begreper som samhandling,

samarbeid, samtale eller informasjon i sin beskrivelse av dette arbeidet (Norge, Falck-Pedersen et al. 2002). Det er dermed et lovpålagt krav om at helsepersonell skal samhandle med hverandre, med pasienten og med andre aktuelle samarbeidspartnere. En vektlegger betydningen av delaktighet i samarbeidet. Rammeplanen fra 2004 er også i tråd med denne tenkningen.

Prosesser som vektlegger delaktighet og tverrfaglig samarbeid er imidlertid tidkrevende og kompliserte, i alle fall hvis det skal oppstå synergieffekter og dermed bli noe mer enn at ulike fag bidrar med sitt: *”Hensikten med å koble ulike diskurser er ikke å prøve å gjøre diskursene mer homogene, men at de ulike grupper av deltakere, gjennom den felles deltakelse, hver på sin måte utvikler og forbedrer sin virkelighetsforståelse”* (Pålshaugen 1991:25).

Brukerperspektivet er integrert i en tverrprofesjonell prosess. Ulike fagkunnskaper står i et komplementært forhold til hverandre. Dette er ulike diskurser som gjennom en samarbeidsprosess kan kobles for å utvikle ny forståelse, refleksjon og endring hos alle som deltar (Pålshaugen 1991; Gustavsen and Sørensen 1995; Hem 2003).

*For å samarbeide tverrfaglig må hvert fag **dekonstruere** sine egne begreper og modeller og legge fram delene på det tverrfaglige monteringsbordet. Så må alle delta i en **rekonstruksjonsprosess** der en bygger opp felles begreper og modeller som kan brukes i utformingen av tjenestene* (Hem 2003:95).

En slik prosess innebærer dermed komplekse prosesser, noe som ofte medfører at intensiteten og engasjementet i relasjonene med andre øker, og dermed også økt friksjon og flere konflikter (Hanson 2004; Sørensen 2006). Imidlertid vil dette arbeidet ikke på samme måte som medisinsk behandling gi målbare, effektive resultater (Tveiten 2007). En kan derfor spørre seg hvor realistisk slike tidkrevende prosesser er, hvis en leser dette kjønnslig, hvis en tar i betraktning sykepleiernes kamp for anerkjennelse av egen profesjon, hvis en har hovedfokus på evidensbasert praksis i en medisinsk forståelse eller hvis en ser på den nye ”motebølge” innenfor organisering av helsevesenet med økonomisk effektivisering som mål. Slik jeg ser det, er mulighetsbetingelsene for ”fremme-helse” sykepleie begrenset i et helsevesen som i økende grad vektlegger en retning som tvinger fram et fokus på effektive ”handle-for”

sykepleiere og dermed en økende grad av sykepleie som medisinsk assistanse funksjon.

Imidlertid dreier ”Fremme-helse” sykepleie seg ikke bare om møter med enkeltmennesker eller grupper. Like viktig er møtet med / kunnskap om helsefremmende politikk, utvikling av en helsefremmende arbeidsplass og kunnskap om strukturelle, kontekstuelle faktorer som påvirker helsetjenestenes muligheter til å fremme helse. Kontekstuell bevissthet og kritisk refleksjon over den helsetjeneste hun er en aktør i er av stor betydning, noe som vil bidra til empowerment også for sykepleiergruppen (Karseth 2000). Det kan hevdes, slik denne oppgaven forsøker å gjøre, at kunnskap om den sykepleiefaglige diskursen, åpner opp for større bevissthet og mulighet for kritisk refleksjon blant sykepleierne.

Sykepleierne, kvinnene, utgjør en sentral del av ”førstelinjetjenesten” eller det ”moderne tjenerskap” (Grimsmo og Sørensen 1991 i Sørensen 2000) i helsevesenet, og kunnskaper om hvordan dette påvirker fagutøvelsen er helt nødvendig for at ikke organisasjonsteoretiske konsekvenser blir sykepleierens private samvittighetskvaler. Det å neglisjere teoriene og modellene som ligger til grunn for reformer i helsevesenet skjuler det faktum at helseprofesjonenes verdsett kommer i klemme mellom politikk og fagutøvelse (Olsvold and Norvoll 1999; Lian 2003; Foss and Ellefsen 2005).

Heidi Haukeliens hovedfagsoppgave i sosialantropologi (2000) og boka ”Maktens samvittighet - Velferdsstatens kapitalformer” (Bakken 2002) hvor hun er medforfatter, ser nærmere på dette fenomenet. De påpeker at velferdsstaten kjennetegnes av en transport av dilemmaer nedover i systemet som til slutt ender opp hos pleie- og omsorgsarbeiderne, kvinnene, nederst på rangstien. Kvinnene forsøker å kompensere ved å springe fortere, men gjør det med dårlig samvittighet fordi de vet at god sykepleie krever god tid. Disse forskerene problematiserer videre den innvirkning omsorgsteori har hatt i konstruksjon av den sykepleiefaglige diskursen. Omsorgsteori fremhever at god sykepleie betyr ”Være-hos” sykepleieren, som ved å bruke ”hele seg”, har ansvar for at pasientene skal føle velvære på tross av de ytre rammene et kaldt instrumentelt sykehussystem kan gi:

Martinsen retter sin ”samfunnskritikk” mot de personlige relasjoner, ikke mot ytre rammer, og begrunner det med at samfunnet består av enkeltelasjoner som byggesten. Ved å innta et slikt perspektiv, stiller hun seg på utsiden av

anerkjent kunnskap innenfor samfunnsvitenskapen som jo nettopp forsøker å forklare samspillet mellom individ og samfunn (Haukelien 2000:40).

Konsekvensen av denne utviklingen i helsetjenestene er at kvinnenes påvirkningsmuligheter (makt) reduseres, ”maktens samvittighet” blir hos kvinner, mens mannen tar del i ”maktens belønninger”; strukturelle posisjoner og materielle forhold (Dahle 2005).

7. Avslutning

“A reflective practitioner is one who is capable of improving practice by asking difficult questions and being sceptical of practices taken for granted”
(Naidoo and Wills 2005:23).

Den franske filosofen Voltaire skal engang ha sagt: *“common sense is not so common”*. I denne oppgaven har jeg nettopp forsøkt å vise kompleksiteten i *“common sense”* innenfor den sykepleiefaglige diskursen, for med det å kunne se nærmere på hva som hemmer eller fremmer det helsefremmende perspektivet innenfor diskursen. Ved å bruke en diskursanalytisk tilnærming, forsøke å få tak i det som ligger i spenningsfeltet mellom *“struktur og prosess, ord og handling, ideologier og praksiser”* (Kaarhus 2001:25), har jeg fått frem noen av *“skyggeteoriene”*; teorier som i utgangspunktet er usynlige eller selvfølgelige, men som langt fra er uvirksomme (Kalleberg 1996).

Jeg har ikke ønsket i denne oppgaven å finne nye sannheter eller å lansere oppskrifter for hvordan helsefremmende arbeid bør implementeres i sykepleie. Intensjonen har vært å legge frem hvem vi er og hvorfor det er blitt slik. En beskrivende del har fått størst plass. Jeg har presentert tre ulike representasjoner, idealtyper, i den sykepleiefaglige diskursen; *“handle-for”* sykepleieren, *“være-hos”* sykepleieren og *“fremme-helse”* sykepleieren. Deretter har jeg tatt utgangspunkt i tre nasjonale læreplaner for sykepleieutdanningen og studert hvordan de ulike idealtypene materialiserer seg i disse.

Diskusjonsdelen har fått et noe mer normativt preg, hvor min stemme er tydeligere. For å løfte frem det helsefremmende perspektivet i sykepleie, diskuterer jeg hindringer, tregheter og muligheter i den sykepleiefaglige diskursen, slik jeg ser det. Jeg mener at jeg har vist noe av kompleksiteten i sykepleiernes mulighetsbetingelser relatert til innføring av et helsefremmende perspektiv, men oppgavens størrelse har begrenset mine muligheter til å nyansere ytterligere.

Hovedinntrykket av arbeidet er at sykepleiefaget domineres av ulike skoler som konkurrerer om oppmerksomhet i de ulike settinger hvor sykepleiere befinner seg. Det fremkommer at *“fremme-helse”* sykepleieren ikke har en stor, dominerende plass i

diskursen. Denne retningen blir sett på som ”det lille ekstra” (Alstveit 2002) av helsesøstre som fremdeles baserer seg på ekspertrollen i møtet med brukere (Tveiten and Severinsson 2005), og denne retningen er forholdsvis ukjent eller utydelig som rendyrket form i sykehussykepleierens bevissthet. Det helsefremmende perspektivet tydeliggjøres ikke i de nasjonale rammeplanene, heller ikke i rammeplanen fra 2004. Jeg har derfor fått bekreftet antagelsene jeg hadde om dette temaet på forhånd. Forskjellen er at ved å velge en diskursanalytisk tilnærming til forskningsspørsmålet mitt har jeg i større grad kunnet analysere hvorfor det er slik. Jeg mener derfor at denne teksten er en stemme inn i den sykepleiefaglige diskursen som kan åpne opp for en kritisk diskusjon over sykepleiens grunnlag.

8. Litteratur

Alstveit, M. (2002). Helsefremmende arbeid som "det lille ekstra": en kvalitativ studie av hva helsefremmende arbeid betyr for helsesøstre. Det medisinske og Det psykologiske fakultet. Bergen, Universitetet i Bergen. **Hovedfagsoppgave**.

Alver, B. G. and Ø. Øyen (1997). Forskningsetikk i forskerhverdag : vurderinger og praksis. Oslo, Tano Aschehoug.

Alvsvåg, H. (1981). Har sykepleien en framtid? : en kritikk av den teoretiske sykepleien. Oslo, Universitetsforlaget.

Andrews, T. (1997). Helsebegreper i 1990-årenes forebyggingsideologi - en kritisk drøfting av konsekvenser. Kunnskap, kropp og kultur Helsefaglige grunnlagsproblemer. H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal and M. Råheim. Oslo, Ad Notam Gyldendal AS.

Antaki, C., M. Billig, et al. (2003). "Discourse analysis means doing analysis." Discourse Analysis Online www.shu.ac.uk/daol/.

Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well. San Francisco, Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1996). "The salutogenic model as a theory to guide health promotion." Health Promotion International **11**(1).

Antrobus, S. (1997). "An analysis of nursing in context: the effects of current health policy." Journal of Advanced Nursing(25): 447-453.

Argyris, C. (1998). "Empowerment: The Emperor`s New Clothes." Harvard Business Review(May - June 1998).

Augestad, P. (2005). "Resept for et sunnere Norge - Et foucaultsk blikk på norsk helsepolitikk." Sosiologi i dag **35**(nr. 2/2005).

Bakken, R. (2002). Velferdsstatens kapitalformer. Maktens samvittighet : om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten
H. Vike, R. Bakken, R. Krokenet al. Oslo, Gyldendal akademisk.

Bakken, R. (2004). Mann i ingenmannsland : et essay om menn og omsorg, hjemme og ute. Bergen, Fagbokforlaget.

Beedholm, K. (2003). Forandring og trøghed i den sygeplejefaglige diskurs. København, Københavns Universitet. **Ph.D.**

Beedholm, K. (2006). "Den nødvendige omskrivning - om Kari Martinsens tenkning og dens transformation." Klinisk sygepleje **20**(4).

Berg, G. (2003). "A holistic-existential approach to health promotion." Scandinavian journal of caring sciences(17): 384-391.

Bjørke, G. (2007). Samtale om tverrprofesjonalitet i Sosial- og helsefagutdanningene. I. G. Heiberg. Haugesund.

Bjørke, G. and N. E. Haavie (2004). Samarbeid og fellesskap : de tre første årene med VEKS - generell del av helsefagutdanningene - en felles studieenhet for åtte ulike helsefagutdanninger ved avdeling for helsefag, Høgskolen i Oslo 1999-2002. Oslo, Høgskolen i Oslo. Pedagogisk utviklingscenter.

Bradley, S. (2004). "Theoretical and methodological approaches in discourse analysis." Nurse Researcher **12**(2).

Branstad, A. (2003). Fra monolog til dialog - Fra en maktform til en annen? Helsefremmende arbeid i en brytningstid : fra monolog til dialog? H. A. Hauge and M. B. Mittelmark. Bergen, Fagbokforlaget.

Brox, O. (1995). Praktisk samfunnsvitenskap. Oslo, Universitetsforlaget.

Buetow, S. A. and N. M. Kerse (2001). "Does reported health promotion activity neglect people with ill-health?" Health Promotion International **16**(1): 73 - 78.

Burr, V. (2003). Social constructionism. London, Routledge.

Campell, J. and S. Arnold (2004). "Application of discourse analysis to nursing inquiry." Nurse Researcher **12**(2): 30 - 41.

Carabine, J. (2001). Unmarried Motherhood 1830-1990. Discourse as data : a guide for analysis
M. Wetherell, S. J. Yates and S. Taylor. London, Sage.

Clark, J. M. (1993). From sick nursing to health nursing. Research in health promotion and nursing
J. M. Clark and J. Wilson-Barnett. London, MacMillan: 282 s.

Dagsland, H. (1962). Administrasjon av grunnskoler i sykepleie. Oslo, Norsk sykepleierforbunds Landsgruppe av sykepleielærere.

Dagsland, H. (1996). Heureka. Visjon, viten og virke
R. Nord, J. Mathisen and T. Bjerkreim. Oslo, Universitetsforlaget.

Dahl, K. (2002). "Dokumentasjon og prosess: Dilemmaer i et historisk perspektiv." Tidsskriftet sykepleien(3).

Dahle, R. (2005). Kjønn i moderne helsevesen. Helsetjenesteforskning : perspektiver, metoder og muligheter
C. Foss and B. Ellefsen. Oslo, Universitetsforlaget.

Ekeli, B.-V. (2005). Fra evidensbasert praksis til praksisbasert evidens. Helsetjenesteforskning : perspektiver, metoder og muligheter
C. Foss and B. Ellefsen. Oslo, Universitetsforlaget: 243 s.

- Eriksen, E. O. (2001). Demokratiets sorte hull : om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten. Oslo, Abstrakt forlag.
- Fagermoen, M. S. (1996). Tanker om sykepleierutdanningen. Visjon, viten og virke R. Nord, J. Mathisen and T. Bjerkreim. Oslo, Universitetsforlaget.
- Fause, Å. and A. Micaelsen (2002). Et fag i kamp for livet : sykepleiefagets historie i Norge. Bergen, Fagbokforlaget.
- Flovik, A. M. and L. Normann (2005). Sykepleie-et selvstendig og allsidig fag. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.
- Foss, C. (1997). Helsefag, kjønn og strategi - Profesjonalisering av helsefagene - til hvilken pris? Kunnskap, kropp og kultur : helsefaglige grunnlagsproblemer H. Alvsvåg. Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Foss, C. and B. Ellefsen (2005). Helsetjenesteforskning : perspektiver, metoder og muligheter. Oslo, Universitetsforlaget.
- Fosse, E. (1997). Profesjoner og profesjonalisering i helsefremmende og forebyggende arbeid. Kunnskap, kropp og kultur : helsefaglige grunnlagsproblemer H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal and M. Råheim. Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Foucault, M. (1972). The archaeology of knowledge and The discourse on language. New York, Pantheon Books.
- Foucault, M. (2002). Archaeology of knowledge. London, Routledge.
- Foucault, M. and C. Gordon (1980). Power/knowledge : selected interviews and other writings 1972-1977. Brighton, Harvester Press.
- Furnes, O. (1978). Utvalg til å videreføre Norsk sykepleierforbunds forslag til grunnutdanning i sykepleie, [Innstilling]. Oslo, Norsk sykepleierforbund.
- Gammersvik, Å. (2006). Den helsefremmende sykepleierfunksjonen i daglig arbeid og kompetansebygging av denne i sykepleierutdanningen. Det Psykologiske fakultet / Det medisinske fakultet. Bergen, Universitetet i Bergen. **Masteroppgave**.
- Gedda, B. (2001). Den offentliga hemligheten : en studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet. Göteborg studies in educational sciences ; 169. Göteborg ,, Acta Universitatis Gothoburgensis. **Ph.D.**
- Gjengedal, E. (2000). Omsorg og sykepleie. Omsorgstenkning : en innføring i Kari Martinsens forfatterskap H. Alvsvåg and E. Gjengedal. Bergen, Fagbokforlaget.
- Gjengedal, E. and H. Alvsvåg (2000). Omsorgstenkning : en innføring i Kari Martinsens forfatterskap. Bergen, Fagbokforlaget.

- Goodson, I. (1988). The making of curriculum : collected essays. London, Falmer.
- Granum, V. (2001). Studentenes forestillinger om sykepleie som fag og funksjon. Educational sciences. Gøteborg, Gøteborg Universitet. **Ph. D.**
- Grimen, H. (2004). Samfunnsvitenskapelige tenkemåter. Oslo, Universitetsforlaget.
- Gustavsen, B. and B. A. Sørensen (1995). Aksjonsforskning. Forskning og handling - søkelys på aksjonsforskning. O. Eikeland and H. D. Finsrud. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet.
- Hamran, T. (1997). Kunnskap, kvalifikasjonskrav og oppsplitting av et kvinnelig fagfellesskap. Kunnskap, kropp og kultur : helsefaglige grunnlagsproblemer H. Alvsvåg. Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Hanson, A. (2004). Hälsopromotion i arbetslivet. Lund, Studentlitteratur.
- Hauen, A. E. (1967). Generell sykepleielære. Lærebok for sykepleieskoler 1 K. Lerheim. Oslo, Fabritus & Sønners Forlag og Norsk Sykepleieforbund.
- Hauge, H. A. (2003). Hvordan kan samfunnsvitenskap bidra til helsefremmende arbeid? Helsefremmende arbeid i en brytningstid - Fra monolog til dialog? . H. A. Hauge and M. B. Mittelmark. Bergen, Fagbokforlaget.
- Hauge, H. A. and L. H. Ausland (2003). Frihet og ansvar i forebyggende og helsefremmende arbeid. Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog? . H. A. Hauge and M. B. Mittelmark. Bergen, Fagbokforlaget.
- Haukelien, H. (2000). Kall og byråkrati - Omsorgsideologier og omsorgspraksiser blant sykepleiere. Sosialantropologisk institutt. Oslo, Universitetet i Oslo. **Hovedoppgave**.
- Heartfield, M. (1996). "Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis." Journal of Advanced Nursing(24): 98 - 103.
- Hedegaard Larsen, B. (2006). Anerkendelse & krænkelser : en undersøgelse af diskursive kontrolprocedurer i relation til sygeplejerskers bestræbelser på at opnå anerkendelse af det verdslige sygeplejefag som et selvstændigt fag. Det Humanistiske Fakultet. Viborg, Forlaget PUC, CVU Midt-Vest, Københavns Universitet **Ph.D.**
- Heggen, K. (2000). "Romantisering av sykepleierfaget." Sykepleien(1).
- Heggen, K. (2004). Lærerarbeid og dobbel profesjonalitet. Klinikk og akademia reformer, rammer og roller i sykepleierutdanning B. Christiansen, B. Karseth and K. Heggen. Oslo, Universitetsforlaget.
- Helsedepartementet (2002). St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Helsedepartementet.
- Hem, H. E. (2001). Profesjoner. Mellom mennesker og samfunn : Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene R. Norvoll, M. Rugkåsa and E. Brodtkorb. Oslo, Gyldendal akademisk.

Hem, H. E. (2003). Aksjonsforskning - forskning til nytte i møte med velferdssamfunnets hovedutfordringer. Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog H. A. Hauge and M. B. Mittelmark. Bergen, Fagbokforlaget.

Henderson, V. A. (1987). Wisdom of the past for future direction. Sykepleien i utvikling : artikkelsamling Norsk-sykepleierforbund. Oslo, Forbundet.

Holtet, H. T. (1972). Innstilling om grunnutdanning i sykepleie. Oslo, Norsk sykepleierforbund

Hvalvik, S. (2002). Bergljot Larsson og den moderne sykepleien. Institutt for Sykepleievitenskap. Oslo, Universitetet i Oslo. **Ph. D.**

ICN (2006). The ICN Definition of Nursing, International Council of Nurses

Juritzen, T. I. (2001). Maktkritikk og selvkritikk – en analyse av holdninger til makt i nyere norsk sykepleielitteratur Det medisinske fakultet seksjon for helsefag Oslo, Universitetet i Oslo. **Hovedfagsoppgave**.

Jørgensen, M. W. and L. Phillips (1999). Diskursanalys som teori och metod. Lund, Studentlitteratur.

Kalleberg, R. (1996). Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog. Kvalitative metoder i samfunnsforskning - Universitetsforlagets metodebibliotek. H. Holter and R. Kalleberg. Oslo, Universitetsforlaget.

Karoliussen, M. (2002). Sykepleie - tradisjon og forandring en humanøkologisk tilnærming. Oslo, Gyldendal akademisk.

Karseth, B. (2000). Sykepleierutdanning i en reformtid. Oslo, Norsk institutt for studier av forskning og utdanning : NIFU.

Karseth, B. (2004). Hva er gyldig kunnskap i sykepleierutdanningen? Noen kunnskapsmessige og didaktiske kommentarer. Klinikk og akademia, reformer, rammer og roller i sykepleierutdanning B. Chtistansen, K. Heggen and B. Karseth. Oslo, Universitetsforlaget.

Kendall, S. (1998). Health and empowerment : research and practice. London, Arnold.

Kirkengen, A. L. (2005). De "spurtes" autonomi. Helsetjenesteforskning : perspektiver, metoder og muligheter C. Foss and B. Ellefsen. Oslo, Universitetsforlaget.

Kirkevold, M. (1992). Sykepleieteorier - analyse og evaluering. Oslo, Ad notam Gyldendal.

Kirkevold, M. (2000). Utviklingstrekk i Kari Martinsens arbeider. Omsorgstenkning : en innføring i Kari Martinsens forfatterskap

E. Gjengedal and H. Alvsvåg. Bergen, Fagbokforlaget.

Kitson, A. (1994). Kvalitetssäkringens utveckling i ett internationellt perspektiv. Kvalitetssäkring i omvårdnad : olika perspektiv. G. Udén. Lund, Studentlitteratur.

Koelen, M. A. and A. W. v. d. Ban (2004). Health education and health promotion. Wageningen, Wageningen Academic Publishers.

Koelen, M. A. and B. Lindström (2005). "Making healthy choices easy choices: The role of empowerment." European Journal of Clinical Nutrition **59**(1): 510-516.

Korp, P. (2004). Hälsopromotion. Lund, Studentlitteratur.

Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt, et al. (2005). Grunnleggende sykepleie - bind 1. Oslo, Gyldendal akademisk.

Kultur-og vitenskapsdepartementet (1987). Rammeplan for 3-årig grunnutdanning i sykepleie : fastsatt i medhold av §10A i Forskrifter for offentlig godkjenning av sykepleierskoler av 1980. Oslo, Kultur- og vitenskapsdepartementet.

Kvangarsnes, M. (1997). "Læreplananalytisk kompetanse." Sykepleien(nr. 10).

Kvangarsnes, M. (2005). Sjukepleiarutdanning i endring : nasjonalt rammeplanarbeid 1992-2004 med fokus på styring, profesjonar, diskursar og tekst. Doktoravhandlingar ved NTNU ; 2005:76. Trondheim, Pedagogisk institutt, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. **Ph.D.**

Kvangarsnes, M. (2006). "Makta over læreplanen." Nordisk Tidsskrift for Helseforskning **4**(2): 14 - 26.

Kaarhus, R. (2001). "En Foucault-inspirert diskursanalyse." Sosiologi i dag **31**(4): 25-46.

Lian, O. S. (2003). Når helse blir en vare : medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. Kristiansand, Høyskoleforlaget.

Liimatainen, L., M. Poskiparta, et al. (2001). "Investigating student nurses' constructions of health promotion in nursing education." Health Education Research **16**(1): 33-48.

Lindström, B. and M. Eriksson (2005). "Salutogenesis." Journal of Epidemiology and Community Health(59): 440-442.

Lindström, B. and M. Eriksson (2006). "Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development." Health Promotion International **21**(3): 7 pages.

Macleod Clark, J. and J. Maben (1998). "Health promotion: perceptions of Project 2000 educated nurses." Health Education Research **13**(2): 185-196.

Martinsen, K. (1989). Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays. Oslo, TANO.

- Martinsen, K. (1993). Fra Marx til Løgstrup : om etikk og sanselighet i sykepleien. Oslo, TANO.
- Martinsen, K., H. Alvsvåg, et al. (1993). Den Omtenkssomme sykepleier : artikkelsamling i forbindelse med at Diakonissehjemmets sykepleierhøgskole Haraldsplass er 75 år i mai 1993. Oslo, Tano.
- Martinsen, K. and K. Wærness (1991). Pleie uten omsorg? : norsk sykepleie mellom pasient og profesjon. Oslo, Pax.
- Mathisen, J. (2006). Sykepleiehistorie: ideer - mennesker - muligheter. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Medin, J. and K. Alexanderson (2000). Begreppen hälsa och hälsofrämjande : en litteraturstudie. Lund, Studentlitteratur.
- Mekki, T. E. and Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet (1999). Tiltak for å styrke sykepleierutdanningen : rapport fra et utvalg. Oslo.
- Melby, K. (1990). Kall og kamp : Norsk sykepleierforbunds historie. Oslo, Norsk sykepleierforbund og J. W. Cappelens Forlag.
- Molven, O. (2006). Sykepleie og jus. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Morgan, I. S. and G. W. Marsh (1998). "Historic and Future Health Promotion Contexts for Nursing." Journal of Nursing Scholarship **30**(4): 379-383.
- Myhre, R. (1996). Grunnlinjer i pedagogikkens historie. Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Mæland, J. G. (1999). Forebyggende helsearbeid : i teori og praksis. Oslo, Tano Aschehoug.
- Naidoo, J. and J. Wills (2005). Public health and health promotion : developing practice. Edinburgh, Baillière Tindall.
- Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen NOKUT (2007). Revidering av akkreditering av studietilbud i sykepleie, <http://www.nokut.no/sw4872.asp>.
- Neumann, I. B. (2001). Mening, materialitet, makt : en innføring i diskursanalyse. Bergen, Fagbokforlaget.
- Nord, R., J. Mathisen, et al. (1996). Visjon, viten og virke. Oslo, Universitetsforlaget.
- Norge, T. Falck-Pedersen, et al. (2002). Helsepersonelloven og pasientrettighetsloven med nye forskrifter : lov om helsepersonell m.v., vedtatt 2. juli 1999 nr 64 : lov om pasientrettigheter, vedtatt 2. juli 1999 nr 63. Oslo, MEDLEX norsk helseinformasjon.
- Norsk Sykepleierforbund (1993). Helse for alle år 2000 : en utfordring for sykepleiere. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.

- Northrup, D. T. and M. E. Purkis (2001). "Building the science of health promotion practice from a human science perspective." Nursing Philosophy(2): 62-71.
- Nortvedt, P. (1998). Sykepleiens grunnlag : historie, fag og etikk. Oslo, Tano Aschehoug.
- NOU 1986:4 and B. Jensen (1986). Samordning i helse- og sosialtjenesten. Oslo, Universitetsforlaget.
- NOU 2005:3 (2005). Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary WHO/HPR/98.1. Geneva, World Health Organization.
- O'Farrell, C. (2005). Michel Foucault. London, Sage.
- Olsvold, N. and R. Norvoll (1999). "Sykepleiere trenger samfunnsfaget." Sykepleien(1).
- Pettersen, R. C. (2005). Kvalitetslæring i høgere utdanning innføring i problem- og praksisbasert didaktikk. Oslo, Universitetsforlaget.
- Pålshaugen, Ø. (1991). Som sagt, så gjort? : språket som virkemiddel i organisasjonsutvikling og aksjonsforskning. Oslo, Novus.
- Rolfe, G. (2000). Research, truth and authority : postmodern perspectives on nursing. London, Macmillan.
- Rootman, I., B. D. Poland, et al. (2000). Settings for health promotion : linking theory and practice. Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.
- Sandvik, G. B. (1997). Utdanning og yrkeskvalifisering av helseprofesjonene i velferdsstaten. Kunnskap, kropp og kultur : helsefaglige grunnlagsproblemer
H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal and M. Råheim. Oslo, Ad notam Gyldendal: 356 s.
- Schaanning, E. (2000). Modernitetens oppløsning : sentrale skikkelser i etterkrigstidens idéhistorie. Oslo, Spartacus.
- Smith, P., A. Masterson, et al. (1999). "Health promotion versus disease and care: failure to establish "blissful clarity" in British nurse education and practice." Social Science & Medicine **48**(2): 227-239.
- Solli, H. M., I. Mysterud, et al. (1996). Økologisk helselære : en innføring for medisins- og helsefagstudenter. Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Sosialdepartementet (1950). Vilkår for offentlig godkjenning av lærestalter til utdanning av sykepleiere i alminnelig sykepleie (grunnskoler i sykepleie), fastsatt ved kgl. res. av 23.juni 1950 i henhold til §1 i lov av 10. desember 1948 om utdanning og offentlig godkjenning av sykepleiere.
. Sosialdepartementet.

Sosialdepartementet (1967). Vilkår for offentlig godkjenning av lærestalter til utdanning av sykepleiere i alminnelig sykepleie (grunnskoler i sykepleie), fastsatt av Sosialdepartementet den 14. oktober 1967 i henhold til § 1 i lov av 8. januar 1960 om utdanning og offentlig godkjenning av sykepleiere, jfr.kgl. resolusjon av 1. juli 1960. Sosialdepartementet.

Sosialdepartementet (1992). St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Sosialdepartementet.

Sosialdepartementet (1993). Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. [Oslo], Departementet.

Stang, I. (2003). Bemyndigelse. Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog? H. A. Hauge and M. B. Mittelmark. Bergen, Fagbokforlaget.

Statistisk sentralbyrå, I. Texmon, et al. (2005). Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2025 – Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2005 Rapport 2005/38

Stevenson, C. (2004). "Theoretical and methodological approaches in discourse analysis." Nurse Researcher **12**(2): 17 - 29.

Sundin, M.-L. (1987). Grunnlagstenkning - Menneskesyn-sykepleiesyn. Sykepleie i tiden : hvor står vi?, hvor går vi? : foredragssamling fra sykepleiesymposiet 1987
M. V. Hermansen and Ullevål sykehus. Oslo, Ullevål sykehus: 300 s.

Sørensen, B. A. (2000). Internasjonale strømninger i helsepolitikk - sykepleie i en brytningstid : en rapport fra prosjektet "Hovedtrekkene i politiske og administrative styringsstrukturer i Norge og Europa - med betydning for sykepleieprofesjonen" på oppdrag fra Norsk Sykepleieforbund. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet.

Sørensen, B. A. (2006). Å forandre for å forstå - utkast til hefte i praktisk metode. Borre, Høgskolen i Vestfold, Masterstudiet i Helsefremmende arbeid.

Thagaard, T. (2003). Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode. Bergen, Fagbokforlaget.

Thomassen, M. (2006). Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag. Oslo, Gyldendal akademisk.

Tones, K. (1993). The theory of health promotion: implications for nursing. Research in health promotion and nursing
J. Wilson-Barnett and J. M. Clark. London, MacMillan.

Tones, K. and J. Green (2004). Health promotion : planning and strategies. London, Sage Publications.

Tones, K. and S. Tilford (2001). Health promotion : effectiveness, efficiency, and equity. Cheltenham, UK, Nelson Thornes.

Tveiten, S. (2007). Den vet best hvor skoen trykker - : om veiledning i empowermentprosessen. Bergen, Fagbokforlaget.

- Tveiten, S. and E. Severinsson (2005). "Public health nurses' supervision of clients in Norway." International Nursing Review(52): 210-218.
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2004). Rammeplan for sykepleierutdanning : fastsatt 1. juli 2004 av Utdannings- og forskningsdepartementet. Oslo, Departementet.
- Valset, S. (1991). Sykepleie og egenomsorg som helsefremmende prosesser. Institutt for sykepleievitenskap. Oslo, Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap.
Hovedfagsoppgave.
- Valset, S. (2005). Veivalg i sykepleien. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Weber, M. and E. Fivelsdal (2000). Makt og byråkrati : essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier. Oslo, Gyldendal.
- White, R. (2004). "Discourse analysis and social construction." Nurse Researcher **12**(2).
- Whitehead, D. (2003). "Health promotion and health education viewed as symbiotic paradigms: bridging the theory and practice gap between them." Journal of Clinical Nursing(12): 796-805.
- Whitehead, D. (2003 a). "Incorporating socio-political health promotion activities in clinical practice." Journal of Clinical Nursing(12): 668-677.
- Whitehead, D. (2004). "Health promotion and health education: advancing the concepts." Journal of Advanced Nursing **47**(3): 311 - 320.
- WHO (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/798A711D-DC30-4E27-8DD6-19561EB969CC/0/ottawa_charter.pdf.
- WHO (1991). Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden 9-15 June 1991 Sundsvall, Sweden, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>.
- Widerberg, K. (2001). Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt : en alternativ lærebok. Oslo, Universitetsforlaget.
- Wilson-Barnett, J. and J. M. Clark (1993). Research in health promotion and nursing. London, MacMillan.
- Wyller, I. (1978). Sykepleiens verdenshistorie. Oslo, Fabritius.
- Wærness, K. (1982). Kvinneperspektiver på sosialpolitikken. Oslo, Universitetsforlaget.

