

Sykepleie – engasjement og identitet

Faglige innlegg fra et seminar relatert til Herdis Alvsvåg sitt sykepleiefaglige virke

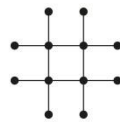


Sykepleie – engasjement og identitet

Faglige innlegg fra et seminar relatert til Herdis Alvsvåg sitt sykepleiefaglige virke

Irene Hunskaar og Herdis Alvsvåg (red.)

VID rapport 2023/4



VID

Denne rapporten er utgitt av

VID vitenskapelige høyskole
Postboks 184, Vinderen
N-0319 Oslo
<http://www.vid.no/>

Rapport: 2023/4
ISBN: 978-82-8456-028-1
ISSN: 2464-3777

Elektronisk distribusjon:
VID vitenskapelige høyskole
www.vid.no

Omslag
Dinamo

Opphavsrettigheter
Forfatteren har opphavsrettighetene til
rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.



Innhold

Forord – <i>Anita Lyssand</i>	3
Kort presentasjon av bidragsyterne	4
Innledning – <i>Herdis Alvsvåg og Irene Hunskår</i>	5
Stærke stemmer – tilstedeværelse – intellekt – moralsk forpligtelse.	
En hyldest til Herdis Alvsvågs virke belyst gjennom Florence Nightingale – <i>Charlotte Delmar</i>	9
Å ta omsorg på alvor – <i>Eva Gjengedal</i>	18
Framtid for sykepleien – <i>Ingunn Elstad</i>	24
Eldre i sykehjem: koronapandemiens tause tapere? – <i>Frode Fadnes Jacobsen</i>	29
«INN I DET UKJENDE» Demens i skjønnlitteratur – <i>Ragna Ådlandsvik</i>	32
Resultatløs sykepleie og velferdsstat – <i>Oddvar Førland</i>	36
Sykepleie(forskning) som kritisk kraft i helsetjenesten – <i>Marit Kirkevold</i>	40
Har omsorgsetikken i sykepleien en framtid? – <i>Finn Nordtvedt</i>	45
Har omsorgsetikken i sykepleien en framtid? – <i>Per Nordtvedt</i>	47
Sykepleie – fagetisk praksis – <i>Herdis Alvsvåg</i>	49
Kongens fortjenstmedalje til Herdis Alvsvåg – <i>ordfører i Bergen Rune Bakervik</i>	53
Takk – <i>Herdis Alvsvåg</i>	55
Takk til slutt – <i>Herdis Alvsvåg</i>	56
Bibliografi Herdis Alvsvåg – <i>Irene Hunskår</i>	57

Forord

Anita Lyssand

I over førti år har professor Herdis Alvsvåg vært med på å prege norsk sykepleie. Høsten 2021 ble Herdis Alvsvåg pensjonist og samtidig professor emerita ved VID vitenskapelige høgskole.

Herdis Alvsvåg ble utdannet sykepleier i 1974 ved Diakonissehjemmets sykepleierskole. I 1977 fullførte hun sykepleierlærerutdanningen. Hun har mellomfag i både sosiologi og filosofi fra UiB samt hovedfag i sosiologi. I 1994 ble hun førsteamanuensis ved Senter for etter- og videreutdanning (SEVU) og Institutt for praktisk pedagogikk ved UiB. Bortsett fra 15 år ved UiB, har Herdis Alvsvåg vært tilknyttet Haraldsplass diakonale høgskole, og etter fusjonen i 2016 VID vitenskapelige høgskole.

Herdis Alvsvåg har alltid hatt en tydelig stemme i den nasjonale helse- og profesjonsdebatten. I sin lange yrkeskarriere som sykepleier, lærer, rektor, professor, forsker, formidler og forfatter har hun vært sentral i utvikling av sykepleiefaget. Hun har en modig og kritisk, men også ydmyk og inkluderende stemme. Det går en linje og er en sammenheng i all forskning og formidling hos Herdis Alvsvåg. I sine publikasjoner og utallige foredrag og debatter om omsorg og sykepleie tar Alvsvåg utgangspunkt i det som alltid har vært hennes ståsted; ansvaret for de svake.

Hennes arbeider, formidlingsevne og væremåte bidrar på en unik måte til å skape arenaer for samtaler om fag, sykepleie og sykepleiefaglig tenkning. For Haraldsplass diakonale høgskole og VID vitenskapelige høgskole har hennes faglige bidrag og engasjement gjennom mange tiår vært avgjørende for den faglige utvikling og sykepleiefaglige tenkning som høgskolens sykepleierutdanning er bygget på.

I anledning Herdis Alvsvåg sin fratreden som yrkesaktiv med overgang til professor emerita var det en stor glede for VID å arrangere et symposium 19. november 2021 med tittel *Sykepleie, engasjement og identitet*. Åtte markante forskere og formidlere innen sykepleiefaget, fra Århus i sør til Tromsø i nord, bidro med å belyse hovedområdene Herdis Alvsvåg har vært opptatt av gjennom sitt faglige virke. De faglige bidragene er samlet i denne rapporten som med ulike perspektiv synliggjør hva Herdis Alvsvåg sin forskning og forfatterskap har betydd for utvikling av sykepleie og den helsefaglige debatten i Norge.

Denne dagen inneholdt også den høytidelige tildelingen fra ordføreren i Bergen av H.M. Kongens fortjenestemedalje til professor Herdis Alvsvåg for hennes livslange arbeid for de sårbare gruppene i samfunnet. En svært fortjent tildeling for hennes arbeid med å utvikle og fremme sykepleie.

Denne rapport er en del av VID`s rapportserie og dette nummer utgis i anledning Herdis sin overgang til professor emerita og tildeling av H.M. Kongens fortjenestemedalje. Vi håper dette vil bidra til å belyse Herdis Alvsvåg sitt faglige virke, vise hennes store engasjement for faget, tydeliggjøre hvor dagsaktuell hennes tenkning er og bidra til faglige diskusjoner og videre utvikling av faget.

Som instituttleder ved Institutt for sykepleie ved VID vitenskapelige høgskole er jeg dypt takknemlig for alt Herdis har bidratt med og stolt for at jeg har fått arbeide sammen med og lære av henne. Vi ser fram til hennes videre virke som professor emerita, for videre utvikling av fag og forskning som stimulerer til refleksjon og utvikling.

Tusen takk Herdis!

Anita Lyssand

Bergen, 22.februar 2023.



Første rad fra venstre: Frode Fadnes Jacobsen, Herdis Alvsvåg. Andre rad: Ragna Ådlandsvik, Per Nordtvedt, Charlotte Delmar. Tredje rad: Eva Gjengedal. Marit Kirkevold, Ingunn Elstad, Oddvar Førland.

Kort presentasjon av bidragsyterne

Charlotte Delmar: Sykepleier, professor i klinisk sykepleievitenskap ved Aarhus Universitet, Danmark. Professor II ved VID vitenskapelige høyskole

Eva Gjengedal: Sykepleier, professor emerita i sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.

Finn Nordtvedt: Sykepleier, fagkonsulent og tidligere dosent i sykepleie. Finn sitt bidrag på seminaret ble formidlet av hans tvillingbror Per. Finn døde 19.juni 2022, etter lang tids sykdom, nettopp fylt 70 år.

Frode Fadnes Jacobsen: Sykepleier, antropolog, professor i eldreomsorg, Høgskolen på Vestlandet, forskningsleder ved Senter for Omsorgsforskning Vest.

Ingunn Elstad: Sykepleier, filosof og professor emerita ved Universitetet i Tromsø.

Marit Kirkevold: Sykepleier, professor ved OsloMet, professor II ved Universitetet i Oslo.

Oddvar Førland: Sykepleier, sosiolog, professor Senter for Omsorgsforskning Vest, Høgskolen på Vestlandet.

Per Nordtvedt: Sykepleier, professor emeritus i medisinsk etikk, universitetet i Oslo.

Ragna Ådlandsvik: Pensjonert førsteamanuensis i pedagogikk, Universitetet i Bergen.

Innledning

Denne rapporten har samlet faglige innlegg fra et seminar 19. november 2021 i anledning av at Herdis Alvsvåg ble emerita ved VID vitenskapelige høgskole. Et utvalg av hennes nære samarbeidspartnere over flere tiår var invitert til å holde innlegg. Foredragene spenner over tema som har opptatt Alvsvåg; som Sykepleie – faglig omsorg og skjønn, og utdanning; Etikk, filosofi, kunnskapsformer og danning; og Helsepolitikk og velferdsstat. Dette er tema med alltid gyldig relevans og aktualitet i helse- og sykepleiefaglige profesjoner. Alvsvåg er utdannet sykepleier, sykepleielærer og sosiolog. Navet i hennes faglige engasjement er konkret og praktisk sykepleie til pasienter og pårørende, i de nære relasjoner, i utdanningen og i samfunnet, og her har hun sin fagidentitet. Faglig innsikt i sosiologi, pedagogikk, kunnskapsformer, omsorg, etikk, danning og utdanning, er med til å utdype, reflektere og opplyse nettopp den faglige omsorgen til de som trenger det i vårt samfunn.

Innleggene som er samlet i denne rapporten, trekker alle tråder fra historien og relaterer disse til tidsaktuelle problemstillinger. Hva sykepleiefaget handler om, er en alltid gyldig problemstilling. I profesjonsfag vil det være noe som er det samme til alle tider, men det vil kunne uttrykkes ulikt i ulike tidsepoker.

Seminar dagen ble innledet med foredrag av **Charlotte Delmar**. Hun trakk tråder tilbake til Florence Nightingale. Nightingale skrev lærebøker i sykepleie i en tid da det fantes sparsomt med utdanning av både sykepleiere og leger, og lite kunnskap om kroppens funksjoner og behandlingsmuligheter. Sykepleien var redusert til å dele ut medisin og stelle sår etter datidens kunnskap. Og pasientene led, og de døde. Det første bud til et sykehus hevdet Nightingale, er at det ikke skal skade pasienten. Hun hadde sansemessig observert hva som var nødvendig for syke og friske, helt grunnleggende. Delmars innlegg reflekterte over hvilken relevans hennes tanker har i dag i den kliniske sykepleien, i ledelsen av faget og i velferdsstaten.

Eva Gjengedal understrekte deretter at vi må ta det alvorlige på alvor. Og det som må tas på alvor er omsorgen. Omsorgens betydning i helsetjenesten ble synliggjort i pandemien. Helsearbeidere og sykepleiere ble applaudert, en dugnadsinnsats uten sidestykke åpenbarte seg. Men så ble det stilt. Når helseforetakene styres etter en forretningslogikk premieres resultater som forretningsmodellen forstår. Omsorgen, faglig selvråderett, profesjonell skjønnsutøvelse og dannelse, har lett for å tape terreng i et økonomisk kalkulerende regime. Å ta omsorgen på alvor får dermed dårlige rammevilkår.

Sykepleiens fremtid, i historisk lys, var tema i det tredje innlegget. **Ingunn Elstad** viser til Alvsvåg sin bok *Har sykepleien en fremtid?* tidlig på 1980-tallet, i en tid der kritisk refleksjon om sykepleiefaget ikke var vanlig. Begreper som «resultatløs-» og «resultatsikker sykepleie» problematiserte at pasienter får ulik

sykepleie og omsorg når resultater innsnevres til å dreie seg om resultater forstått i et samfunnsøkonomisk nytteperspektiv. Det handlet om prioriteringer i sykepleien og i helsetjenesten, også for 40 år siden. Og foredraget aktualiserer prioriteringene i dag relatert til dagsaktuell nasjonal og internasjonal helsepolitikk, og finansieringen av helsetjenesten, og til klima- og naturkrise.

Seminar dagen ble arrangert i november 2021, landet hadde nettopp blitt åpnet etter nedstenging som følge av koronapandemien, og relatert til denne situasjonen stilte **Frode Fadnes Jacobsen** i sitt foredrag følgende spørsmål: «Eldre i sykehjem: koronapandemiens tause tapere?» Det ble vist til at «sykehjem» og «eldre» så å si ikke nevnes i Koronakommisjonens rapport. Dette på tross av at befolkningens inntrykk under pandemien nettopp var at eldre på sykehjem måtte betale en høy pris ved å være isolert fra sine nærmeste. Hvorfor kommer den skrøpelige og hjelpeavhengige eldre i skyggen? Kan det skyldes at mange ikke lenger har et rehabiliteringspotensiale? Kan tausheten skyldes at vi ikke tør å leve med døden? Dette får konsekvenser for livet, for da vil vi heller ikke kunne leve fullt ut.

Ragna Ådlandsvik tematiserte demens i skjønnlitteraturen, i sitt innlegg. Foredraget er faglig og poetisk. Det poetiske språket åpner for innsikter på nye måter. Vi fikk høre om hvordan pårørende kan erfare demens i samtale og samhandling med nære pårørende. Erfaringene er skrevet i dikt og skjønnlitteratur. Skal vi forstå det ømfintlige, det sårbare, det verdige og det gåtefulle, kan litteraturen utvikle refleksjonen, og den kan bidra til moralske og politiske implikasjoner. Demens er en sykdom som øker nasjonalt og globalt: «Det er ikkje *vi* og *dei*. I dag er du sjuk, i morgon kan det gjelda meg».

Det «resultatløse» er en vesentlig tråd i flere av de omtalte foredragene, implisitt eller eksplisitt. «Resultatløs sykepleie» og «resultatsikker sykepleie» hadde eksplisitt oppmerksomhet i foredraget til **Oddvar Førland**, der disse begrepene reflekteres i et velferdsstatsperspektiv. Selv om velferdsstaten er et solidarisk fellesskap som har intensjon om å ta medansvar for alle, og fordele godene godt, slik at alle får mulighet til å «ferdes vel», «fare well», har varig hjelpetrengende og de uten rehabiliteringspotensial ingen særlig plass når offentlige velferdsstatsmeldinger skrives. Det er situasjonen for mange, og før eller siden kommer de fleste av oss dit. Og da er vi avhengig av andres hjelp, sykepleie og omsorg. Men når resultat i en omsorgssammenheng anses som ikke-resultat i en økonomisk sammenheng, blir det en utfordring, og det kaller på en omprioritering.

Marit Kirkevold rettet oppmerksomheten mot sykepleie og sykepleieforskning som kritisk kraft i helsetjenesten. Betydningen av sykepleiens historie, røttene, fagets identitet, og å kjempe for de grunnleggende verdiene i faget, oversette betydningen i nye nåtider, slik kan vi påvirke og peke på politiske ideologier og rammer som truer sykepleiefagets iboende integritet. Forskning er av ulikt slag, og ikke all forskning fremmer sykepleiefaget. Den kritiske tradisjonen problematiserer og stiller seg kritisk til vedtatte sannheter og søker å avdekke skjulte forhold som bidrar til ulikheter, uheldige

maktforhold og ensidige forståelsesmåter. Sykepleiepraksis og sykepleieforskning innenfor denne tradisjonen kan være en kritisk kraft i helsetjenesten.

De to neste innleggene la vekt på omsorgsetikken. **Finn Nordtvedt** tok utgangspunkt i egne pasientopplevelser. Her slås det fast at medisinsk behandling redder liv, men kompetent sykepleie er nødvendig for restitusjon og helse. Nightingale bringes igjen frem; betydningen av å legge forholdene til rette for at pasientens naturgitte og selvhelbredende krefter kan virke. Pasienterfaringene lærte han «at det er i det lille, det som synes ubetydelig, det som er så nært at vi nesten ikke ser det», det er her sykepleiens kjerne ligger. Dette blir belyst med egne pasienterfaringer.

Så stilte **Per Nordtvedt** spørsmål om omsorgsetikken i sykepleien har en fremtid. Den stilles opp mot en spesiell fremmedgjørende type begrepsliggjøring av sykepleien. Det slås et slag for en tradisjonsforankret sykepleie som har sitt grunnlag i klinisk kunnskap og erfaringer, i samfunnskritikk og i kritikk mot en vitenskapstradisjon som vektlegger målinger og objektivitet, heller enn subjektiv erfaring og kvalitative beskrivelser. Omsorg, både som allmenmenneskelig og faglig fenomen, båret oppe av faglig kunnskap og medmenneskelighet, er helt vesentlig i klinisk sykepleie. Man kan ikke tenke seg en sykepleier eller en helsetjeneste uten omsorg, heller ikke i fremtiden, men den er truet.

Herdis Alvsvåg holdt avslutningsforedrag om sykepleie som fagetisk praksis. Alvsvåg tok utgangspunkt i en sykepleiers ytring i *Bergens Tidende*, som slo fast at det første som forsvinner er god sykepleie, omsorgen. Sykepleie og etikk kan ikke skilles. Det handler om fagetisk praksis. Pasienten er så mye mer enn en diagnose, og det finnes grenser for effektivisering. Alvsvåg viste til Nightingale og Rikke Nissen, at vi også i vår tid har noe å lære av hvordan disse tenkte sykepleie, en sykepleie utført av hele sykepleiere, og ikke halve eller kvarte leger. Foruten etikk, understrekte Alvsvåg at den profesjonelle trenger faglig skjønn og dømmekraft, hvis ikke kan praksisen ende i et instrumentalistisk mistak.

Sykepleiere trenger omsorg og medmenneskelighet, kunnskaper fra flere fagområder og faglig identitet som sykepleier for å kunne bidra faglig relevant i et tverrfaglig samarbeid og for å oppfylle sitt vide samfunnsansvar. Herdis Alvsvåg har arbeidet med sykepleiefaget, undervist på ulike nivå, deltatt i seminar og debatter, skrevet om faget innenfor flere ulike sjangere. For dette ble hun på seminaret Sykepleie – engasjement og identitet, 19.november 2021, tildelt **H. M. Kongens fortjenestemedalje**. I statuttene står det at den kan tildeles til personer «for særlig fortjenestefullt arbeid gjennom lang tid i privat eller offentlig tjeneste, hvor innsatsen har ligget betydelig over det normale og hvor vedkommende også har vist aktivt samfunnsengasjement utover sin arbeidsinnsats». **Rune Bakervik** var ordfører i Bergen i 2021, og han sto for overrekkelsen av medaljen. Ordføreren sin hilsen til Alvsvåg er vi glade for å kunne trykke i denne rapporten. Den er plassert etter de faglige foredragene.

Til slutt er en bibliografi over Herdis Alvsvåg sine publikasjoner fra den første artikkelen i Sykepleien i 1977 til den siste boken «Å tenke sykepleiefaglig. Essay i utvalg» som oppsummerer Alvsvåg sitt forfatterskap i over 50 år. Bibliografien viser bredden og engasjementet i forfatterskapet, fra bøker, bokkapitler, artikler og rapporter utført på oppdrag fra offentlige myndigheter.

Vi ønsker alle en god lesing og vi håper at innleggene kan engasjere til samtale om sykepleiefaget, at vi forsterker å sette på dagsorden hva det vil si å ta det alvorlige på, i faget, i sykepleiepraksis- og forskning, i helsepolitikken og i velferdsstaten, og i alt dette også viser forpliktende ansvar for natur og klima.

Bergen, 20.februar 2023.

Irene Hunskår

Herdis Alvsvåg

Stærke stemmer – tilstedeværelse – intellekt – moralsk forpligtelse. En hyldest til Herdis Alvsvågs virke belyst gennem Florence Nightingale.

Charlotte Delmar

Kære Herdis, kære deltagere.

Vi er i dag samlet for at hylde professor Herdis Alvsvåg, som går ind i stilling som emerita her ved VID. Som en lille mosaik i den store fortælling er jeg budt til bords. Det er et ærefuldt hverv, som jeg er blevet givet ansvaret for at bidrage til. Jeg siger med stolthed: Tak for tilliden og ansvaret.

I programmet er der angivet tre hovedområder som Herdis Alvsvåg har været engageret i. Jeg vil med min hyldest berøre alle tre faglige engagementer.

Da Herdis Alvsvåg igennem årene har beskæftiget sig med:

Helsefaglige grundlagsproblemer og tilvejebringelse af rom for omsorg,

Reformer i helse – og omsorgstjenesten,

Dannelse, uddannelse og læring,

Det gode blik og de gode hænder, viden og klogskab,

hvad er så mere oplagt end at drage flere paralleller til sygepleiens Florence

Nightingale, der akkurat lige som professor Alvsvåg har haft stor betydning for

udvikling af sygepleje som fag.

Så nu går vi for en stund tilbage i tiden og jeg starter med at citere hvad Florence

Nightingale på daværende tidspunkt var oppe i mod:

Jeg citerer: Det synes at være en udbredt opfattelse blandt mænd og endog blandt

kvinder, at ulykkelig kærlighed, trang til noget at gå op i, frustration i almindelighed

eller manglende evner i andre retninger, er alt hvad der skal til for at gøre en kvinde

til en god sygeplejerske.

Således ynder også populære romanforfattere at fremstille unge piger, som lider af

ulykkelig kærlighed og træder direkte fra de fine saloner ind på krigslazaretterne. Så

snart de finder den sårede elsker, svigter de selvfølgelig deres patienter for

kærlighedens skyld. Det gør dem imidlertid ikke ringere – i forfatterens øjne – tværtimod, de hyltes som sygeplejens heltinder.

Og derfor slår Florence Nightingale fast:

Hvilke grusomme fejltagelser velmenende mænd og kvinder kan gøre sig skyldige i, når de begiver sig ind på områder, som de mener at have forstand på, men i virkeligheden ikke ved det ringeste om.

Sådan skriver Florence Nightingale i bogen *Notes on Nursing*, som udkom første gang i 1859 i 15.000 eksemplarer og var dyr, 5 shilling.

Vi kan i dagens anledning spørge om måske nogle stadig i vor tid kunne foranlediges til at mene det samme?

Men som Nightingale **også** skriver:

Jeg citerer: En sådan opfattelse minder om det sogn, hvor man satte en enfoldig gammel mand til at være skolemester, fordi han ikke længere havde kræfter til at passe svinene.

Men om en sygestue eller sågar et helt sygehus er sund eller usund, afhænger først og fremmest af sygeplejerskens kyndighed og indsigt i de love, der gælder for menneskers liv og død og bestemmer sundhedstilstanden på sygestuen og på sygehuset. Det er love og grundprincipper om ro, renlighed og regelmæssighed. Citat slut.

Som en hyldest til professor Alsvåg har jeg i dagens anledning valgt at lade sygeplejens forbillede fremtone som et symbol på at uddannelse – intellekt – moralsk forpligtelse og dyb indsigt og viden om sygepleje samt evne og vilje til at ville dokumentere det, er hvad sygepleje går ud på – kvindelige dyder gør det ikke alene.

Nightingale skrev flere bøger og rapporter, men *Notes on Nursing*, blev skrevet fordi

hun oplevede en afstumpet sygepleje, begrænset til uddeling af medicin og lægning af grødomslag. Hun undrede sig over, at man ved alt om himmellegemernes baner, skønt de er så langt borte, men man ved ikke ret meget mere om menneskesindets love end vi gjorde mange år tilbage, selv om vi kan iagttage dem hver dag.

Og jeg vil give Nightingale – og Herdis Alvsvåg ret.

For med henvisning til K.E. Løgstrup er det en almindelig filosofisk iagttagelse at de mest elementære fænomener, der hører vor eksistens til, bliver vi sidst og vanskeligst opmærksomme på. Her lurder så faren for at sygeplejersken ikke tillægger disse fænomener betydning, hvorved væsentlige forhold for patientens restitution – som fx livsmodets og håbets betydning, kontrol over egen krop, betydningen af at blive inddraget i væsentlige beslutninger – går hen og bliver til tavse felter for dem der arbejder med sundhed, sygdom og lidelse – og muligvis med den konsekvens til følge, at patienten lades i stikken.

Selv om omstændigheder, normer og værdier samt den teknologiske udvikling har optimeret behandling og ændret patientrollen fra Nightingales tid til i dag, så vil en sygdoms indtrængen i et menneskesind til stadighed påvirke den syges livssituation, hvor væsentlige sygeplejefaglige grundprincipper er altafgørende for den syges muligheder for enten at blive helbredt, restitueret, lindret og trøstet.

Derfor vil Florence Nightingales visioner, viden og visdom blive ved med at tale til os med en umiskendelig tone af sandhed. Det har du, Herdis, på din måde og egen vej bragt videre. Der er stadig brug for en tidsuafhængig fundamental viden, der ikke forældes.

Hør blot videre disse 2 eksempler fra *Notes on Nursing*, som fortsat har en fundamental betydning:

1. Hvem er nogensinde inden vinduerne blev slået op, trådt ind i et rum med sovende mennesker – det være sig få eller mange, syge eller raske, fra den ene eller den anden samfundsklasse. Sørg for, at den luft, patienten indånder, er

lige så ren, som luften udenfor, men uden at han kommer til at fryse. Af alle metoder til at holde patienterne varme er den allerdårligste den, der går ud på at udnytte varmen fra den syges eget legeme og udåndingsluft.

Så ja, frk Nightingale. Varhed om betydningen af det fysiske roms udluftning af sygeværrelset er vigtig viden. Og Herdis Alvsvåg har som redaktør sammen med to andre omtænksomme forskere, Oddvar Førland og Frode Jacobsen begået en vitenskabelig antologi: "Rom for Omsorg?", som holder fast i det fundamentale samtidig med en udvikling og perspektivering af rommene i helsevæsnet.

Andet eksempel fra *Notes on Nursing*:

2. En sygeplejerske som frembringer raslende og knitrende lyde vil altid være en gru for patienten. Den knitrende lyd af silke og krinoline, nøglernes raslen, korsettets og skoens knirken vil skade patienten mere end alverdens medicin kan gøre ham godt.

De har fuldstændig ret, frk. Nightingale. Sanserne hos den syge indskærpes. Der skal være ro, når patienten vågner fra narkose, der skal være ro hos den nybagte familie. Det skal sygepleieren lære. Og med Herdis Alvsvåg i hånden er det sygepleierens klogskab i handlingssituationer der er afgørende for om patientens handlerom udvides eller indsnævres.

Nightingales mere end hundrede og halvtreds år gamle viden og grundprincipper forkyndte og foregreb den spirende omsorgsbevidsthed, som i vor tid stadig er under udfoldelse og måske mere end nogensinde påkrævet som en vigtig politisk, social og menneskelig kraft i kampen for at komme uvidenheden om omsorg til livs. En uvidenhed om det betydningsfulde for sundhed og sammenhængen med professionel omsorg. Den viden om og dybere indsigt i sygepleje, som der var så påtrængende behov for i hendes samtid, gælder stadig som fordring for sygeplejen af i dag. Med en utrættelig vedholdenhed har Herdis Alvsvåg også her været en vigtig bidragsyder;

især for at sykepleiere får øjnene op for at den professionelle sykepleiefaglige omsorg indgår i en større sammenhæng end man ikke altid er helt klar over.

Florence Nightingale er et forbillede. Men et forbillede behøver dog ikke at være andet end en gallionsfigur eller en bils kølerfigur, som jo med skiftende tider bliver udeladt eller flade. Men nogle forbilleder dukker op igen og restaureres. Ved restaurering, kan figurens helhed og nogle detaljer blive tydeligere, måske opdages, fordi der nu er de helt rette forudsætninger for en opdagelse. Værdien af en sådan restaurering er knyttet til det tidsløse, der gennem udvikling, forskning og dokumenteret viden får et udtryk, der er smukt og i vor tids epoke også gavnligt for de syge og de raske.

Herdis Alvsvåg har gennem sit virke foretaget en sådan restaurering. De overordnede og gennemgribende aspekter ved sygeplejen, som vi har lært at kende gennem Nightingales bøger, fordrer at sygeplejerskers omsorgsindsigt kommer frem i lyset gennem dokumenteret viden. Her står Herdis Alvsvåg som en af pionererne. Med:

- en stærk stemme
- en væren-til-stede-i-verden
- intellekt
- og moralsk forpligtelse,

har Herdis Alvsvåg – med en både samfundsmæssig og sygeplejefaglig tilgang – restaureret sykepleiens forbillede og uforfærdet og overbevisende fremført gode, kloge og rigtige argumenter for omsorgens betydning.

For at gribe nutiden, må man have historien med sig. Der har vi lige været. Historiens vingesus ind i en hele tiden opdateret kontekst. Florence Nightingale og Herdis Alvsvåg, hånd i hånd, og dog hver for sig.

Du Herdis går nu over i en emerita stilling. Typisk indebærer det jo fortsat aktivitet, så derfor vil jeg afslutte min hyldest til en stærk, nærværende klog og værdifuld ven og kollega med at skue ind i fremtiden og komme med mit bud på, hvad der kan slibes på og yderligere opdages i en fortsat restaurering.

Hermed mit bud: Først og fremmest er omsorg tæt knyttet til ansvar, at svare an, hvilket betyder at ta op de udfordringer, der foreligger og gøre noget – altså svare an. I årenes løb er det blevet mere og mere tydeligt for mig, at omsorg og ansvar er to sider af samme mønt – med et påtrængende handlekrav om at opdage, hvilken appel om hjælp, som patient og pårørende giver udtryk for: Er det en appel om frisk luft, fred og ro eller aktivitet, et nænsom sårskifte, en kølig klud på panden eller er det at lære at have kontrol og ansvar for egen situation, at kunne tage medicinen selv. Det er udfordringen at finde ud af hvad den pågældende situation faktisk drejer sig om, og så handle ansvarligt på patient- og pårørendes præmisser.

Og den udfordring er mere aktuel end nogensinde før. HVOROR?

Nutidens mantra i politik og offentlig ledelse er betoningen af patientinvolvering og borgerinddragelse – New Public Governance, er den korte betegnelse.

På mange måder er involvering, kontrol over eget liv, aktiv medskabelse af sin situation livgivende værdier. MEN hvis selvansvar, kontrol og uafhængighed bliver målet i sig selv for vort helsevæsen er det vi overser at når man bliver syg, så bliver vi ved siden af os selv, nogen rystes i deres grundvold, vi mister fodfæste for en stund.

Som Lene Malmström i sit digt "Patient" udtrykker det:

Han afleverer sit liv til andre
som får deres penge for at holde øje med det
Han kan ikke bare sige
At han helst selv vil ta sig af det
Og passe på det
For det kan han jo ikke
Der er noget i vejen med det liv
Som om det vil af med ham i tide og utide

Så ja, ansvar for egen situation, aktiv medskabelse, autonomi eller selvforvaltning

som det synonymt hedder, er livgivende mål og værdier – for den raske. Men hvad med den syges livssituation, der for en kortere eller længere periode er bragt ud af den hverdagslige balance. Faktisk og dybest set ved vi forskningsmæssigt ikke ret meget om det, når sygdom eller andre livsbegivenheder sniger sig ind på kroppen og vi for en stund mister fodfæste.

Derfor må der fokuseres på at gøre magthavere; politikere og alle deres distribuerede ledere i helsesystemet opmærksom på hvad det vil sige at være syg og lidende med alt hvad det medfører af angst, uro, smerte, kaos. På samme vis som der også må fokuseres på en bevidsthed om ansvarsfordelingen mellem sygepleieren, den professionelle omsorgsudøver og patient/pårørende som medkonstituerende for om resultatet bliver de livsbefordrende muligheder eller patienter og pårørende med et altoverskyggende ideal om involvering og selvansvar faktisk påtvinges livsindskrænkende muligheder.

Når den rette ansvarsfordeling mellem patient og professionel omsorgsudøver ikke tages op som kernen i enhver situation bliver der tale om omsorgssvigt, og omsorgssvigt indskrænker patientens mulighed for livsudfoldelse og restitution. Omsorgssvigt sætter livsmodet over styr, og for patienten og dennes pårørende og sociale netværk griber det ind i muligheden for at forsones sig med den livssituation, som en sygdoms indgriben har skabt.

Med et alt overskyggende mål for sundhedsvæsenet om involvering (eller partnerskab som det hedder i diverse politiske dokumenter) kan det for nogen patienter blive til svigt, hvis ikke det er den rette ansvarsfordeling. Altså en opmærksomhed rettet mod at i visse situationer har patient- og pårørende ikke handlekapalet eller resurser og derfor skal den professionelle omsorgsudøver være den udfarende, give råd og tage over, i andre situationer skal den professionelle omsorgsudøver blot være understøttende fordi patienten og pårørende har stor egen handlekapalet. Med andre ord, der skal være et fokus på den individuelle patients livssituation, den konkrete

situation (som jo kan ændre sig fra minut til minut, fra akut fase til mere stabil og så fremdeles) og endelig sidst men ikke mindst; en god, klog og rigtig vurdering af ansvarsfordelingen, når sygeplejefaglige opgaver skal løses.

At restituere sig eller komme sig bliver vanskeliggjort måske endog ødelagt grundet ikke-omsorgsfulde møder, som patient og pårørende kan have – uagtet hvor i helsesystemet de befinder sig: Ved ambulante besøg, i hjemmeplejen, ved lægevagten, på den kirurgiske afdeling, den medicinske afdeling, den højteknologiske intensive afdeling, på et stort universitetshospital eller et mindre sygehus. Ikkeomsorgsfulde situationer og handlinger findes i hele helsesystemet.

Og når jeg skuer ind i fremtiden blinker en advarselsslampe. Det New Public Governance helsesystem, der i dag toner frem med dens ideal om involvering og partnerskab bærer med sig en logik, hvor omsorgsvigt kan gå hen og blive hverdagskost for de hjælptrængende; og de hjælptrængende er ikke alene de mennesker der politisk bliver udtrykt som ulighed i sundhed. Det er også de ressource-stærke og handlekapable, der for en stund bliver lidt ved siden af sig selv og som bliver revet ud af vante gøremål og handlinger.

Alt i alt vil det sige; de patienter der for en kortere eller længere stund ikke har megen handlekapacitet.

Så hvis det gode velfærds- og helsesystem skal overleve i fremtiden, hvis eksempler på omsorgsvigt ikke skal tone frem på forsiden af aviserne hver dag, hvis nutidens krise på hospitaler ikke skal forværres, så er vi nødt til, ja jeg vil sige forpligtet til at generobre omsorgen med dens nuancerede opfattelse af ansvar i de konkrete møder og situationer med syge- og hjælptrængende.

Jeg ser i krystalkuglen, at selv om det er svært, så vil udvikling og praktisering af professionel omsorg gøre sig godt i tråd med fremtidens udfordringer.

Jeg håber at denne hyldest for professor Herdis Alvsvåg må blive den første dag ind i

fremtiden, hvor Herdis Alvsvåg mangeårige virke – yderligere og vedvarende – bliver løftet op og ind i den konkrete sykepleie som netop den kraft, der efterspørges af hjælptrængende. Jeg vurderer at der nu er de helt rette forudsætninger hvis det gode velfærds- og helsesystem skal overleve i fremtiden. Med argumenter og dokumentation for virkningen, så er det de tre hovedområder, som professor Herdis Alvsvåg har været engageret i, der blinker i neon.

Vi har i kraft af dagens uddannelsesmæssige magtbaser og evne til argumentation mulighed for at gøre opmærksom på og værne om den professionelle omsorgs betydning i den konkrete patient/borger-situation.

Kære professor Herdis Alvsvåg, kære Herdis, ven og kollega:

med sin fortid – i sin nutid – for sin fremtid – du sat betydningsfulde spor, men der er meget mere at gøre og jeg glæder mig til at følge dig i din videre færd.

Å ta omsorg på alvor

Eva Gjengedal

Ideen til tittelen på dette innlegget fikk jeg fra filosofen Harald Ofstads bok: *Vi kan ändra värden* (Ofstad, 1987). Selv om det snart er 40 år siden boken ble skrevet, er ikke hans beskrivelse av det vestlige samfunnet mindre treffende i dag. På bokomslaget tegnes et dystert bilde som sier at «bak vår demokratiske fasade opererer en amoralsk verden av penger, makt og egoisme. Den bestemmer våre liv. Det er mot dette vårt engasjement må innsettes» (min oversettelse). Han skriver at målet med moralsk oppdragelse er at man tar det som er alvorlig på alvor, noe som blant annet krever at man gjøres i stand til å ta selvstendige avgjørelser på en ansvarsfull måte (s. 42).

Ofstad tar utgangspunkt i *universaliseringsprinsippet*, som riktignok ikke foreskriver konkrete handlinger, men poengterer at vi bør handle slik at alle skal få samme muligheter til å leve et optimalt liv. Han mener vi må strebe mot en norm om *universell solidaritet*, som først og fremst uttrykker at de som har det dårligst skal få det bedre. «Det er viktigere å redusere lidelse enn å øke lykke. Det er viktigere å være solidarisk med de svake, de handikappede og de utstøtte enn med de som er mektige og rike» (s.17, min oversettelse).

Solidaritet har mye til felles med omsorg, og jeg ble motivert til å reflektere over omsorgens kår i dagens samfunn med utgangspunkt i hans resonnement. De fleste helsearbeidere – både klinikere og teoretikere – ønsker nok å ta omsorg alvorlig. Men gis de tilstrekkelig mulighet til det i den praktiske virkeligheten?

I innledningen til boken skisserer Ofstad noen synspunkter på hvordan han mener vi må handle for at solidaritetsnormen skal kunne virkeliggjøres. Jeg mener dette i stor grad også er forutsetninger for å kunne realisere omsorg i helsevesenet. Og jeg skal i dette innlegget dvele ved Ofstads første synspunkt, som han beskriver på følgende måte:

«... først gjelder det å endre samfunnets institusjoner, organisasjoner og det sosiale samspillet slik at solidariske handlinger får bedre vekstvilkår og kommer naturlig uten at de oppleves som å stå i motsetning til egne interesser» (s.18, min oversettelse).

Koronapandemien har med all tydelighet vist at solidaritet og omsorg ikke har de beste vekstvilkår i samfunnet. Det er viktig å understreke at selv om pandemien sikkert har forverret situasjonen, kan den ikke forklare hvorfor solidaritet og omsorg ikke kan sies å være prioriterte områder. Men pandemien har bidratt til å synliggjøre behovet for omsorg i særlig sårbare situasjoner.

I løpet av pandemien har vi sett mange oppslag om at tilværelsen til barn som lever i familier med omsorgssvikt har forverret seg, at studenter slutter å studere på grunn av ensomhet og isolasjon, at antall overdosedødsfall har økt, og at beboere i sykehjem har levd i isolasjon fra familie og venner, og mange har også måttet forlate livet atskilt fra sine nære og kjære. Til tross for dette har helsearbeidere fått mye skryt under pandemien, og med rette. Det er ikke de som kan anklages for at de har måttet gå på akkord med egne verdier, de fleste har stått på under svært vanskelige arbeidsvilkår, som åpenbart ble forverret under pandemien.

Det at pandemien førte til et positivt fokus på helsearbeiderne, bidro til at de mest optimistiske begynte å tro på en oppjustering av deres verdi i samfunnsmaskineriet. Men slik har det ikke blitt, krav om effektivisering som var påtrengende også før pandemien, viste seg fortsatt å ha høyest prioritet. Og da er det dessverre ofte omsorgen som først nedprioriteres, slik mange helsearbeidere beskriver.

Liv Bjørnhaug Johansen, sykepleier og temaredaktør i tidsskriftet *Sykepleien*, skriver i boka *Den lange vakta. En historie fra et helsevesen på birstepunktet (2021)*, om å være sykepleier under pandemien og skuffelsen over at anerkjennelsen ikke har fått konkrete følger. Skuffelsen kommer til uttrykk gjennom utsagn som «Vi sitter ikke igjen med noe» og «Vi er tilbake der vi var, bare mer slitne». Hun skriver videre:

«Knappt noen fikk noe av det koronatillegget som ble framforhandlet. Ingen bonuser som takk for innsatsen. Ingen blomster på døra. Ingen ekstra ferieuke. Applausen hadde også stilnet. Avisene begynte å skrive om andre ting. Våre 15 minutter i rampelyset var over» (s. 174).

Samtidig har avisen *Klassekampen*, 2. september 2021, gått gjennom årsregnskapene til de 36 helseforetakene for å undersøke hva lederne tjener. Oversikten viser at 198 helsetopper tjener mer enn helseministeren (dvs. mer enn 1,4 millioner) og 70 av disse tjener mer enn statsministeren (dvs. mer enn 1,7 millioner). Samtidig viser sykepleierindeksen (som måler hvor stor andel av de omsatte boligene en enslig sykepleier får finansiering til å kjøpe) at en gjennomsnittlig sykepleier i Oslo bare har råd til å kjøpe en av 40 boliger i hovedstaden.

For å få til en endring av institusjoner og organisasjoner slik at de kan legge til rette for at solidaritet og omsorg får bedre vekstvilkår – slik Ofstad manet til – må vi forstå logikken som bidrar til dagens praksis. Vi vet at helseforetakene styres etter mønster av forretningslogikk. Dette har gradvis endret seg siden 1980-tallet. Tidligere var helsevesenet i stor grad styrt av faglig ekspertise. Ledelse og administrasjon inkludert økonomi, var i stor grad underlagt profesjonene. Etter hvert ble det et politisk anliggende å bedre ressursforvaltningen og disiplinere de ansatte. For å oppnå dette ble rammefinansiering erstattet med innsatsstyrt finansiering. Det ble også innført resultatindikatorer og operasjonaliserte effektivitetsmål med krav om at helsearbeiderne dokumenterer arbeidsoppgavene sine, et arbeid som

blir stadig mer tidkrevende. Resultatoppnåelse premieres, mens dårlig oppnåelse korrigeres (Thomassen, 2013). Ifølge Ekeland, Stefansen og Steinstø (2011) blir klinisk arbeid forvandlet til «produksjon» og helsearbeiderne til «økonomiske aktører». Klinikernes faglige autonomi reduseres (s. 4-5). For sykepleierne betyr dette blant annet mindre tid til omsorgsoppgaver, som ikke alltid, men ofte, er tidkrevende. Igjen er det fristende å sitere fra Bjørnhaug Johansens (2021) bok:

«Det var i 1999 at kravet om at hjelpen skulle være omsorgsfull, kom inn i lovverket. For sykepleiere var det et enormt betydningsfullt tillegg – å gjøre noe omsorgsfullt tar mer tid enn bare å gjøre det forsvarlig. Ved å få omsorgen inn i lovverket hadde vi plutselig ryggdekning for å kreve den tiden. Men det var kanskje først og fremst en teoretisk seier. På dager som dette har vi mer enn nok med å holde oss innenfor faglig forsvarlighet. Det er det vi prioriterer; den medisinske forsvarligheten. Det er det vi blir målt på. Det er det lederne våre etterspør. Vi tar målingene vi skal, dokumenterer og utfører prosedyrene vi må. Når tiden er stram, er det omsorgen vi kutter i. Ingen krysser av på en sjekklister at pasientens autonomi er ivaretatt. Ingen spør om du har hatt tid til å sikre at alle pasientene dine føler seg sett og hørt og ivaretatt på en omsorgsfull måte» (s. 186).

Så er da også den lovbestemte omsorgen omdiskutert. Øyasæter (2003) hevder for eksempel at loven ikke tar opp omsorgens grunnleggende og eksistensielle forhold. Hun viser til at Kari Martinsen anser den lovbestemte omsorgen for å være glasur rundt det som egentlig er kjernen, den helhetlige og kontekstuelle i forståelsen av pasienten.

For å forstå dagens helsevesen er det gjort mange analyser, jeg har allerede nevnt Ekeland, Stefansen og Steinstø (2011). I det følgende vil jeg dvele ved sosiologen Ole Jacob Thomassen sin analyse i doktorgradsavhandlingen med tittelen *Integritet som arbeidslivsfenomen* (2013). Her innfører Thomassen begrepet *målstyringsstatsregime* som betegnelse på dagens politiske tenkning. Der hvor *kunnskapsstatsregimet* tidligere bidro til å fremelske profesjonell selvråderett, legger målstyringsstatsregimet restriksjoner på det profesjonelle arbeidet, noe som ofte undergraver profesjonell skjønnsutøvelse og setter arbeidstakernes autonomi under press (s. 39-42).

Som en del av avhandlingsarbeidet intervjuet Thomassen pleiere ved tre institusjoner, et distriktpsikiatrisk senter, en kreftavdeling og hjemmetjenesten i en kommune. I tillegg intervjuet han mellomledere og noen toppledere ved de samme institusjonene. Selv om begge grupper til en viss grad viste forståelse for hverandres arbeid, beskriver Thomassen at de hadde utviklet ulike strategier. Mens pleierne forfekter det han i Bourdieu inspirert språkdrakt, benevner som omsorgs- og håndverkskapital og devaluerer deler av den byråkratiske kapitalen, forfekter lederne byråkratisk kapital og devaluerer elementer i omsorgs- og håndverkskapitalen (106-158). Pleierne opplever at de stadig må påta seg flere oppgaver, noe Thomassen senere har kalt *ansvarsoversvømmelse* (Thomassen, sitert av Ousdal 2019).

Dette kan gå utover faglig integritet, som igjen kan føre til sykefravær. Thomassen kaller spriket mellom det man ønsker å oppnå og det man faktisk oppnår i jobben for *en stille lidelse* i arbeidslivet. Dette blir gjerne forsøkt løst med individuelle strategier, diverse kursing for å gjøre arbeidstakerne mindre sårbare. Men dessverre fører det ofte bare til å øke ansvarsoversvømmelsen, da de også får ansvar for å løse utfordringene som organiseringen skaper (Thomassen, sitert av Ousland 2019). Sykepleierne mangler de organisatoriske rammene som skal til for å utføre sitt håndverk. Etter hvert kan man også stå i fare for at tidsknapphet bidrar til at kompetansen reduseres, man har ikke nødvendig tid til å utvikle faglig skjønn.

Innledningsvis refererte jeg til Ofstads bok *Vi kan ändra värden*, hvor han tar til orde for at vi må strebe etter universell solidaritet. Det forutsetter at vi endrer institusjoner og organisasjoner, slik at solidariske handlinger får bedre vekstvilkår. Så kan vi spørre oss: Vil omsorgen få bedre vekstvilkår om politikerne dropper forretningsmodellen, slik jeg har beskrevet den i det foregående? Mye tyder på det, og det er kanskje det viktigste.

Men Thomassen mener også at sykepleierne i større grad bør vektlegge den håndverksmessige delen av pleiearbeidet, for at omsorgen skal få gjennomslagskraft. Sykepleieren trenger både formell og prosessuell kunnskap, og omsorgsdimensjonen forutsetter den prosessuelle kunnskapen som impliserer skjønnsdimensjonen. Skjønnnet utvikles over tid i form av personlige og kroppsliggjorte ferdigheter som gjør en i stand til å forstå situasjonen.

Inspirert av sosiologen Richard Sennet skisserer Thomassen (2013, s.168-175) noen prinsipper for hvordan håndverksarbeid kommer til uttrykk i pleiearbeidet: For det første hevder han at ved å være tett på materien (her: pasienten) utvikles situasjonsbestemt kunnskap som er nødvendig for å kunne utføre jobben. Et minimum av samvær med pasienten gir essensiell kunnskap. Gjennom de empiriske studiene beskriver Thomassen dette ved hjelp av velkjente eksempler. De psykiatriske sykepleierne vektlegger at det er samværet med pasientene over tid som gir innsikt i enkeltpasienters helse og utvikling og gir grunnlag for hvilke tiltak som er relevante. Kreftsykepleierne understreker betydningen av å ha mulighet til å følge opp pasientenes eksistensielle behov som ofte kommer til overflaten spontant i interaksjon mellom pleier og pasient. Sykepleierne i hjemmetjenesten tar opp problematikken ved at de ofte ikke har tid til å snakke med særlig eldre pasienter når situasjonen innbyr til det, og fortvilelsen de føler rundt dette (106-136). Når det ikke er mulighet for oppfølging, kan det bidra til tapte læringsmuligheter og redusere pleiernes skjønnsmessige kompetanse.

For det andre er det vesentlig for håndverksarbeidet at man har mulighet for å tilpasse behandlingen underveis – det som Sennet benevner som prosessuell tilnærming – altså det motsatte av standardisering. Også her synliggjør empirien at standardiseringene ofte hindrer nødvendig tilpasning og justeringer underveis i pleiearbeidet.

Endelig kjennetegnes eksperthåndverk ved at utøverne kan løsrive seg fra regler. I empirien viser dette seg ved at ekspertisen må inngå i en helhet. Sykepleierne ser pasientens situasjon i et helhetlig perspektiv. Den totale behandlingen rundt pasienten er et viktig anliggende.

«I lys av håndverksmetaforen gir dette også grunnlag for å fortolke engasjementet for hva som skjer med pasienten, som noe annet enn et omsorgsbehov eller et egosentrisk profesjonelt behov» (s.172).

Thomassens poeng med å vektlegge håndverksdimensjonen ved pleiearbeidet, er å synliggjøre at det han benevner som omsorgskapital forutsetter håndverkskapital. Ved å vektlegge håndverkskapitalen kommer arbeidets strukturelle og organisatoriske rammer mer i fokus enn pleiernes individuelle og psykologiske forutsetninger. Når rammevilkårene gir redusert mulighet for samvær med pasienten, står en i fare for at den prosessuelle kunnskapen reduseres, samtidig som standardisering og regelstyrt aktivitet øker. Dette kan gå utover kvaliteten på tjenestene. Pleierne trenger både formell og prosessuell kunnskap, og omsorgsdimensjonen forutsetter den prosessuelle kunnskapen der skjønnsdimensjonen er vesentlig.

Mange sykepleiere, og ikke minst Herdis Alvsvåg, har skrevet mye om viktigheten av at en kyndig sykepleieutøvelse krever mange ulike kunnskapstyper. Hun skriver at omsorg i profesjonelle sammenhenger er avhengig av faglige vurdering og skjønnsutøvelse. I boken *På sporet av et dannet helsevesen. Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet* (2010), tar hun blant annet til orde for teoretisk praksis, som er situasjons-nær og følgelig avhengig av faglig skjønn:

«Det faglige skjønnet og dannelsen hjelper sykepleieren til å utøve den beste pleien og omsorgen, basert på kunnskap fra ulike kilder. Slik blir den kyndige sykepleien profesjonell, eller uttrykk for en teoretisk praksis» (s. 51).

I denne sammenheng mener hun det er viktig å tilrettelegge for gode læringsarenaer i sykepleierutdanningen. Hun argumenterer for at både skole og klinikk må bidra til å skape slike arenaer. At også sykepleiere i praksis har behov for gode læringsarenaer er åpenbart, om vi skal unngå tap av læringsmuligheter som kan bidra til svekket skjønnsmessig kompetanse. Men byrden må ikke legges på profesjonene alene uten at de får et handlingsrom som gjør det mulig å utvikle faglig skjønn, der det gis rom for å ta omsorgen på alvor. Og her kan vi bare håpe på politisk endring.

Litteratur

Alvsvåg, H. (2010). *På sporet av et dannet helsevesen. Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Akribe.

Johansen, L. B. (2021). *Den lange vakta. En historie fra et helsevesen på bristepunktet*. Manifest.

Ekeland, T.-J., Stefansen, J. & Steinstø, N.-O. (2011). Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14(1),2-14.

Thomassen, O. J. (2013). *Integritet som arbeidslivsfenomen*. Doktoravhandling, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Vestfold.

Ofstad, H. (1987). *Vi kan ändra värden. Hur bör vi ställa frågorna?* Prisma.

Ousdal, C. K. (2019) Mener sykepleierne oversvømmes av ansvar. *Sykepleien*, (1), 132-133.

Øyasæter, L. C. (2003). Generell sykepleie: Vil vi at omsorg skal lovreguleres? *Sykepleien*, 91(10), 37-39.

Framtid for sjukepleien

Ingunn Elstad

Vi er den første generasjonen sjukepleiarar som fekk ei akademisk utdanning og yrkesliv i Noreg. I denne generasjonen har Herdis Alvsvåg vore målbærar for sjukepleien som *fag*, for fagkunnskapen i god og kompetent utøving av sjukepleie.

Boka hennes *Har sykepleien en framtid?* gjorde sterkt inntrykk på oss (Alvsvåg, 1981). Ein modig sjukepleiar leverte ein knusande, prinsipiell kritikk av prioriteringane i sjukepleien og i helsevesenet. På den tida, rundt 1980, var Noreg ein oljenasjon, store sjukehusbygg vart reist, den digitale teknologien og spesialiseringa var undervegs, og skiljet mellom «resultatsikre» og «resultatlause» pasientar vart befestet. Sjukepleieutdanningane vart ein del av høgskolesystemet, og den nye sjukepleievitskapen forsøkte å definere sjukepleie ut frå vitskapleg metodikk. Samfunnsvitarar undersøkte og kritiserte sosiale strukturar i sjukehusvesenet. Kulturen med uniformar og søstertittel var blitt avleggs, og leiinga av eige fag smuldra opp. Det kunne nesten sjå ut til at sjukepleiefaget i Noreg ville forsvinne. Det var på den tida sjukehusdirektøren i Tromsø ytra dei profetiske orda at i framtida ville liggetida bli så kort «at det vil ikke lenger bli tid til det som i gamle dager ble kalt for sykepleie».

For oss i Noreg fekk det utruleg mykje å seie at filosofen og historikaren Kari Martinsen og sosiologien Herdis Alvsvåg gjekk i spissen for ei forståing av sjukepleiefaget som greip tilbake til diakonal sjukepleie, då faget vart bygd opp i Europa og i Noreg. Diakonissesjukepleien er forbildet i *Har sykepleien en framtid?* Eit stort, praktisk fag vil vere eit historisk produkt, utvikla av utøvarane gjennom generasjonar.

Sentralt i faget står det kliniske skjønnet. Herdis Alvsvåg forklarte det slik i 2002:

«Ved å legge merke til den kliniske tilstanden, lytte til hvordan pasienten har det, hva kroppen uttrykker, huden forteller, hvordan ansiktsuttrykk og kroppsholdning er, observere nøye puls og blodtrykk, temperatur og respirasjon, hva pasienten spiser og drikker, hva blodprøvene forteller om tegn på hvordan kroppens organer fungerer, hvordan urin og avføring ser ut, såret ser ut os., kan en bidra til å lette symptomer ved å komme dem i forkjøpet og ved å sette opp tiltak som kan redusere symptomene, eller bidra til at legen stiller riktig diagnose raskt» (Alvsvåg, 2002, s.216).

Ho held fram at pasienten er ofte heilt avhengig av dei medisinske kunnskapane til sjukepleiaren. Pasienten som er kritisk sjuk, er bevisstlaus, psykotisk eller har senil demens er ute av stand til å uttrykke kva han treng. Livet til pasienten ligg bokstaveleg tala i sjukepleiarane si hand. Dei må ha innsikt i vitale kroppsfunksjonar og kunne tyde kva teikna betyr (Alvsvåg 2002, s. 217).

Sjukepleiefaget krev både djup kunnskap i dei sentrale teoriområda, og trening og sosialisering i faglege fellesskap over tid. Fagkunnskapen er både personleg og kollektiv; Herdis legg vekt på å vise korleis skjønnet blir utvikla i samarbeid med med-skjønningar. Det er eit viktig omgrep. Ein må lese om sjukepleiefaget og forske på det, men fagkunnskapen kan ein ikkje hente ut på skjermen. Den må lagrast i levande menneske.

Eg måtte slutte som sjukepleiar då eg var ung, så eg har jo ikkje den praktiske fagkunnskapen. Men til ein viss grad kan eg kjenne att god sjukepleie når eg ser den. Aristoteles sa at kvalitetar lar seg ikkje telje og måle, men ein kan kjenne dei att. Det stemmer. Når ein sjølv er pasient eller pårørande, eller har fagutdanning, kan ein kjenne att fagkunnskapen, iallfall noko av den.

I dag har vi sjukepleieforskning som er oppmerksom på fagkunnskapen i faget, søker å forstå den og analysere den, og som undersøker felt som er viktige for pasientane, for eksempel heimesjukepleie og sjukepleie til døyande.

Herdis sine arbeid har vore viktige i norsk sjukepleieforskning. Gjennom utdanningane, gjennom å fremme innsikt i korleis denne kunnskapen er uunnverleg og må utviklast, har ho også hatt mykje å seie for utøvinga i sjukepleie. Vi i Tromsø har sett stor pris på å ha henne som sensor på sjukepleiefaglege mastergradsoppgåver og i doktorgradskomitear, for Herdis Alvsvåg kan forstå og diskutere sjukepleiefaget på alle slags felt. Ho er klokkeklar samtidig som ho er så vennleg og har godt humør. Og ho Herdis kom nordover, gong på gong. Det er vi mange som er takknemlege for.

Sjukepleiefaget er altså «bygget av levende stener», som det står i salmen. Det er ikkje drive av fossil energi eller datakraft. Det står og fell med bruken av menneskelege ressursar. Derfor er sjukepleien berekraftig, økologisk og sosial. Herdis Alvsvåg analyserer korleis sjukepleiaren i høgteknologiske miljø er oppmerksom på pasienten og apparaturen samtidig, og brukar teknikken i medmenneskets teneste. Men den grunnleggande sjukepleien, sjølv basisen, er lågteknologisk. Ho skriv ut frå Nightingale:

«For pasienter og pårørende handler god sykepleie om at det er sykepleiere som observerer og handler med nøyaktighet slik at sykesengen, sykerommet, ro, aktivitet og variasjon, luften, ernæringen, hygien, mat og drikke, behandlingen og oppholdet på sykehus ikke skader pasientene, men understøtter livslovene og helbredelsesprosessen» (Alvsvåg, 2011).

Herdis Alvsvåg legg vekt på at sjukepleiefaget har vokse ut av store samfunnsmessige utfordringar, gjennom samfunnsengasjement og innsikt i kva som skapte helsemessig lidning, og korleis sjukepleien kunne minske naud. Faget retta seg både til den enkelte og til samfunnet. Ho konkluderer med at ein kvar ny generasjon sjukepleiarar treng på nytt og på nytt å stille spørsmålet Nightingale stilte: Kva er sjukepleie, og kva er det ikkje?

Lat oss prøve.

Den samfunnsmessige utfordringa i dag, i det rike Noreg, er at sjukehusa blir drivne som industribedrifter, og det har store konsekvensar også for primærhelsetenesta. Bruken av oljepengane er no strengt regulert. Som føretak er sjukehusa ikkje underlagt demokratisk styring, men skal maksimere eigeninteresse på ein marknad. Medisinsk behandling blir definert som produksjon og vekta økonomisk. Sjukepleien derimot, som skaper kvalitet ved å understøtte livsprosessane og sikre at behandlinga ikkje blir til skade for pasienten, lar seg vanskeleg måle, og blir i hovudsak ikkje vekta. Dermed kan utstøytinga av dei pleietrengande, «ferdigbehandla», «resultatlause», bli meir brutal i dag enn nokon gong sidan vi fekk eit moderne helsestell. Det er dessverre stadig eksempel på det.

Professor emeritus i samfunnsøkonomi, Bjarne Jensen, har forklart at lønnsomheitsrekneskap vart innført for å måle det økonomiske resultatet av verksemda. I den typen rekneskap blir sjukehusbygningar og utstyr ikkje behandla som infrastruktur for drifta, men som kapitalinvesteringar. Men dei kastar ikkje noko av seg, og slik oppstår tenkte tap, som går til underskott. Sjukehusunderskotta blir argument for yttarlegare effektivisering og nedleggingar. Sjukdomsforløp blir produksjonslinje og pasientar materiale. Det er skapt ei fiktiv verd. Ferdigopererte pasientar er ikkje produkt, dei kan ikkje seljast på ein marknad, men DRG-systemet vektar og registrerer dei som om dei var varar, før dei blir sendt ut. 50% av inntektene til sjukehusa går gjennom DRG, men DRG-systemet genererer ingen inntekter, pengane kjem frå statsbudsjettet akkurat som før. Vi «leikar butikk», fordi det er den einaste forståinga som gjeld i den statlege økonomistyringa.

Det er ein kostbar fiksjon. Registreringa og kodinga krev ein stor del av arbeidskrafta. Fleirtalet av dei nyttilsette på sjukehus er ikkje helsepersonell (Jamtveit mfl. 2018). Dyrebar sjukepleiekompetanse blir brukt framfor dataskjermene. Sjukepleiarane som kjenner helsestellet og kan vurdere tilstanden hos individa, kan legge til rette for mest muleg friksjonsfrie overføringar og utskrivingar. Men til meir tid sjukepleiarane brukar ved skjermen, til mindre får dei observert dei sjuke, og til mindre kjenner dei behova hos den enkelte.

Over lang tid har sjukehusa fått færre senger og mindre tid til dei sjuke. Ser vi på dei somatiske sjukehusa i heile landet i dei sju åra mellom 2013 og 2019, gjekk talet på døgnopphald (utskrivingar) ned med meir enn 85 000. Talet på liggedagar gjekk ned med meir enn 220 000, talet på dagbehandingar gjekk ned med meir enn 80 000. Talet på polikliniske konsultasjonar, derimot, gjekk opp med meir enn 1,2 millionar (SSB).

Dei store udekte behova blir overført til kommunehelsetenesta. I ei vurdering av samhandlingsreformen konkluderte Helsetilsynet i 2016 at pasientforløpa var oppstykkja og kvaliteten på tenestene utilstrekkeleg (Helsetilsynet, 2016).

Saman med liggetida blir sjukepleien på større sjukehus forkorta. Når pasienten skal ut timar etter operasjonen, kven observerer smerter og teikn til komplikasjonar? Eller kanskje det held med eit informasjonsark og eit telefonnummer?

På større sjukehus skal sjukepleiepersonalet ikkje ha noko å gjere med matserving og hjelp til å få seg mat. Til det har ein sett inn kostvertar. Vi lar oss sjokkerte av meldingar om sjukepleiarar som smørjer ei skive til pasienten. Samtidig er sjukepleiefaget fullt av kunnskap om korleis rett mat og drikke til rette tider, gitt på rett måte, kan styrke den enkelte pasienten, lindre plager, og bidra til at ho eller han kjem seg. Det er eit hovudtema i Nightingale si *Notes on Nursing*, spesielt kapittelet «Taking Food». Dette er, som Herdis seier i artikkelen «Hvordan blir sykepleiens framtid», stabile og lite omskiftelige kunnskaper, som kan bidra med innsikt og oversikt i konkrete pasient- og pårørendesituasjonar.

Sjukepleien sjølv er blitt unemneleg. Helsevesenet skal uttrykkeleg styrast etter eit prinsipp om «profesjonsnøytralitet». Vi har fått forskrifter for legemiddelhandtering der sjukepleiekompetanse ikkje er nemnt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Kven observerer verknader og biverknader? Det går ikkje fram.

Det kunne sjå ut til at direktør Schrøder fekk rett så langt.

Så kom pandemien, som sendte sjukepleiarane inn i dobbel- og trippelarbeid, utan kompensasjon, og utan at dei kan sjå enden på det. Men for publikum, for samfunnet, vart det i alle fall klårt at sjukepleiefaget er livsnødvendig og at sjukepleien er uunnverleg for å halde samfunnet saman. Igjen blir det snakka offentleg om sjukepleiefaget i Noreg.

WHO har peika på at framtida for helsetenestene ligg i menneskeleg innsats og kompetanse. I rike og fattige land kan utdanna helsepersonell – dei fleste sjukepleiarar og jordmødrer – berge tallause liv med lågteknologiske tiltak (WHO, 2010a, s.96, WHO, 2010b, s.2, 13). Tunge institusjonar – WHO, OECD og ILO – går saman for investering i menneskelege ressursar for å møte helsebehova. Det same gjer Verdsbanken og Den europeiske investeringsbanken. WHO reknar at fram til 2030 må halvparten av dei globale helseinvesteringane gå til å utdanne, lønne og halde på helsepersonalet (WHO, 2020, s. 6-7).

Globalt er sjukepleiarar og hjelpepleiarar den største faggruppa (WHO, 2020, s. 37-39). I sin siste rapport om sjukepleie framhevar WHO at sjukepleien må styrkast for å oppnå FN sitt berekraftsmål om god helse og helsetenester til alle. Det gjeld særleg primærhelsetenestene. Det har vore framgang, men

det er ei utfordring å verne dei mest sårbare. WHO meiner at regjeringane må investere i utdanning, tiltak for å halde sjukepleiarane i yrket, og mange nye sjukepleiejobbar. Sjukepleieleiing er avgjerande. Eit tiltak er sjukepleiestyrte modellar som kan møte helsebehova i befolkninga (WHO, 2020, s. xii-xx, s. 84-85). Verdhelseorganisasjonen peikar også på at arbeidskrafta i helsesektoren ikkje er ei utgift, slik ein lenge har trudd; når kvinner og unge folk får arbeid, fremmar det økonomisk vokster og produktivitet i andre sektorar (WHO, 2020, s.6).

I dag har det gått opp for oss at den aller største samfunnsutfordringa er den globale øydelegginga av klima og natur, som alt no skaper katastrofar og hungersnaud for millionar. WHO erkjenner at kunnskapen enno er mangelfull, men sjukepleiarane kan vere blant dei første til å handtere verknadane av klimaendringane. Dei kan styrke motstandskrafta hos dei fattige og minke mortaliteten ved epidemiane som følgjer klimaendringar (WHO 2020, s. 88, 16).

Dette er berre målsetjingar, men perspektivet på menneskelege ressursar er tankevekkjande. Klima- og naturkrisa vil sannsynlegvis skape utfordringar også for det rike Noreg. Det kan gjelde importen av medikament og elektronisk utstyr. Det vil vere fare for nye epidemiar og pandemiar. Og kan vi fortsette å transportere elendig sjuke menneske att og fram mellom sjukehus og kommune, på grunn av komplikasjonar, som tilstrekkeleg sjukepleie kunne ha forhindra? Treng vi all plasten for å sikre hygien? Kva med datakrafta som går til dokumentasjon i etterkant, i staden for sjukepleieobservasjon i forkant?

Sjukepleiefaget må ikkje berre vere eit hjul i systemet. Det kan ta stilling til den globale og nasjonale utviklinga. I dag gir sjukepleieforskinga oss mange bidrag til å diskutere praksisar, verdiar og politikk. Det som trengst i dag, er ikkje først og fremst meir ny høgteknologi for avansert behandling, fleire kjemiske verkestoff som skal ut i miljøet, eller større logistiske program som skal auke pasientflyten. Vi treng å satse på dei menneskelege ressursane. Vi treng sjukepleiefaget. Og vi treng arbeida til Herdis Alvsvåg.

Litteratur

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

Alvsvåg, H. (2002). Klinisk skjønn. I T. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 208-222). Gyldendal Akademisk

Alvsvåg, H. (2011). Hvordan blir sykepleiens framtid? *Klinisk Sygepleje*, 25(2), 4-16.

Helsetilsynet. (2016). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen*.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Lovdata.

Jamtveit, B., Jacobsen, A.U. & Wyller, T.B. (2018). Utvikling i antal administrativt personale i norske helseforetak. *Samfunnsøkonomen* 132(6), 17-21.

Jensen, B. & Bollingmo, M. (2007). *Helsereform. Utordringer og løsninger*. Høgskole i Hedmark. Rapport nr. 1-2007.

Jensen, B. & Monsen, N. N. (2009). *Regnskap i stat og kommuner. Om dagens regnskaper og et alternativ*. Høgskolen i Hedmark. Rapport nr.7-2009.

SSB. Statistisk sentralbyrå, statistikkbanken.

WHO. (2010a). *A Global Survey Monitoring Progress in Nursing and Midwifery*.

WHO. (2010b). *Nursing Midwifery Services: Strategic Directions 2011-2015*.

WHO. (2020). *Nursing Now: State of the World's Nursing. Investing in educating, jobs and leadership*.

Eldre i sykehjem: koronapandemiens tause tapere?

Frode F. Jacobsen

Dine tanker og dine publikasjoner, Herdis, har inspirert meg i mye av det som jeg har gjort. Da jeg for en god stund siden gikk på Haukeland Sykepleierhøgskole, midt på 1980-tallet, var blant annet boken din *Tør vi leve med døden?* en inspirasjonskilde. Den var skrevet på en tid der såkalt resultatsikre pasienter med potensiale for rehabilitering var i sentrum for sykepleieutdanningen. Dette var også en tid der død, skrøpeligheit og avhengighet så absolutt ikke var fokus.

Døden, og livets siste fase, var den gangen et taust felt, et tema der tausheten rådde. Og det gikk hånd i hånd med en annen type taushet, der stemmene til de som ikke hadde såkalt rehabiliteringspotensiale, ikke ble hørt. Det er denne siste typen taushet jeg vil ha fokus på nå i dette lille innlegget.

Taushet kan komme av så mangt. For det første kan der være at man ikke ønsker eller ikke evner å uttale seg eller bryte tausheten. Det kan også skje at man ikke høres, selv om man snakker høyt eller roper. Det kan også være en mulighet at man bringes til taushet, eller, at de som kan tale på ens vegne ikke sier noe, eller ikke høres.

Når en snakker om taushet på et gruppe- eller kategoriplan, er dette gjerne en taushet som ikke er villet og ikke ønsket, av dem som ikke blir hørt. Dette vil for eksempel kunne gjelde eldre i sykehjem, som representerer de aller skrøpeligste eldre. En opptatthet av eldre i sykehjem tidlig i pandemien synes å ha tapt seg betydelig, etter de to første smittebølgene var over. Tidlig i pandemien var det flere, både politikere, fagpersoner og pårørende som uttalte seg i pressen. De uttalte seg både om eldre i sykehjem generelt, og om hvordan koronapandemien rammet dem spesielt. Og også pårørende og deres savn og sorg ble gitt en del plass i massemedia. Men ganske snart ble det mer taust.

Også Koronakommisjonen har mottatt kritikk for å ha hatt for lite fokus på dem som ble hardest rammet av pandemien. En undersøkelse av erfaringer i norske sykehjem kom ganske sent på agendaen, nærmest i tolvte time, etter sterk kritikk fra flere hold. Senter for omsorgsforskning, vest, fikk oppdraget et par-tre måneder før et første utkast av kommisjonens helhetlige rapport skulle være klart, og helt på tampen av 2020.

Hva kom så fram i den helhetlige rapporten fra Koronakommisjonen? En indikasjon på hva som vektlegges får vi i dokumentet Kommisjonens hovedbudskap. Ordet eldre forekommer her to ganger, den ene gangen formulert som «eldre og risikogrupper» og den andre gangen som «eldre og personer med underliggende sykdommer». Ordet «sykehjem» forekommer ikke i denne oppsummeringen i det hele tatt. Sykehjem er helt fraværende som begrep i det kommisjonen lanserer som hovedbudskap. Flere andre viktige budskap kommer klart fram i hovedbudskapet, som at barn og unge bærer en stor byrde under pandemien (pkt.14), at de økonomiske kostnadene ved pandemien er høye (pkt.16), at beredskapslageret av smittevernustyr var utilstrekkelig, og, at det er behov for å utrede legitimiteten for de inngripende tiltakene for smittebegrensning.

Også da Koronakommisjonen la frem sin rapport muntlig ble det lite plass til sykehjem og de i befolkningen som ble hardest rammet, sykehjemsbeboerne, selv om sykehjemsbeboere utgjorde rundt halvparten av alle i befolkningen som døde av eller med korona. Massemedia, derimot, hadde noe dekning av underlagsrapporten som gikk på sykehjem, etter initiativ fra massemediene selv.

Hva skyldes tausheten? Kan alderisme være en forklaring, der alderisme fremtrer som et sett av negative holdninger til og forestillinger om eldre mennesker? Alderisme er et tema flere norske forskere har tatt opp i det siste, knyttet til Eldres posisjon på arbeidsmarkedet og Eldres arbeidsforhold. Er alderisme generelt et økende fenomen? Noen nåtidige fenomener kan peke i en annen retning. For eksempel kan utbredt praksis knyttet til forskudd på arv, potensielt eldre med økonomisk innflytelse.

Det kan øke avhengigheten av eldre for mennesker i de yngre generasjoner, ikke minst knyttet til dagens krevende boligmarked. Mange godt voksne er aktive og innflytelsesrike politikere, både i Norge og internasjonalt. Det synes dessuten som om pensjonisters innsats i familiebasert omsorg og i frivillig virksomhet i økende grad anerkjennes i stortingsmeldinger og andre offentlige dokumenter samt i massemedia.

Så bildet er kanskje sammensatt. Det finnes helt klart negative holdninger til eldre, og det finnes eksempler på at eldre diskrimineres, bl.a. i arbeidslivet. Men det finnes også trender som peker i en mer positiv retning. Kan det heller være slik at en rådende, dominerende fortelling om eldre gjør at noen eldre sjelden kommer i fokus? Og altså ikke nødvendigvis alderisme som en trend?

Den rådende fortellingen om eldre, slik den for eksempel kommer fram i stortingsmeldinger og andre offentlige dokumenter, synes å ha endret seg de senere år. Som større fortellinger ofte gjør, knyttes nåtidig, fortid og fremtid sammen i denne fortellingen. Og fortellingen forholder seg gjerne til en krise. Mens en økende ubalanse mellom antall eldre med omfattende hjelpebehov og profesjonelle hjelpere har vært en krise som har vært fremhevet i tidligere offentlige fortellinger, er mangel på innovasjon en krise som fremheves i senere fortellinger, slik det bl.a. fremkommer i NOU'en fra 2011, *Innovasjon i omsorg*. Mangelen på innovasjon, smarte løsninger og smart organisering er selve krisen.

Et ofte sitert utsagn fra meldingen er at, «Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag». I denne fortellingen er fortiden preget av mangel på innovasjon, og av «myter» (kalt «omsorgsmyter» i meldingen). Nåtiden er både kjennetegnet av en krisesituasjon og uutnyttede muligheter, med en mulig fremtid der nytenkning og innovasjon redder oss ut av krisen. Nytenkning og innovasjon, ikke minst innovasjon som innebærer teknologi, fremheves altså som redningen. Men ikke alene. Bedrifter kan bidra i en samproduksjon med det offentlige. Forøvrig finnes det utappede ressurser knyttet til frivillighet. Dessuten kan familiebasert omsorg og offentlig profesjonelt omsorgsarbeid utfylle hverandre enda bedre enn nå. Men ikke minst: Eldre selv har ressurser som kan utnyttes bedre! Dette kan gjøres ved å legge til rette for sunn aldring, og ikke minst, aktiv aldring.

En økende *andel* eldre er friske eldre, fremheves det i ulike helsepolitiske dokumenter. Selv om *antallet* syke og skrøpelige øker. Den aktive eldre tar større ansvar for egen helse og velvære. Den aktive eldre deltar også aktivt i samfunnsutviklingen og er aktiv i frivillige organisasjoner. Den aktive eldre medvirker dessuten til og er en medaktør i alt helsearbeid som angår dem selv, og er en «aktiv bruker». Farvel til gammel paternalisme. Farvel til tider der andre uttaler seg på deres vegne.

En slik dominerende fortelling, eller «master narrative» som det kalles for på engelsk, fungerer på en måte som en metafor gjør. En metafor vil alltid belyse noen aspekter av virkeligheten og skyggelegge andre, slik en lyskaster gjør. Hva kommer så i skyggen av den offentlige dominerende fortellingen om eldre? Kan det være den skrøpelige, avhengige og hjelpetrengende eldre?

Når den aktive eldre blir forgrunn, kan den skrøpelige eldre vanskelig også være forgrunn samtidig. Og mange av de skrøpeligste eldre er beboere i sykehjem. Og det som blir bakgrunn, framstår av og til som en slags parentes i samfunnet. I Foucaults tenkning om såkalte andre rom, heterotopier, mangedoble og flertydige rom, kan sykehjem knyttes til hans krise-heterotopi, som forbindes med livskriser eller overganger i livet, rundt fødsel, ungdomstid, alderdom og død. Liminale livstadier henvises til liminale rom, der liminaliteten, i Durkheims termer, enten blir «positiv sakral», for eksempel knyttet til fødsel eller livsbegivenheter som feires, eller «negativt sakral», knyttet til død og skrøpelighet, eller knyttet til kriminalitet og uønsket atferd, slik som fengsler og spesialskoler (Durkheim [1915] 1976). Dermed kan det også knyttes til Foucaults begrep om avviks-heterotopi og steder der de som avviker fra den gjengse normen plasseres. Skrøpelige eldre beboere i sykehjem synes altså å omfattes av både krise- og

avviksheterotopi i Foucaults tenkning. Deres liv og stedet der de bor blir følgelig satt i parentes, der de i én forstand er en del av det større samfunnet, og i en annen forstand er utenfor samfunnet.

Foucaults tenkning om andre rom kan være ett av flere inntak til å forstå hvorfor skrøpelige eldre i livets siste fase, og døden, blir et taust tema. De gjøres både kulturelt og strukturelt usynlige, i en type skyggetilværelse omgitt av en av samfunnets markante parenteser. Foucaults tenkning kan bidra til å belyse hvordan og hvorfor eldre i sykehjem har blitt de tause taperne, en situasjon som har blitt forsterket av koronapandemien.

Om eldre i sykehjem er de tause taperne, hvem andre taper? De pårørende, selvsagt. Det har jo kommet en god del til uttrykk i massemedia. Og, ikke minst, barnebarna. Nærhet til besteforelder-generasjon kan være viktigere for barn og ungdom enn man tror, også om den eldre er syk og skrøpelig. Men til syvende og sist kan det være at det er vi alle som taper.

Om vi ikke tør å leve med døden, med skrøpelighet og avhengighet som en vesentlig del av livet, da tør vi ikke egentlig leve. Om døden og skrøpelighet blir taust, taper ikke bare koronapandemiens tause ofre. Om død og avhengighet blir taust, hindres vi alle i å leve fullt ut.

Referanser

Durkheim E. ([1915] 1976). *The elementary forms of religious life*. George Allen & Unwin.

Foucault, M. (1998). Andre rom. *Slagmark. Tidsskrift for idéhistorie*, 27, 87 – 96.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Innovasjon I omsorg*. NOU 2011: 11.

«INN I DET UKJENDE» Demens i skjønnlitteratur

Ragna Ådlandsvik

Eg startar med eit dikt av Aase Marie Nesse. Det er ei dotter som snakkar til mora. Den eldste er ramma av ein sjukdom som rører sterkt ved dei begge.

STIGNING

*Du har ikkje falle
du har stige
stige inn i eit større univers
lagt bak deg det meste
brote opp
og våga deg inn i det ukjente
heilt på eiga hand
og utan å sjå deg attende*

*eg prøver å følgje deg
ventande, varleg
øver meg i tolmod
eg er tungnæm
eg gløymer i dag
det eg lærte i går*

*men du har eit stillehav
av tolmod og tid
du oppdrar meg på ny
eg leier deg i handa
du trur at eg støttar deg
nei, det er du som fører meg
på nye og vanskelege vegar*

*vi famlar oss fram, begge to
vi famlar oss fram, nokon kvar
kva veit vi om vegen
vi veit berre det:*

*vi skal same veg
det er seint
men vi er saman
vi er mange
kom*

Aase Marie Nesse: Vinterhuset

Denne diktsamlinga frå 1981 greip meg sterkt, eg hadde ikkje sett dette temaet i skjønnlitteratur før. Og så kom ein annan norsk lyriker, Odveig Klyve, med ei like sterk diktsamling i 2006: *Det andre blikket*. Begge bøkene viser dottera sin sorg over mora sin tilstand. Og begge viser det *store* som også ein slik livsfase kan innehalda, og reiser spørsmål om kven som kan ha noko å læra, og begge peikar på det *lyset* som finst i dette mørkret. Både Nesse og Klyve skriv om det såre, det rare, det groteske og det nesten heilage i demenstilstanden. Dei skrøpelege mødrene er i ferd med å bli løfta, opp i noko større som vi ikkje forstår.

Nesse bed regnet om å ikkje piska mora i andletet, ho bed kassadama om å ha tolmod. Mora hos Klyve bed dottera om ei nål, for orda losnar, og ho vil tråkla dei på plass att.

Demens er ulike sjukdommar som aukar sterkt i heile verda. Behovet for eit gjennombrot i medisinsk forskning er sterkt, og samstundes er her eit stort behov for kunnskap om sjukdommen på mange nivå i samfunnet.

Demens rører ved menneskelege verdiar, haldningar, menneskesyn. Vi treng folkeopplysning, så dette er også eit pedagogisk prosjekt. Min fagbakgrunn er pedagogikk. Kunnskap om denne sjukdommen må ut til medisinsk personale, omsorgsarbeidarar, familie, den som har demens. Og vi treng eigenopplysning. Det er ikkje *vi* og *dei*. I dag er du sjuk, i morgon kan det gjelda meg.

Ulike kunnskapsformer og forståingsformer

Den vitskapelege forståinga er sjølv sagt på dette området. Men den objektive, vitskapelege rasjonaliteten dekkar ikkje alt. I tillegg treng vi innsikter, klokskap, som vi får frå kunst, som skjønnlitteratur. Eg har ei fortid som førsteamanuensis frå UIB, der eg også underviste studentar med helsefagleg bakgrunn. Då var eg stundom saman med Herdis. Vi sminka oss saman før vi skulle inn til filmopptak. Der forelas eg om den kunstorienterte pedagogen E. W. Eisner, som eg besøkte og intervjuar ved Stanford-universitetet.

Kunst appellerer til kjenslene, og kjensler er kognitive. Det seier filosofen Martha Nussbaum, som særleg fokuserer på skjønnlitteratur i denne samanhengen. Det poetiske språket får oss til å *sjå* på ein annan måte, og sjå andre ting enn det vitskapelege metodar kan fanga opp. Skal vi forstå kompleksiteten i demens, må vi forstå det ømfintlege, det sårbare, det verdige, det gåtefulle. Litteraturen viser oss meir enn det vi kan oppleve sjølv i eit liv. Litteratur illuminerer. Han utviklar refleksjonen vår, og kan ha viktige moralske og politiske implikasjonar. Form er med på å skapa innhaldet.

Demensramma skriv poesi

Som ledd i eit større prosjekt om eldre og kreativ skrivning, hadde eg saman med Oddgeir Synnes eit prosjekt med ei lita gruppe av folk med begynnande demens, det gjekk over eit år. Dei dikta litt i fellesskap, hørte musikk, såg på bilete. Dei hadde nokre gode stunder, men kanskje var det vi to lærarar som lærte mest. Oddgeir har vidareført dette og liknande arbeid innanfor si forskning ved VID, Oslo.

På same tid fekk eg kontakt med den britiske poeten og pedagogen John Killick, knytt til University of Stirling. Han hadde foredrag på *mitt* avskilseminar på UiB. Killick har fått djupe innsikter om demens ved å dikta saman med dei sjukdomsramma, og han har gitt ut fleire bøker om temaet. Han peikar på ressursane den sjuke enno har. *Dementia is the ultimate human condition*, seier han, og meiner personlegdommen er aldri heilt vekke, Til siste slutt kan der vera humor.

Eit par eigne bidrag

Det eg hadde erfart, summerte eg opp i ein artikkel som blei publisert i tidsskriftet *Dementia*, med tittelen *The second sight: Learning about and with dementia by means of poetry*.

Kva skjer med slike artiklar som vi sender ut i det akademiske mørkret, er der nokon som les dei? Eg fekk faktisk tilbakemeldingar frå fleire land. Eg oppdaga at temaet demens i skjønnlitteratur er ein veksende sjanger.

Vi finn det hos nobelprisvinnaren Alice Munro. Og svært mange har sett filmen *Still Alice*, basert på ein roman av Lisa Genova.

Frå Nord- Irland fekk eg invitasjon til å vera med i ei internasjonal fagbok: *Dementia and Literature*. Redaktør: Tess Maginess, professor i litteraturpedagogikk i Belfast. Desse tverrfaglege forskingsartiklane blir sett inn i eit teoretisk rammeverk kalla *Medical humanities*, eller helst *Health humanities*. Boka kom i 2018, og har bidrag frå ma. UK, Australia, India, Arabia – og pensjonisten Ragna frå strilelandet. Eg fekk kapittel 1: *Entering a new landscape*.

I dette kapittelet har eg særleg fokus på *Matthew Thomas: We are not ourselves*. 2014. Det er ein amerikansk lang roman, 620 sider, der det meste handlar om alt anna enn demens, slik livet og er, før sjukdommen kjem og endrar alt. Vi er med på ei reise i geografien, og på ei klassereise, det gjeld karrierebygging, hus, familie, the American dream. Han er hjernespesialist og universitetslærer, ho er sjukepleiar. Så kjem teikna snikande, og alle prøver å forneкта dei. No startar ei reise frå helse inn i sjukdom. Han som kan alt om Alzheimer, er sjølv ramma, tidleg i 50-åra. På ein måte er demens ei reversering av barnet si utvikling. Vi ser audmjukande situasjonar, han går seg vill, får avføring i dusjen, må ha hjelp til å drikka, sonen si skam, avgrunnen som reiser seg mellom dei to, ein endra personlegdom, men med ein rest av humor att, kona si eksistensielle einsemd under stjernehimmlen. For boka er ikkje minst om den eksistensielle reisa, livsreisa, vilkåra for livet.

Livsreisa er *kortare* enn vi trur. Slutten av boka peikar på kor dyrebart og fantastisk livet er, den stunda du har fått tildelt på jorda. Ta denne gåva inn, med alle sansar, medan du er i det, før det er for seint. Kona Eileen tenkjer at ein så forferdeleg sjukdom må få oss til å verdsetja livet meir. Det er betre enn vi trur! Faren let etter seg eit brev til sonen, og bed han hugsa det gode. Du er ikkje her for å vinna sigrar, skriv faren, du er her for å elska og bli elska.

Etter faren sin død har sonen fått ei ny innsikt. Sluttavsnittet viser dei små tinga, kor store dei er: lukta av sitron i teen, ein stabel mjuke handkle i hendene, lyden av barn i gata, hesten sitt øyre som viftar bort fluger, kartet av rynker på handa, ein varm klem. «*Good, good*» er dei to siste orda i boka.

Sluttord

Odveig Klyve skal få dei siste orda: *Det andre blikket*.

Dette temaet er ikkje berre mørke. Der kjem inn eit stort lys. Og det lyset er nok meir enn det som følgjer med ny forskning og nye medisinar og ny behandling, som vi alle ventar på. Over den sjuke fell eit lys inn frå evigheita:

*Noko går gjennom denne verda
noko som trengjer seg gjennom
den tjuknande skodda
Det er på veg, alltid på veg
Og no er det her
under ditt tynne hår
under din skrøpelege skalle
Det ufattelege lyset er på veg
som eit kyss av
din første og siste*

*elskar
snart bryt det inn og
lyfter deg opp
Og eg stavar i ansiktet ditt
restar av paradiset sitt språk*

TIL HERDIS: Takk for innsatsen din. Du har vore trugen i tenesta. Takk for godt samarbeid på UiB.

Litteratur

Synnes, O, Aadlandsvik, R. & Sætre O. (2003). *Tonen og glaset. Pedagogisk arbeid med eldre og verbal kreativitet*. Høyskoleforlaget.

Aadlandsvik, R. (2007). Education, poetry and the process of growing old. *Educational Gerontology*, 33(8), 665-678.

Aadlandsvik, R. (2008). The second sight. Learning about and with dementia by means of poetry. *Dementia*, 7(3), 321-339.

Aadlandsvik, R. (2018). Entering a new landscape: dementia in literature. In Maginess, T. (ed) *Dementia and literature. Interdisciplinary Perspectives*. Routledge. Taylor & Francis group.

Resultatløs sykepleie og velferdsstat

Oddvar Førland

Herdis Alvsvåg har i over 40 år kjempet for den 'resultatløse sykepleien' og 'de resultatløse'. Det kan nesten høres ut som en anklage. Alle vil jo oppnå resultater og utfall som synes. Effekter. Hvorfor kjempe for en resultatløs sykepleie?

Fullt så enkelt er det ikke.

1. For det første: for å tolke hennes, etter mitt skjønn meget illustrerende, og analytiske uttrykk, må vi tenke gjennom hva et resultat i helsetjenesten er og kan være. For en resultatløs sykepleie er ikke en sykepleie uten resultater, paradoksalt nok. Det skal jeg komme tilbake til.
2. For det andre bør vi vite at *hva* som anses som et resultat alltid står i en verdimessig, kulturell og politisk sammenheng. Eller *diskurs*, vi gjerne sier i noen av våre miljøer, når vi ikke vil benytte oss av vanlige norske hverdagsord. Dette handler om hva anses som et gyldig resultat. Hva som heies fram og hva som ikke heies fram, og av hvem. Hva er legitime og ikke-legitime resultater hos myndighetene og i helsevesenet og i andre makt- og interessesammenhenger.
3. For det tredje tror jeg at hun valgte dette uttrykket bevisst for å provosere. Som et polemisk uttrykk, for å skape reaksjon. Jeg vet ikke om det stemmer, men mistenker det. I så fall et bevisst godt valg, spør du meg.

Det er over 40 år siden nå, det var i 1981, i den meget politiske og fagpolitiske boken *Har sykepleien en framtid?* (Alvsvåg, 1981, s. 100–103) at hun introduserte uttrykkene «resultatsikker sykepleie» og «resultatløs sykepleie». Boken ligger digitalt tilgjengelig på Nasjonalbiblioteket. Resultatsikker sykepleie er sykepleie til dem som *kan* bli friske eller bedre fra sin sykdom. Det er heldigvis mange. Særlig på sykehusene. 'Resultatløs sykepleie' er sykepleie rettet til de som ikke kan, eller vanskelig kan, bli friske, og selvhjulpne, men som vil forbli sterkt hjelpetrengende, varig.

Er det få resultatløse?

Leser man stortingsmeldinger og offentlige planer skulle en tro at dette ikke gjelder mange, fordi de skrives lite spesifikt om, sammenlignet med hvor mye det skrives om og satses på for eksempel helsefremming, aktiv aldring, involvering, aktivering, samskaping og lignende.

Om det kun hadde vært få man ikke kan forvente bedring for (få resultatløse), hadde det like fullt vært viktig for *dem* det gjelder, fordi de er svært avhengige av mye hjelp og omsorg. Men det er feil at det ikke gjelder mange. Det gjelder svært mange.

Om lag 40 000 av dem bor til enhver tid på sykehjem (Statistisk sentralbyrå, 2021). I tillegg bor mange av dem i private hjem, i omsorgsboliger og i bofellesskap. Vi bør også erkjenne at i et livsløpsperspektiv gjelder det nesten oss alle. Alle som ikke kommer til å dø plutselig, at vi før eller seinere kommer i en slik situasjon at sykdom, fysisk og mental skrøpelighet og utslitthet, vil gjøre oss livs-avhengige av andre. I det minste de siste ukene av livene våre. Ofte lenger. Det er et av livets grunnvilkår svært få av oss unnslipper. Altså omfatter 'de resultatløse' ikke noen få, men svært mange. Dette underkommuniseres.

Ferdes vel i velferdsstaten

Det er *de*, i Norge, som er mest avhengige av de offentlige tjenestene for å makte, til tross for denne reelle skrøpelighet, å *ferdes vel* gjennom denne delen av livet. Oppleve *vel-ferd*. På engelsk har vi *well fare*, og *fare well* (far vel). Og ordene finner vi igjen i uttrykkene *welfare state* og *velferdsstat*. Norsk og engelsk har mange ord med felles opphav, som dette er eksempel på.

Velferdsstaten er en stat, eller kanskje bedre; et solidarisk felleskap, av oss alle, som etter sin intensjon tar medansvar, omfordeler godene, når det er nødvendig, slik at *alle* gis mulighet til å *ferdes vel*, *fare well*, til tross for skrøpeligheter, også nært inn på det siste *far-vel*.

Prioritere hva og hvem?

Velferdsstaten har mange og mangfoldige oppgaver, og det er svært utfordrende å rangere og sette dem opp mot hverandre og prioritere mellom dem. Likevel; noen må. Politikerne våre har vi valgt til denne oppgaven.

Til tross for oppgavemangfoldet, er det ikke noen *kjerneoppgaver* som bør gå foran i en velferdsstat? Noe som er mer grunnleggende enn annet når det kommer til stykke, når fordeling settes på spissen, når man må velge. Fordi det er noen kjerneoppgaver i velferdsstaten som handler om noe helt grunnleggende i livene våre? Ja, så livsnødvendig at det er nødvendig for å overleve.

Sykepleien har en lang tradisjon for å se etter og avhjelpe pasientens grunnleggende behov: som det å puste, holde seg rein, få i seg mat og drikke, bevege seg, få hjelp med sin sykdom eller skade, når man ikke evner og makter det selv. Få hjelp til det som rett og slett er livsnødvendig. Derfor er det noe, eller i hvert fall bør det være noe, som er *kjerneoppgaver* som må sørges for om det fortsatt skal være en *vel-ferd-stat*. Er det ikke?

Kjernekriteriet for et humant og solidarisk velferdssamfunn

Hva er kjernekriteriet for et humant og solidarisk velferdssamfunn. Løgstrup skrev det slik i boken *System og symbol*, som ble utgitt i 1982: «... den politiske orden bedømmes etter den stilling den tager til de svage, de uformuende og forfordelte i samfundet» (Løgstrup, 1982, s. 128). Dette er en prøvestein på en solidarisk velferdsstat, en stat som våger å kalle seg en velferdsstat, som gir muligheter for en *vel-ferd*.

Herdis Alvsvåg har gang på gang vært en sterk talsperson for de resultatløse pasientene. Dem man av ulike grunner ikke kan forvente bedring. Og den resultatløse sykepleien, den delen av sykepleien som ikke gir avkastning i et økonomisk nytteperspektiv og heller ikke i et forebyggende perspektiv eller i et rehabiliteringsperspektiv.

Som dere sikkert skjønner: jeg synes 'resultatløshet' og 'resultatsikkerhet' er meget gode og illustrerende uttrykk, minst like mye i dag som i 1981. Dessverre er uttrykkene 'resultatløs og resultatsikker sykepleie' lite brukt. Det er bare nevnt 44 ganger i det kikkhullet vi alle bruker så mye, som heter *www*, den store google-veven, der nå mer og mer av det skriftlige er vevd inn. 'Resultatløshet' og 'resultatsikkerhet' er så gode analytiske begrep at vi bør rehabiliterer dem. Gi dem en hverdagsrehabilitering.

Hva er et resultat?

Men tilbake igjen til spørsmålet om hva som er et resultat. Man kan innvende mot Herdis Alvsvåg sine uttrykk at det ikke finnes en resultatløs sykepleie. Det vil alltid foreligge resultat, selv om det ikke er helbredelse eller bedring. Omsorg er også resultat. Omsorg har verdi i seg selv. Men det er nettopp det som er hennes underliggende poeng. At *resultat* i en omsorgssammenheng ofte anses som *ikke-resultat* i en økonomisk sammenheng. Det er forståelsen av resultat som må tenkes nytt om. For eksempel hvilken plass «*en god hverdag*» skal ha for dem som ikke kan bli bedre.

At 'de resultatløse' bør være en kjerneoppgave i en velferdsstat og i et helsevesen har vært et hovedpoeng for meg å kommentere. Det betyr ikke at ikke andre oppgaver også må skjøttes. Og da vil jeg avslutte med en parallell eller et bilde, om gartneren og hans pleie og stell av sin hage.

Gartneren og hans pleie og stell av sin hage

Plantenes livsløp i følger årstidene. Om vinteren ligger frøet i dvale, tilsynelatende dødt, men når våren kommer spirer det. Om sommeren er det tid for blomstring og prakt og om høsten for fullendelse og nye farger, men også for forfall, kraftløshet og død. Gartneres pleiearbeid må naturlignok tilpasses av

årstidenes særpreg; vinteren av tildekning og vern, våren av gjødsling og bearbeiding av jordsmonnet, sommeren av vanning, næringstilførsel og innhøstning og høsten av beskjæring og tildekning. Alt arbeidet er gartneres pleie av hagen. Også sykepleieren og helsearbeideren må respektere og tilpasse tiltakene til ulikhetene i livsløpet.

I en helsetjenestesammenheng har vi en tendens til å skille mellom pleie og omsorg på den ene siden, og behandling, rehabilitering og helsefremming på den annen. Og av og til er det også fruktbart analytisk å gjøre det. Men med så mange andre ting i livet er det slik her at *'noe må gjøres, og noe må ikke være gjort.'*

«Pleie» er et gammelt og godt uttrykk, både for gartneres og sykepleierens arbeid. Her kan vi lære av gartnerens måte å arbeide på. En klok gartner *pleier* sine planter og sin hage med omsorg og omtanke, ved å forebygge, behandle og rehabilitere når det er nødvendig og ved å beskytte, kompensere og lindre når det er nødvendig, det siste særlig i livets høst. Pleie-ordet, som jo utgjør halve delen av ordet sykepleie, assosieres av mange som hemmende og pasifiserende, hvilket det også kan være. Men da er det ikke god pleie. God pleie er kompenserende der det trengs, og understøttende og stimulerende når det trengs. Her kan vi lære av Florence Nightingale; om å legge til rette for, understøtte og fjerne hindringer for naturens egne iboende helsefremmende og helbredende krefter. Men også å hjelpe, verne og lindre når det er nødvendig. Slik vil også en klok gartner tenke.

Avslutning

Herdis Alvsvåg sine illustrerende og polemiske uttrykk minner oss om hva som står på spill hvis den resultatsikre sykepleie får forrang framfor den resultatløse. Ved en samtidighetskonflikt eller behov for prioritering er det ett fordelingskriterium som bør gå foran; at det er de svakeste og skrøpeligste mellom oss skal prioriteres.

Litteratur

Alvsvåg, H. (1981). *Har sykepleien en framtid? En kritikk av den teoretiske sykepleien*.

Universitetsforlaget.

Løgstrup, K. E. (1982). *System og symbol: essays*. Gyldendal.

Statistisk sentralbyrå. (2022). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>

Sykepleie(forskning) som kritisk kraft i helsetjenesten

Marit Kirkevold

Takk fra en tidligere student

Kjære Herdis. Gratulerer med dagen!

Det er en stor glede og ære å delta på feiringen av din lange karriere som sykepleier, lærer, rektor, professor, forfatter og skarp samfunnsdebattant over nesten 50 år. Og det er en særlig stor glede for meg å være her i dag, fordi Herdis har vært min lærer. Derfor kjenner jeg stor ydmykhet og nesten ærefrykt ved å være her. Jeg kjenner at jeg er dypt rørt. Så tusen takk for at jeg er invitert.

Det er ikke uten videre opplagt at jeg skulle bli invitert. Jeg tenker at jeg på mange måter kanskje – representerer noe av det du har tatt avstand fra i ditt faglige arbeid, selv om jeg ikke opplever det slik selv. Men jeg har den akademiske utdannelsen min fra USA, jeg har vært svært opptatt av sykepleieteorier og jeg har jobbet målrettet for å fremme sykepleieforskning og sykepleievitenskap – ideer du på mange måter har tatt avstand fra. Men i mitt hode har din innflytelse på min forståelse av sykepleie vært helt grunnleggende. Og du introduserte meg til arbeidene til Kari Martinsen, som også har hatt stor betydning for meg i alle år. Jeg tror min interesse for sykepleie som fag, profesjon, disiplin og praksis kommer fra den grunnleggende innflytelsen som du har hatt på meg som sykepleielærer, forfatter og fagperson.

Jeg husker ennå hvor stort inntrykk bøkene «Har sykepleien en framtid?» og «Tør vi leve med døden?» gjorde på meg. De bøkene åpnet noen perspektiver som jeg har hatt med meg siden. Ikke bare tematikken var skjellsettende, men bøkernes form – den kritisk reflekterende og argumenterende formen – gjorde bøkene engasjerende, overbevisende og perspektivendrende. Samtidig har jeg ikke alltid vært enig med deg. Og av og til har jeg vært hamrende uenig – for eksempel i måten du leste og tolket Dorothea Orems teori om egenomsorg. Men også i dette skylder jeg deg takk – jeg tror at du inspirerte meg til å være kritisk og tenke selv – slik du gikk foran med et godt eksempel og inspirerte til nettopp kritisk tenkning i dine publikasjoner. Jeg har hatt to-tre lærere som jeg aldri glemmer, du er den ene, Barbara Stevens Barnum på Teachers College, Columbia University er den andre og professor i engelsk litteratur O'Malley ved Long Island University den tredje. Dere tre åpnet dører inn i fag og litteratur for meg som har preget meg i stor grad og som jeg er dypt takknemlig for.

Sykepleie som kritisk kraft i helsetjenesten

Sykepleiens historie er en fortelling om sterke kvinner som har endret helsetjenestene til beste for pasienter og deres familier. Men det er også en fortelling om det tause flertall som på mange måter

jobber i det stille og hvis innsats og betydning ofte oversees av politikere og samfunnet forøvrig. Jeg opplever at du gjennom ditt arbeid har fått frem begge disse dimensjonene. Du er selv en av de sterke kvinnene som har stått på barrikadene for sykepleiefaget. Du har kjempet for fagets identitet og integritet og for at pasientene skal få den sykepleien de trenger og fortjener. Samtidig har du også vært en talsperson for de mange som ikke står på barrikadene, men som hver dag prøver å yte god sykepleie og omsorg i møte med sine pasienter innenfor politiske strømninger, økonomiske rammer og faglige ideologier som ikke tar sykepleiefaget, pasientene og de praktisk utøvende sykepleierne på alvor. Du har gjennom alle år stått for en faglig profil som søker å ta vare på sykepleiefagets historie, formidle og oversette de grunnleggende verdiene slik at de kan påvirke nåtiden og peke på politiske ideologier og rammer som truer sykepleiefagets iboende integritet. På mange måter har du i dine publikasjoner vist hvordan sykepleie er og må være en kritisk kraft som står opp mot de politiske tendensene som søker å styre helsetjenesten ut fra økonomiske og «menneskefiendtlige» verdier heller enn de omsorgsetiske og praktiske verdiene som ligger innbakt i sykepleiefaget.

Forskning som fremmer sykepleiefaget

Du har også vært opptatt av forskning og av forvaltningen av kunnskap som trengs for å utøve sykepleie. Også der har du vært en kritisk røst. Du har stilt spørsmål om sykepleieforskningen truer heller enn fremmer sykepleiefaget. Og du har stilt spørsmål ved om vi trenger sykepleievitenskap. På mange måter har du stilt spørsmål ved alt det jeg har brukt hele min karriere på å fremme. Men du har gjort det på en saklig, velbegrunnet måte. Så selv om jeg på mange måter er uenig med deg, opplever jeg likevel at jeg også deler mange av dine kritiske bekymringer. Og jeg håper og tror at de har vært med på å forme meg og min forståelse av sykepleieforskning og sykepleievitenskap. Mitt engasjement for sykepleieforskning og sykepleievitenskap handler om kampen for å ivareta og videreutvikle sykepleiefaget, utvikle kunnskap som både ivaretar tradisjonen og som skaper rom for å kunne yte sykepleie på fagets egne premisser.

Selv har du vært en talskvinne for omsorgsforskning, med særlig vekt på forskning som tar utgangspunkt i sykepleie som praktisk omsorgsfag. Du har fremhevet de moralske og etiske sidene av faget og du har fremhevet sykepleie som praktisk fag. Gjennom dine publikasjoner har du formidlet at sykepleiefaget trenger et bredt kunnskapssyn langt utover den mer snevre vitenskapelige kunnskapen. Men spørsmålet er om sykepleieforskningen ikke nettopp tar innover seg det du har fremhevet som viktig.

Sykepleieforskning

Selv har jeg brukt min karriere til å fremme sykepleieforskning. Jeg har vært opptatt av at også sykepleie trenger sin egen forskning for å utvikle kunnskap på fagets egne premisser. I en etter hvert gammel bok, «Vitenskap for praksis», som kom ut i 1996, prøvde jeg å få frem hvordan jeg tenker at sykepleieforskning kan bidra til praksis. Jeg fremhevet flere bidrag som jeg synes jeg finner igjen i det du har argumentert for og bidratt til, og hvor jeg helt klart hører min lærer Herdis' påvirkning av min egen tenkning. Ett viktig bidrag som jeg fremhever i boken er at sykepleieforskning kan «sette ord på praksis». Denne forskningen handler om å studere den praktiske utøvelsen av sykepleie og løfte frem kunnskapen som nettopp viser seg i utøvelsen. Den handler om å beskrive og forstå den praktiske kunnskapen som sykepleiere forvalter og bruker for å utøve god sykepleie. Inspirert både av deg, Kari Martinsen og Patricia Benner, gjennomførte jeg selv en slik studie i mitt doktorgradsarbeid, hvor jeg ved hjelp av etnografisk metode studerte hvordan sykepleiere i Norges første slagenhet forstod og utførte rehabiliterende sykepleie til slagrammede. Dette var på mange måter et «ikke-fag» på den tiden, en sykepleievirksomhet som ble beskrevet som uspesifikk og utydelig og primært som en støtte for den «egentlige» rehabiliteringen, utført av andre faggrupper, som ergoterapeuter og fysioterapeuter. Jeg opplevde at den forskningen var med å synliggjøre viktige faglige bidrag som sykepleiere bidro med og som var avgjørende for at pasientene skulle komme seg best mulig etter et hjerneslag. Et nyere, spennende eksempel er Inger Jorun Danielsens (2013) avhandling som bygger på en etnografisk studie av sykepleieres praksis på en nyfødttintensiv-avdeling.

Et annet viktig bidrag fra sykepleieforskning, slik jeg oppfatter det, er at sykepleieforskningen skal bidra til å beskrive, fortolke og øke forståelsen av sentrale fenomener og sammenhenger av betydning for utøvelse av sykepleie. Et godt eksempel på dette, synes jeg, er forskningen på «fatigue» eller utmattelse. Dette er et fenomen som har fått lite oppmerksomhet i medisinsk forskning, men som sykepleieforskningen har løftet frem lenge før det fikk oppmerksomhet i andre fag. «Fatigue» eller utmattelse er et fenomen som kan gripe inn i livet til personer på gjennomgripende måter og som sykepleiere må forstå for å kunne ta det på alvor og hjelpe pasienter å håndtere det.

Et tredje viktig bidrag fra sykepleieforskning er utvikling og utprøving av sykepleietiltak som kan redusere lidelse og hjelpe pasienter med å håndtere utfordringer knyttet til sykdom og uhelse. Jeg ble tidlig inspirert av sykepleiere som stilte spørsmål ved om dagens praksis var den beste for å møte pasientenes behov. Et tidlig eksempel på denne typen forskning var den amerikanske sykepleieren og forskeren Jean Johnson's forskning på pasientinformasjon for å håndtere vonde eller ubehagelige medisinske prosedyrer. Johnsons forskning viste hvilken type informasjon som var mest effektiv for å redusere ubehag og engstelse knyttet til gjennomføring av prosedyrene og på hvilken måte

informasjonen burde gis for å ha størst mulig effekt. Denne forskningen endret sykepleiepraksis på dette feltet. Det er nå vanlig for sykepleiere å beskrive hvordan ubehagelige prosedyrer erfares for på den måten å hjelpe pasienten til å håndtere dem.

Til sist vil jeg nevne forskning som setter sykepleien inn i en teoretisk og samfunnsmessig sammenheng. På dette feltet opplever jeg at du har gitt svært viktige bidrag. Du har ved hjelp av samfunnsvitenskapelig tenkning nettopp bidratt til å sette sykepleiefaget og sykepleieutøvelsen inn i en større teoretisk og samfunnsmessig sammenheng og på den måten pekt på ytre rammer og faginterne forhold som truer sykepleieutøvelsen. Jeg vil derfor betrakte deg som en meget viktig bidragsyter til sykepleieforskningen – slik jeg forstår den.

I en senere, men like fullt gammel publikasjon (Kirkevold 2002), prøvde jeg å analysere hva som karakteriserer sykepleievitenskap som vitenskapelig fag. Her hevder jeg at sykepleievitenskap ikke har en felles forståelse av hvilken forskning og vitenskap som trengs i sykepleie, men at det er mulig å identifisere tre ulike vitenskapelige retninger eller tradisjoner innenfor sykepleievitenskapen. Jeg omtaler disse som beskrivende, normativ og kritisk vitenskap. Den beskrivende representerer klassiske vitenskapelige idealer som vi finner i naturvitenskapene og medisin. Målet er å beskrive, forstå og forklare hvordan «verden» er skrudd sammen. Verdier som objektivitet og verdinøytral forskning står høyt innenfor denne tradisjonen. Diametralt motsatt er den normative forståelsen av vitenskap hvor nettopp grunnleggende moralske og etiske verdier i sykepleiefaget som praktisk, utøvende fag er styrende for den vitenskapelige virksomheten. Den kritiske tradisjonen problematiserer og stiller seg kritisk til vedtatte sannheter og ser etter skjulte forhold som opprettholder uheldige maktforhold eller forståelsesmåter i eller på faget og sykepleieutøvelsen. Jeg mener du har bidratt særlig i forhold til sistnevnte. Du var veldig tidlig ute nettopp med dette og det er avgjørende at vi har denne typen forskning i og på sykepleiefaget og rammene som faget utøves innenfor. Derfor vil jeg takke deg særlig for at du har påtatt deg denne viktige, men ikke alltid takknemlige oppgaven. Vi trenger mye mer av denne typen forskning, etter min mening.

Motsetninger og spenningsfelt som hindrer sykepleiere i å yte sykepleien som trengs

Derfor har jeg lyst å avslutte dette innlegget med nettopp å peke på betydningen av denne tradisjonen ved å gi ett eksempel på en slik tilnærming som jeg synes er spennende og inspirerende. Janet M Rankin er en kanadisk sykepleier og forsker som bidrar til denne typen forskning. Hun argumenterer for betydningen av å gjennomføre såkalt institusjonell etnografi for å lære om rammene som sykepleie utøves innenfor, men også hvordan ulike ideologier fester seg i sykepleieres forståelser og praksiser. Hun forklarer det på følgende måte:

“A core tenet of IE [institutional ethnography] is an assumption that knowledge is socially organized and that what is known is dependent on one’s location – a particular subject position in institutional practices. This position is called the standpoint. It is used as a tool to study issues that arise for people. ... Specifically it aims to describe the ‘relations of ruling’ ... that coordinate people’s actions and the accounting of those as though they are happening a particular way, when indeed, often beyond people’s conscious awareness, the ruling relations being activated introduce contradictory tensions” (Rankin, 2015).

Selv har Rankin forsket på hvordan computer-teknologien som brukes i kanadiske sykehus for å planlegge og dokumentere sykepleie «tvinger frem» en standardisering og strømlinjeforming av sykepleien som bidrar til å vanskeliggjøre eller underminere personsentrert sykepleie og omsorg. Denne typen forskning som avdekker og ser kritisk på hvordan ideologier og konkrete verktøy fester seg i sykepleieutøvelsen kan nettopp bidra til at en oppdager og forstår sykepleiepraksis på nye måter. Slik forskning kan stimulere til kritisk refleksjon. Det er nettopp dette din forskning har bidratt med og som gjør den så viktig. Jeg vil takke deg for den store innsatsen du har gjort og de viktige bidragene du har gitt for nettopp å vise frem at sykepleie og forskning på sykepleie er en kritisk kraft i helsetjenesten. Du har gjennom din forskning og ditt forfatterskap gitt oss et solid fundament. Inspirasjonen du har gitt og fundamentet du har bygget må vi ta med oss videre og forvalte på en god måte. TUSEN TAKK!

Referanser

Alvsvåg, H. (1979). *Tør vi leve med døden? Helse, død og sykepleie*. Universitetsforlaget

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

Danielsen, I.J. (2013). *Handlingsrommets evidens. Om praktisk kunnskap i nyfødteintensivsykepleien*. PhD avhandling. Nord Universitet.

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis? Ad Notam Gyldendal*.

Kirkevold, M. (2002). Hva slags vitenskap er sykepleievitenskapen? I S. Laustsen, L. Uhrenfeldt & V.R. Noer (Red.), *Videnskab og samfund* (s. 56-72). Munksgaard.

Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. (4th ed.). In J. B. George (ed.). *Nursing theories: the base for professional nursing practice*. Appleton & Lange.

Rankin, J. M. (2015). The rhetoric of patient and family centred care: an institutional ethnography into what actually happens. *Journal of Advanced Nursing*, 71(3),526-534.

Har omsorgsetikken i sykepleien en framtid?

Finn Nordtvedt

Sykepleie handler ikke bare om å forebygge og behandle sykdom. Det dreier også om å opprettholde, beskytte og redde liv. Vi har lett for å tenke at det kun er den behandlende medisin som har denne rollen. Og det er udiskutabelt at moderne kirurgi og medisinsk behandling er livreddende. Men kompetent sykepleie redder også liv og tilrettelegger en lindrende helhet som er nødvendig for pasientens restitusjon og helse. Den moderne sykepleiens grunnlegger, Florence Nightingale, påpekte dette da hun begrunnet hvorfor det var sykepleiens viktigste oppgave å legge forholdene til rette rundt pasienten, slik at hans egne naturgitte og selvhelbredende krefter kunne få virke.

Jeg opplevde dette selv i forbindelse med at jeg ble akutt, kritisk syk etter en kreftoperasjon sommeren 2011. Jeg er overbevist om at jeg ikke hadde overlevd hadde det ikke vært for den livreddende sykepleien jeg mottok denne sommeren. Hvordan kan jeg hevde dette med så sterk overbevisning selv mange år etter?

Mine opplevelser og erfaringer har satt varige spor. Det dreide seg grunnleggende sett om å bli berørt og stelt av kyndige hender; hender som formidlet fasthet og ro og som bidro til å skape en trygghet. Selv da jeg ble koblet til respirator og svevde mellom liv og død, følte jeg meg ivaretatt og trygg. Hvordan var det mulig å oppleve trygghet og kontroll i en situasjon der det sto om livet?

Erfaringene lærte meg at det er i det lille, det som synes ubetydelig, det som er så nært at vi nesten ikke ser det, at sykepleiens kjerne ligger. Det er to eksempler fra mitt sykeleie jeg vil bruke for å illustrere betydningen av kompetent omsorg.

Et fotbad som fant sted på min tredje dag på intensiv. Jeg var ekstubert og hadde kommet meg over den mest akutte krisen som hadde oppstått etter en reoperasjon. Jeg var sliten og medtatt da en av mine kontaktsykepleiere kom inn og sa at jeg måtte på sengekanten og at jeg skulle få fotbad og barbering. Jeg protesterte og sa at det går ikke, jeg kan ikke, jeg greier det rett og slett ikke. Jeg var utslått og kraftløs. Selv de minste bevegelser tappet meg for krefter og å sitte oppe forekom meg som umulig. Sykepleieren var imidlertid bestemt og ved hans hjelp satt jeg plutselig og balanserte på sengekanten. Jeg så ned på kroppen min og skjønnte at her hadde det skjedd dramatiske ting. Jeg hadde tapt 12 kilo og følte meg som en ribbet fugleunge der jeg satt og dinglede med beina. Fotbad og barbering ble gjennomført og ga meg en følelse av velvære midt i alt det plagsomme. Det skummende varme vannet og massasje av føttene ga meg kontakt med egen kropp som, i tillegg til å være godt der og da, fikk betydning da jeg senere skulle forstå og bearbeide mine opplevelser fra denne perioden.

Akkurat dette stellet framstår for meg i ettertid som et friminutt fra lidelsen og alt det plagsomme. Fremdeles blir jeg berørt når jeg forteller om dette. Å stelle føtter er et gammelt symbol på praktisk omsorg og for meg er det spikret i erindringen som noe godt som skapte velvære i en situasjon som var uforutsigbar og belastende. Det er nettopp denne lindrende helhet skapt av kompetent sykepleie som er viktig og, som for meg, opplevdes livgivende der og da. Dette eksemplet viser sykepleie som verner og beskytter liv. Stellet og pleien av den syke kroppen forankret meg til livet.

En intens tørste var kanskje den verste mest belastende opplevelsen jeg hadde under mitt opphold på intensiv. En hendelse husker jeg spesielt; det var feiring på avdelingen. Jeg hørte stemmer og latter. Jeg var ekstubert og lå og prøvde å slappe av mens tørsten herjet like intenst. Plutselig kommer en sykepleier inn og ber meg lukke opp munnen. Hun stikker en teskje vaniljeis inn i munnen min. Aldri har jeg kjent noe som smakte så godt, kjølig og svalende og jeg nyter en intens vaniljesmak. Vi ler, og situasjonen skapte et brudd i forhold til plager og monotoni som var fantastisk der og da. Mer skal det ikke til enn en teskje vaniljeis når den kommer i den rette stunden og på den rette måten.

Det er når livet er truet av sykdom og kriser at livet blir dyrebart. Mennesket trenger hjelp til å gå videre når sykdom og helsesvikt truer med å dominere livet som skal leves. Denne hjelpen er konkret og knyttet til aktiviteter og gjøremål som er en del av pasientens tilværelse og som han normalt ivaretar selv. Det er når helsesvikt inntreffer, at dette må ivaretas av andre. Å bli invitert inn i de mest ømtålige, intime og sårbare stundene i et menneskes liv innebærer en spesiell tillitserklæring. Det er et konkret uttrykk for en aktivitet som forbinder liv og død. Og her står pasienten aldri alene, men inngår i et fellesskap med yrkesutøvere som kan og vil hans beste.

Livet innehar en splittelse mellom lys og mørke og mellom tilbaketrekking og utadretting. Dette blir tydelig når man er syk og sykepleien innehar en grunnleggende nærhet til livsprosessene. Vissheten om at vi alle skal dø tilfører en dimensjon til livet og en påminnelse om å leve livet her og nå. Bevisstheten om døden medfører en oppfordring til å nyte og glede oss over det livet vi har.

Har omsorgsetikken i sykepleien en framtid?

Per Nordtvedt

Det Finn har beskrevet spiller tilbake på den store debatten om sykepleiens kjerne, denne diskusjon om fagets begreper og verdier som feide over norsk sykepleie fra midten av 1970-tallet til begynnelsen av 1980-tallet. Det var en tid hvor politiske stridigheter splittet elevmassen og Norsk sykepleierforbund (NSF), og der Kari Martinsen ved representantskapsmøtet på Lillehammer i 1976, ble fortalt av Helga Dagsland at «du ødelegger norsk sykepleie». Og det var da Herdis skrev sin viktige debattbok om sykepleien har en framtid. Det var en tid da historiens eneste punktdemonstrasjon mot en spesiell type begrepsliggjøring av sykepleien så dagens lys; en demonstrasjon mot at egenomsorgsbegrepets mor Dorothea Orem skulle holde foredrag i Oslo, på invitasjon av NSF. Norsk sykepleierforbund var rasende på en slik markering; at man viste en slik respektløshet overfor en internasjonal størrelse som Orem var på denne tiden uhørt.

Ettertiden har vel vist oss at den til tider fremmedgjørende begrepsliggjøring av sykepleien som de amerikanske sykepleieteoriene stod for i mindre grad hadde livets rett, mens en tenkning om sykepleie som er tradisjonsforankret og har sitt grunnlag i klinisk kunnskap og erfaringer har en slik rett.

Finn beskriver den helhetlige omsorg og etikk som sykepleien må bygge på, en omsorg som både er faglig kyndig, men som også peker ut over en biomedisinsk ramme, som baserer seg på praktisk medmenneskelighet og det Kari Martinsen har benevnt som «å se med hjertets øye». Han beskriver den Nightingalske sykepleien slik denne viderefører den hippokratiske tanke om at sykepleien skal legge til rette for «at naturen skal virke på såret», at omgivelsenes og kroppens egne helbredende krefter skal få utfolde seg til det beste for de syke. Han beskriver en sykepleie som ser hva som er viktig «uten å trette pasienten med spørsmål». Han beskriver også en sykepleie som har tid, og som tar seg tid til å gi omsorg, som ser ut over nåtidens produktivets- og effektiviseringskrav båret oppe av markedsliberalisme og NPM. Herdis Alvsvåg stod på 1970- og begynnelsen av 80-tallet sammen med Olaug Furnes Bergen Diakonissehjem og Kari Martinsen i en slik kamp for den sykepleie som Finn beskriver.

Dette var en kamp som både var samfunnskritisk og den var kritisk til en bestemt form for vitenskapstradisjon som vektla målinger og objektivitet mer enn subjektiv erfaring og kvalitative beskrivelser: Miljøet rundt diakonissehjemmet i Bergen var kritisk til en vitenskapstradisjon som mente at sykepleien skulle akademiseres gjennom å bygge på bestemte begrepsmessige rammeverk og modeller som deretter skulle operasjonaliseres for å testes på praksis. Denne vitenskapstradisjon som særlig på 1970-tallet var representert ved NSH (Norges Sykepleierhøyskole) definerte sykepleiens historiske tradisjonen som konservativ og at denne stod i veien for fremskritt. «Så bundet til fortiden kunne man ikke være sa Kjellaug Lerheim i en debattartikkel i Sykepleien om en forankring av

sykepleievitenskap i Nightingale og diakonissetradisjonen. NSH ville i disse årene fra midten av 1970-tallet til midten av 1980-årene knytte sykepleien an til samfunnsvitenskapelige tradisjoner der pedagogikken og mestringspsykologien stod særlig høyt.

Man mente at den biomedisinske kunnskapen var en klamp om foten på utviklingen av en selvstendig sykepleievitenskap og at omsorgstenkningen og omsorgsbegrepet slik Herdis, Ingunn Elstad og Kari Martinsen fremholdt denne ikke kunne være et sakssvarende og bærende begrep i sykepleien. Til det var omsorg som begrep for allmennmenneskelig, for profesjonsnøytralt og lite egnet for oppbyggingen av en selvstendig og særegen sykepleievitenskap, mente de ved NSH. Jeg synes jeg hører Kari sine ord i mine ører; «omsorg er ikke først og fremst et begrep Per, det er et fenomen, det er noe som er mellom oss, ikke hver for oss». Og kanskje det allmennmenneskelige ved omsorg, når denne er båret oppe av faglig kunnskap klinisk er helt vesentlig i sykepleien, i trøsten og i omsorgen, i stellet av den syke kroppen. Dette er noe Finn sammen med flere i denne forsamlingen beskriver så godt i det de skriver og har skrevet. At der kirurgien må dele opp kroppen for å kunne skjære, må skape sår for å kurere, der sykehusmedisinen må dekomponere, eller fysioterapeuten konsentrere seg om leddets bevegelse for å kunne behandle, må sykepleiens omsorg også hele kropp og psyke bringe den syke på fote igjen. I den medisinske etikken har man et begrep om å skade for å hjelpe – healing through hurting. En kirurg må skjære for å hjelpe, sykepleieren må snu en smerteplaget kropp for å unngå sår. Noen ganger er det nødvendig å informere om det katastrofalt vonde, fordi det er nødvendig for å hjelpe. Det viktige da er å gjøre alt dette (å skade for hjelpe) med medmenneskelighet og omtanke. Man må være varsom når man snur, man må informere med omsorg og taktfullhet. «Taktfull kan man kalle hine mennesker som besitter den kunst å kunne lese i andres sjele og med en viss hensynsfullhet å kunne utforske deres stemninger, hemmelige ønsker, deres sårbare og neppe tilgrodde steder», sa St. Josef-søstrene i sine lærebok i sykepleie (håndskrevet manus 1902).

På denne måten er omsorg bærende i sykepleien som i alle helsetjenestens yrker og virksomheter. I det hele tatt, å stille spørsmål om omsorgsetikken i sykepleien har en fremtid er et galt spørsmål. Man må heller si at man ikke kan tenke seg en sykepleie eller helsetjeneste uten omsorg. Og man må forsvare denne etikken og dette begrepet, omsorg kanskje enda heftigere i dag enn da Herdis skrev sin bok på 1980-tallet. Fordi omsorgen i sykepleien spesielt og helsetjenesten generelt er enda mer truet.

Sjukepleie – fagetisk praksis

Herdis Alvsvåg

Sjukepleiar og tillitsvald Eskild Hustvedt skriv i Bergens Tidende (BT) 18.august 2021:

«Det fyrste som ryk, er god sjukepleie. Omsorga. Det ubestemmelege ekstra som skjer i samspel mellom menneske. Det som ikkje endrar utfallet til sjølve sjukdommen, men som gjer så utruleg mykje for heile mennesket – mennesket som ikkje berre er ein diagnose. ... Mine kollegaer og eg er lei av å verte effektivisert. Eg vart sjukepleiar fordi eg yngste å yte god sjukepleie, ikkje fordi eg yngste å arbeide på eit samleband» (s.36).

Etikk har ein lang tradisjon i sjukepleie. Etikken er så integrert i faget at ein kan ikkje snakke om sjukepleie utan på same tid å ta med at sjukepleiepraksis både er ein fagleg og etisk praksis. I alt klinisk arbeid handlar det om å tolke og forstå situasjonar og utføre tiltak fagleg og moralsk. Det handlar om på kva måte, tiltaka blir utførte på, og korleis det blir kommunisert. Dette er fag og etikk, vevd saman i praksis.

Dette kjem til uttrykk i dei tidlegaste lærebøkene i sjukepleie, og dette er ein grunnmur vi framleis kan hente inspirasjon frå. Dei første lærebøkene understrekar at fagleg kunnskap, etisk vurdering og moralsk handling på gå hand i hand for at det skal bli fagetisk sjukepleiepraksis. Det syner at sjukepleiefaget har lange kunnskapsrøter, og at faget alltid har vore basert på verdiar. Sjølv sagt er det mykje tidstypisk i gamle lærebøker, men det er også noko som er gyldig til alle tider, og som må kome til uttrykk i nye tider.

Det faglege og det etiske var sentralt i lærebøker som Florence Nightingale skreiv, og i 1877 vart den første læreboka i sjukepleie i Norge skriva av Rikke Nissen. Begge la vekt på nestekjærleik og kunnskap i sjukepleie.

Når Nissen skreiv læreboka i sjukepleie, gjorde ho det fordi ho meinte at omsorg ikkje er tilstrekkeleg når det skal utøvast fagleg omsorg. Nissen ønskte å utdanne heile sjukepleiarar, ikkje halve eller kvarte legar. Kva vil det sei i dag? Korleis ser den profesjonelle sjukepleiar ut, ho og han som står opp for omsorga, etikken, pasienten og faget, med kyndigheit? Korleis utformar dette seg i ei ny tid, i vår tid?

I 1930 kom så den første etikkboka i sjukepleie av Elisabeth Hagemann. Hagemann skriv om grunnlaget for sjukepleie, om forholdet til pasientane, om disiplin og sjølvdisiplin, om pålitelegheit, orden og nøyaktigheit, om truskap og taushet, om hygiene, om forhold til institusjonen, overordna og kollegaer.

Også Hagemann ser nestekjærleiken som kjerne i sjukepleiefaget. Ho skriv at om hjartelaget for den sjuke manglar, så vil sjølv ikkje den beste tekniske utdanning gjere sjukepleiaren skikka til å fylle yrket

på ein rett måte. Utan nestekjærleik vil arbeidet bli mekanisk, noko dei sjuke vil merke, hevdar ho. Kva vil dette sei heilt konkret? Korleis kjem kyndigheit og klokskap til uttrykk? Korleis halde saman handverk, det tekniske, og det fagetiske? Eller korleis kjem nestekjærleiken som fagleg omsorg i sjukepleie, til uttrykk i dag? Dette må me stå saman om å realisere, for som sjukepleiaren som eg siterte i starten sa det: Det fyrste som ryk er god sjukepleie. Den faglege omsorga.

I tradisjonen vår har det blitt framheva at fagleg kunnskap, etisk vurdering og moralsk handling går hand i hand. Det var nok sikkert grunnen til at ideen om å etablere yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar ikkje vann fram i NSF for 50 år sidan. Ein meinte at etikk allereie prega sjukepleiefaget og Norsk Sykepleierforbund (NSF) sitt arbeid. Men ti år seinare fekk forslaget støtte. Rådet for sjukepleieetikkk har revidert retningslinjene fleire gonger, men grunnlaget for sjukepleia er uendra. Det som har blitt lagt til er sjukepleiaren sin sjukdomsførebyggjande og helsefremmande funksjon, kva særskilte behov sårbar grupper har, og at ein også skal ta omsyn til miljøet.

Sjukepleieprofesjonen forvaltar eit samfunnsoppdrag som rettar seg mot heile befolkninga. Det er å ha fagleg omsorg for og ta vare på grunnleggjande behov, fremme helse og førebyggje sjukdom hos sjuke og friske, frå fosteret i mors mage til barn og ungdom, vaksne og eldre, og hos døyande.

Ein kvar profesjon er basert på profesjonsetikk. Den skal bidra til å verne svake partar i profesjonelle relasjonar og sikre tilliten til profesjonane.

Dømmekrafta eller fagleg skjøn er sentralt og avgjerande i alle profesjonar. Gjennom ei heilskapleg situasjonsvurdering kjem sjukepleiaren fram til kva pasientar og pårørande har behov for. Ein vurderer kva for handlingar som er relevante og gyldige, kva det er tvil om, og kva situasjonen er taus om. Det blir gjort ein analyse av kva for handlingar og tiltak som er relevante basert på kunnskap som profesjonen forvaltar, kommunikasjon med involverte partar, og ei vurdering av innhenta ny kunnskap.

Alt levande liv; menneske, dyr og natur, appellerer til oss om at vi viser respekt for deira vilje eller deira sjølvbestemming, verdigheita, integriteten og at vi har omtanke for det sårbare. Dette kallast dei fire bio-etiske prinsippa.

I helsetenesta blir vi rettleia av fire bio-medisinske etiske prinsipp som vi kjenner som autonomiprinsippet, ikkje-skade-prinsippet, prinsippet om å gjere vel og rettfærdsprinsippet.

Fleire helseprofesjonar har formulert eigne prinsipp sydde over dei bio-etiske og dei bio-medisinske prinsippa. Sjukepleiarar møter prinsippa i konkrete tverrfaglege etiske diskusjonar, og vi finn dei igjen i dei yrkesetiske retningslinjene, der det står at sjukepleie skal vise det enkelte mennesket respekt og verdigheit. Og sjukepleie skal byggje på barmhjertigheit, omsorg og respekt for menneskerettane.

Verdiane i sjukepleie har likskapar med dei bio-etiske og dei biomedisinske/helseetiske verdiane. Å handle rettferdig kan vere å vise andre respekt og verdigheit. Å gjere vel kan vere ein måte barmhjertigheit og omsorg syner seg på. Å ikkje skade kan vere ein måte å ta omsyn til sårbarheit og integritet.

Til etikken og profesjonaliteten i faget høyrer det å lytte til andre sine kunnskapar og erfaringar, men også å halde seg fagleg oppdatert. Det handlar om innhenting, vurdering og bruk av forskning som gjeld sjukdommen ein pasient har. Men den aktuelle pasient- og pårørandesituasjonen er gjerne meir samansett enn dei situasjonane forskinga er basert på. Ei anna utfordring er i kva grad forskinga kan vere rettleiande der pasienten har eit langt meir komplekst sjukdomsbilde enn det studien gjeld for. I mange studiar har ein kontroll over alle variablar. Det har ein ikkje i klinikken. Pasienten har ikkje berre ein sjukdom, men kanskje fire andre. Kva om forskinga gjeld for menn og pasienten er ei kvinne? Slik kan vi fortsette. Det gjeld om å kjenne slik kunnskap og bruke den med eit godt skjøn ut frå den situasjonen ein står i.

Å omsette forskingsresultat til klinisk praksis er ingen enkel veg. Dersom vi ikkje problematiserer forholdet mellom forskning og klinisk praksis, vil forskinga bli brukt teknisk og instrumentelt, og utan situasjonsforståing. Denne måten å gå fram å når vi har med menneske å gjere, er problematisk. Filosofen Hans Skjervheim kalla det eit instrumentalistisk mistak. Ein annan måte å gjere bruk av forskinga på i ein klinisk praksis blir kalla hermeneutisk. Kunnskapane blir då spelte inn i dei konkrete kliniske situasjonane slik at dei blir opplyste med ulike kunnskapar. Vi har altså å gjere med to ulike former for bruk av kunnskap, teknisk og hermeneutisk.

Den praktiske kunnskapen kviler på ein kritisk refleksjon som held saman fagkunnskap, forskning og etikk. Samtidig kviler den profesjonelle fagetiske praksisen på vage reglar som må tilpassast situasjonen, som ofte er ustabil og uføreseieleg. Det er forholdet mellom kunnskapar, konkrete handlingar og personleg og etisk engasjement som er det sentrale i profesjonelle yrker.

Av og til forstår ein med profesjonalitet at ein er i stand til å halde avstand, ikkje la seg påverke av situasjonen. Men då går ein glipp av fagetisk relevant informasjon som nettopp kjensler kan informere ein om. Den profesjonelle evnar å vere sanseleg til stades, samtidig som ho eller han handlar ut frå forstanden. Ein profesjonell orienterar seg i ein fagetisk situasjon ved hjelp av sansar, kjensler og forstand. Det same gjer pasientar og pårørande. Vi er heile menneske, og inntrykka vi får, er heilskaplege. Den profesjonelle evnar å tyde, tolke og forstå, og handle fagleg og medmenneskeleg relevant.

Å halde dette saman i møte med pasientar og pårørande vil vere å møte pasienten som heilt menneske, menneske som er så mykje meir enn diagnosane.

Det er å spørje: Kva vil det heilt konkret sei å vere profesjonell i denne situasjonen, å vere heil sjukepleiar, og ikkje halv eller kvart lege? Kva vil det sei å handle fagetisk som sjukepleiar? Det vil sei å utføre alt som høyrer sjukepleiaryrket til, på ein kyndig, hensiktsmessig og kreativ måte. Ikkje noko er for stort eller for lite for å hjelpe, gi kvardagen som pasient ei avveksling, ei oppmuntring, ei glede, som Rikke Nissen uttrykte det. Vi må stå saman om at det ikkje blir den fagetiske omsorga, som er det første som ryk i effektiviseringa sitt namn. For det vil ikkje vere effektivt og ikkje økonomisk, heller ikkje i framtida. Det vil derimot krenke menneskeverdet, både pasienten og dei profesjonelle si verdigheit.

Til lukke som fagetiske sjukepleiarar! Takk for merksemda.

Kongens fortjenstmedalje til Herdis Alvsvåg

Tale ved overrekkelsen av ordfører i Bergen, Rune Bakervik

Kjære alle sammen, kjære Herdis Alvsvåg,

Det er en ære å få være til stede her i dag for å hedre deg. I over 40 år har du vært med å prege norsk sykepleie og sykepleierutdanning.

Mitt første inntrykk av deg er at du er ured.

Det gjenspeiles ikke minst ved at du i 1981 ga ut det jeg forstår var en rimelig ok brannfakkell, «Har sykepleien en fremtid?». Bare tittelen i seg selv er nok til å vekke noe i oss. Den vekker også noe i oss som ikke har faglig tilknytning til boken. Den boken, samt påfølgende artikler, kurs, forelesninger, nye bøker, utforming av utdanningstilbud, ja, jeg vil si hele ditt yrkesliv, har preget sykepleiefaget.

Gjennom å ha et særlig blikk rettet mot samfunnets svakeste, pleietrengende eldre og døende, har ditt engasjement løftet viktige tema som menneskesyn, dannelse og etikk, i sykepleieryrket og utdanningen. Spesielt ditt arbeid med å introdusere begrepene, og fremme viktigheten av «resultatløs sykepleie», på lik linje med «resultatsikker sykepleie», har vært viktig. Det er tross alt ikke alt som kan gi målbare helseforbedringer, men det betyr ikke at det er mindre viktig av den grunn.

Tidligere denne uken hadde jeg gleden av få hilse skaperne av kunstavisen *Høy Himmel* på deres lansering. Avisen som er et resultat av et samarbeid mellom Bergen sanitetsforening og KODE, og som blant annet gir demenspasienter muligheten til å uttrykke seg kunstnerisk og gir de nye gode opplevelser der sykdommen ikke er til hinder, var utrolig flott å se.

**

Din tankegang som er blitt praktisert i Høy Himmel-prosjektet går også igjen i flere av kommunenes planer for å skape en god alderdom for alle.

To 80-åringer er tross alt like forskjellige som to 18-åringer. Da må vi som kommune legge til rette for at også eldre kan leve sitt liv, på sin måte. Enten det er å bo hjemme lengst mulig, eller det er på et sykehjem, så skal alle være sikre på at fellesskapet stiller opp for en. Alle skal føle at de har et trygt hjem der de blir sett og tatt vare på.

**

I tillegg til en skarp penn og et varmt hjerte har du også vært et viktig tannhjul når det kommer til utdanning av sykepleiere.

I 1994 da 100 statlige høyskoler ble til 12, var du svært delaktig i det banebrytende programmet som hevet kompetansen til ansatte ved landets sykepleierutdanninger. I våre dager der nettmøter og nettundervisning er noe vi nesten er blitt komfortabel med, så er det en tankevekker at dette drev du på med allerede den gang. Utdanningen som var organisert som et deltidsstudium basert på fjernundervisning via satellitt(!), bidro til at 140 undervisere fikk nødvendig faglig påfyll.

Seinere så har du veiledet studenter på deres masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger, du har vært rektor, holdt en rekke kurs og seminarer, og du har gjennomført viktig forskningssamarbeid med fagfolk fra inn- og utland.

**

Kjære Herdis Alvsvåg,

I statuttene for tildeling av H. M. Kongens fortjenstmedalje står det at tildeling blant annet kan skje som belønning for:

«Særlig fortjenstfullt arbeid gjennom lang tid i privat eller offentlig tjeneste, hvor innsatsen har ligget betydelig over det normale og hvor vedkommende også har vist aktivt samfunnsengasjement utover sin arbeidsinnsats».

Du har oppfyller dette kriteriet med glans, og litt til.

På vegne av H.M. Kongen er det derfor en ære og glede, å få dekorere deg med H.M. Kongens fortjenstmedalje.

Gratulerer!

Takk

Tusen takk. Det er ei æra å få tildelt Kongens fortjenestemedalje.

Eg kjenner meg glad og stolt, og takknemleg.

Takk til VID vitskapelege høgskole som har fremma søknaden til Kongen.

Så vil eg takke for utdannings-, arbeids- og kollegafelleskap som eg har hatt gjennom eit langt arbeidsliv:

1. Takk til Haraldsplass diakonale høgskole, der eg vart utdanna sjukepleiar og i mange år har vore tilsett som lærar.
2. Takk til rektorane ved dei tre sjukepleiarutdanningane i Bergen (Haraldsplass, Haukeland og Betanien) som på 1970-talet gjekk saman med universitetet i Bergen for å rå bot på ein kritisk sjukepleielærarmangel. Eg har ofte tenkt på korleis mitt faglege og personlege liv ville sett ut utan denne utdanninga. Den gav også spiren til å ta vidare utdanning i filosofi og sosiologi ved Universitetet i Bergen.
3. Eg var 15 år ved Universitetet i Bergen. Takk til Det medisinske fakultetet og Det psykologisk fakultetet som på 1990-talet etablerte Helsefag hovudfag. Eg fekk saman med få, men fantastiske medarbeidarar, vere med og utdanne ulike helsefaglege lærarar til graden cand.polit eller cand.san. Utdanninga var både nett- og campusbasert og retta seg mot så å seie heile landet. Og takk til Institutt for praktisk pedagogikk som eg i heile perioden var knytt til.
4. VID vitskapelege høgskole vart etablert i 2016. Dei to diakonale høgskolane Haraldsplass og Betanien vart ein del av denne høgskolen. Takk til VID og dei som har grunngjeve og utforma søknaden som har blitt fremma til Kongen, og takk til Kongen som har funne mitt faglege liv verdig denne ærefulle utnemninga. Det skapar motivasjon til aktivt virke som pensjonist.

Fagleg arbeid blir ikkje til i eit vakuum. Takk for eit fantastisk godt kollegafelleskap. Det er det viktig å ta vare på, fordi det skapar vekstvilkår.

Herdis Alvsvåg

Takk til slutt

Tusen takk for denne dagen!

Takk til de som takka ja til å halde faglege innlegg her i dag. Det har vore så nydeleg å lytta til dei reflekterte orda frå kloke, erfarne samarbeidspartnarar.

Takk til VID som har gitt gode og rause rammer for denne dagen. Heilt fantastisk!

Takk til den enkelte som hadde moglegheit til å sette av denne dagen til å lytte til, og tenke vidare over fenomen av betydning for liv, sjukepleie og formidling, i fortid, notid og framtid.

Takk for blomar, gåver og gode ord!

Så har eg forstått at ingenting gjer seg sjølv. At det har vore ein arbeidande komité som har tenkt på alt og planlagt smått og stort i samband med absolutt alt som denne dagen til no har openberra.

Derfor vil eg at Anita Lyssand, Tove Giske, Inger Bjørkhaug, Nina Ellenberger, Ingrid Hage, Ingrid O. Torsteinson, Irene Hunskår og Oddvar Førland skal kome fram.

Tusen takk, og vel heim!

Herdis Alvsvåg

Bibliografi Herdis Alvsvåg

Irene Hunskår

Bøker

Alvsvåg, H. (1979). *Tør vi leve med døden? Helse, død og sykepleie*. Universitetsforlaget.

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

Alvsvåg, H. (1985). *Har sykepleien en framtid? - et oppgjør med den teoretiske sykepleien*. (2. utg.). Universitetsforlaget. [Med tillegg: Klargjøring av sentrale begreper.]

Alvsvåg, H. (1985). *Vågar vi leva med döden?* (I. Fredriksson, Overs.) Studentlitteratur.

Alvsvåg, H. (1989). *Grenser vi ikke vil se. Om hvorfor det går grenser for det å bo hjemme når man er syk og bor alene*. Hovedfagsoppgave i sosiologi - Universitetet i Bergen.

Kirkevold, M., Nortvedt, F. & Alvsvåg, H. (Red.) (1993). *Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*. Ad Notam Gyldendal.

Martinsen, K., Alvsvåg, H. & Torsteinson, I. O. (Red.). (1993). *Den omtensomme sykepleier. Artikkelsamling i forbindelse med at Diakonissehjemmets sykepleierhøgskole Haraldsplass er 75 år i mai 1993*. Tano.

Kirkevold, M., Nortvedt, F. & Alvsvåg, H. (Red.) (1994). *Kloket, omdöme och skicklighet. Kari Martinsens inflytande på omvårdnad och utbildning*. (K. Larsson Wentz, Overs.) Studentlitteratur.

Alvsvåg, H. (1997). *Sykepleie - mellom vitenskap og pasient*. Fagbokforlaget.

Alvsvåg, H., Anderssen, N., Gjengedal, E. & Råheim, M. (Red.). (1997). *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Ad Notam Gyldendal.

Alvsvåg, H. (1998). *Sygepleje. Mellem videnskab og patient*. (B. Hørlyck, Overs.). Gad.

Alvsvåg, H. & Tanche-Nilssen, A. (1999). *Den skjulte reformen. Om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat*. Tano-Aschehoug.

Alvsvåg, H. & Gjengedal, E. (Red.). (2000). *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Fagbokforlaget.

Alvsvåg, H. & Gjengedal, E. (Red.). (2000). *Omsorgstækning. En indføring i Kari Martinsens forfatterskab*. Gad.

Alvsvåg, H. & Førland, O. (Red.). (2007). *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Akribe.

Alvsvåg, H. (2010). *På sporet av et dannet helsevesen. Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Akribe.

Alvsvåg, H., Bergland, Å. & Førland, O. (Red.). (2013). *Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. Cappelen Damm Akademisk.

Alvsvåg, H., Førland, O. & Jacobsen, F. F. (Red.). (2014). *Rom for omsorg?* Fagbokforlaget.

Skumsnes, R., Alsvåg, H., & Førland, O. (2015). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Idehåndbok med anbefalinger*. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester på Vestlandet og Senter for omsorgsforskning Vest.

Alsvåg, H. & Aadland, E. (2019). *Profesjonsetikk i sjukepleie*. Det Norske Samlaget.

Alsvåg, H. (2023). *Å tenke sykepleiefaglig. Essay i utvalg*. Fagbokforlaget.

Kapittel i bøker

Alsvåg, H. (1990). Grenser vi ikke vil se. Workshop 8. I *Kvinder og kommuner i Norden. rapport fra en konferanse 24.-26. oktober 1990 i Karlsruhle, Danmark*. (s. 107-117). SAMKVIND, Center for Samfundsvidenskabelig Kvindeforskning, Københavns Universitet.

Alsvåg, H. (1993). Det gode blikket og de gode hendene. I K. Martinsen (Red.) *Den omtensomme sykepleier. Artikkelsamling i forbindelse med at Diakonissehjemmets sykepleierhøgskole Haraldsplass er 75 år i mai 1993* (s. 111-129). Tano.

Alsvåg, H. (1993). Fra søstersamfunn til diakonifelleskap. I *Bergen Diakonissehjem fra 1968 til 1993* (s. 51-54). Bergen Diakonissehjem.

Alsvåg, H. (1993). Hvor beveger sykepleien seg – mot vitenskap eller klokskap? I M. Kirkevold, F. Nortvedt & H. Alsvåg (Red.), *Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie* (s. 19-31). Ad Notam Gyldendal.

Alsvåg, H. (1993). Kvalitativ forskning - et eksempel. I P. Ramhøj (Red.), *Overvejelser og metoder i sundhedsforskningen* (s. 153-164). Akademisk Forlag.

Alsvåg, H. (1997). Velferdsstat versus velferdssamfunn. I H. Alsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal, & M. Råheim (Red.), *Kunnskap, kropp og kultur* (s. 269-301). Ad Notam Gyldendal.

Alsvåg, H. (2000). Menneskesynet - fra kroppsfenomenologi til skapelsesfenomenologi. I H. Alsvåg & E. Gjengedal (Red.), *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap* (s. 19-36). Fagbokforlaget.

Alsvåg, H. (2000). Tiden i de korte møtene – vekselvirkning: oppmerksomhet, samarbeid og samtale. I *Sundhedsuddannelserne år 2025 – Faglige synsvinkler ind i det 21. århundrede. Jubileumsskrift*. (s. 26-32). Københavns Amt, Herlev sygepleje- og radiografiskole, 25-årsjubileum.

Alsvåg, H. (2001). Hjemmesykepleie. I *Sykepleie - praksis og utvikling*. B. 3. (s. 1022-1039). Cappelen Damm Akademisk.

Alsvåg, H. (2002). Klinisk skjønn. I T. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 208-222). Gyldendal Akademisk.

Alsvåg, H. (2003). Omsorg - med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstænkning. I B. Kamp Nielsen & U. Knutstad (Red.), *Sygeplejebogen 2, 1. del Teoretisk-metodisk grundlag for klinisk sygepleje* (s. 65-98). Gads Forlag.

Alsvåg, H. (2004). Kunnskapsstatus og framtidig forskning i helsefag. I *Kunnskapsstatus for forskningsprogrammet KUPP. Kunnskapsutvikling i profesjonsutdanning og profesjonsutøving* (s. 70-85). Norges forskningsråd.

- Alvsvåg, H. (2005). Omsorg. Med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I *Sykepleieboken, 2, Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie* (s. 63-96). Akribe Forlag.
- Alvsvåg, H. (2006). Kari Martinsen. Philosophy of Caring. I A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th. ed., p. 167-190). Mosby Elsevier.
- Alvsvåg, H. & Førland, O. (2007). Forord og om bokens temaer. I H. Alvsvåg & O. Førland (Red.), *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 7-10). Akribe Forlag.
- Alvsvåg, H. & Førland, O. (2007). Hva kan vi lære av nyutdannede sykepleieres tilbakemeldinger til utdanningen? I H. Alvsvåg & O. Førland (Red.), *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 65-79). Akribe Forlag.
- Alvsvåg, H. (2007). Læring av sykepleie – gjennom personlige og profesjonelle erfaringer. I H. Alvsvåg & O. Førland (Red.), *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. (s. 205-232). Akribe Forlag.
- Alvsvåg, H. (2007). På kollisjonskurs med arbeidsgivers interesser. Sykepleiernes syn på opplæringen av nyansatte. I H. Alvsvåg & O. Førland (Red.), *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. (s. 171-187). Akribe Forlag.
- Alvsvåg, H. & Førland, O. (2007). Refleksjoner om utdanning og kunnskap i sykepleie. Innledning. I H. Alvsvåg & O. Førland (Red.), *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 11-24). Akribe Forlag.
- Alvsvåg, H. (2008). The nurse's learning through the patient's meeting with death. I C. Delmar & C. Johns. (Eds.). *The Good, the Wise and the Right. Clinical Nursing Practice* (s. 95-108). Aalborg Hospital, Århus University Hospital.
- Alvsvåg, H. (2008). Tiden i de korte møtene. I A. Langdahl (Red.), *Omsorg i tid og rum. Dansk Kristelig Sygeplejeforenings 50-års jubilæumsbog* (s. 25-31). Dansk Kristelig Sygeplejeforening.
- Alvsvåg, H. (2008). Å føle seg hjemme - i egen bolig og på sykehjem? I S. Hauge & F. F. Jacobsen (Red.), *Hjem. Eldre og hjemlighet* (s. 100-117). Cappelen Damm Akademisk.
- Alvsvåg, H. (2010). Har sykepleien fortsatt en framtid? I A. J. W. Andersen, I. B. Larsen & O. Söderhamn (Red.), *Utdanning til omsorg. I fortid, nåtid og framtid* (s. 76-90). Gyldendal Akademisk.
- Alvsvåg, H. (2010). Omsorg - med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleien 2*. (3. utg., s. 417-450). Akribe Forlag.
- Alvsvåg, H. (2010). Kari Martinsen. Philosophy of caring. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (7th ed., p. 165-189). Mosby Elsevier.
- Alvsvåg, H. (2012). Helsefremming og sykdomsforebygging. Et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie. Teori og praksis*. (s. 79-98). Fagbokforlaget.
- Alvsvåg, H. (2012). Kärlek. I L. W. Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 251-263). Studentlitteratur.
- Glasdam, S. & Alvsvåg, H. (2013). Læring af klinisk praksis i mødet med patienter og pårørende. I S. Glasdam & S. Hundborg (Red.), *Læring i og af klinisk praksis*. (s. 51-63). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Alvsvåg, H. (2013) Hva er det nye i samhandlingsreformen og hvilke konsekvenser kan den få for helse- og omsorgstjenesten? Gammel vin på nye flasker? I H. Alvsvåg, Å. Bergland & O. Førland (Red.), *Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. (s. 347-366). Cappelen Damm Akademisk.

Alvsvåg, H., Bergland, Å. & Førland, O. (2013) Innledning. Samfunnskritiske og fagkritiske omveier. I H. Alvsvåg, Å. Bergland & O. Førland (Red.). *Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. (s. 15-26). Cappelen Damm Akademisk.

Alvsvåg, H. (2013) Innsiktsbasert profesjonell praksis bør erstatte kunnskapsbasert praksis. I H. Alvsvåg, Å. Bergland & O. Førland (Red.), *Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. (s. 185-199). Cappelen Damm Akademisk.

Alvsvåg, H. (2014). Kari Martinsen. Philosophy of caring. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (8th ed., p. 147–170). Elsevier.

Alvsvåg, H. (2014). Mellomrommet - forutsetning for relasjon og dialog. I H. Alvsvåg, O. Førland & F. F. Jacobsen (Red.), *Rom for omsorg?* (s. 127-145). Fagbokforlaget.

Alvsvåg, H., Førland, O. & Jacobsen, F. F. (2014). Rom, ting og medmennesker - en innledning. I H. Alvsvåg, O. Førland & F. F. Jacobsen (Red.), *Rom for omsorg?* (s. 13-23) Fagbokforlaget.

Alvsvåg, H. (2015). Faglig skjønn og omsorg. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5. utg., s.156-178). Cappelen Damm Akademisk.

Alvsvåg, H. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging - Et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie. Teori og praksis*. (2. utg., s. 50-70). Fagbokforlaget.

Alvsvåg, H. (2018). Kari Martinsen. Philosophy of caring. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (9th ed., p. 120-139). Elsevier.

Alvsvåg, H. (2018). Den skandinaviske velfærdsstat - utvikling af sundhedsvæsenet med vægt på ældreomsorgen. I S. Glasdam & F. F. Jacobsen (Red.), *Gerontologi - Perspektiver på ældre mennesker*. (s. 66-92). Gad.

Alvsvåg, H. & Takvam, B. (2019). Å forbli rusfri - relasjoners betydning. I U. S. Goth (Red.), *Verdier og visjoner. Profesjonalitet i endring*. (s. 143-160). Cappelen Damm Akademisk.

Alvsvåg, H. (2021). Kari Martinsen. Philosophy of caring. In M. R. Alligood (ed.), *Nursing theorists and their work* (10th ed., p. 123-142). Elsevier.

Alvsvåg, H. & Martinsen, K. (2022). Kärlek, hopp och tro. I L. W. Gustin & M. Asp (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (3. uppl., s. 349-365). Studentlitteratur.

Artikler

Alvsvåg, H. (1977). Loeb center's sykepleiefilosofi – en «fullkommen» sykepleiefilosofi? *Sykepleien*, 64(5), 258-259.

Alvsvåg, H. (1977). Skal sykepleien debatteres? *Sykepleien*, 64(13), 736-737, 744.

Alvsvåg, H. (1978). Staten - profesjonen – folket. *Sykepleien*, 65(5), 264-266.

- Alvsvåg, H. (1978). Sykepleie – et universitetsstudium. *Sykepleien*, 65(18), 1141-1144.
- Alvsvåg, H. & Martinsen, K. (1978). Medisinens kliniske kunnskaper i sykepleien må oppvurderes. *Sykepleien*, 65(20), 1272-1277.
- Alvsvåg, H. (1979). Sykepleie – et universitetsstudium. Svar til Marie Lysnes og Turid Støvring i Sykepleien. *Sykepleien*, 66(3), 25-27.
- Alvsvåg, H. & Martinsen, K. (1979). Har begrepene i sykepleien innhold? *Sykepleien*, 66(5), 26-27.
- Alvsvåg, H. (1979). Ideologi og praksis i sykepleien. *Sykepleien*, 66(13), 11-13, 32.
- Alvsvåg, H. (1979). Systemteori og sykepleie. *Sykepleien*, 66(17), 20-24.
- Alvsvåg, H. (1980). Historie og selvforståelse. *Under Ulriken*, 19(2), 2-9.
- Alvsvåg, H. (1980). Intern undervisning – et dansk eksempel. *Sykepleien*, 67(16), 8-10, 38.
- Alvsvåg, H. (1981). Vår prioritering og midlertidig ansettelse. *Sykepleien*, 68(4), 26-27.
- Alvsvåg, H. (1982). Resultatløs sykepleie – ubibelsk? *Under Ulriken*, 21(5), 4-7.
- Alvsvåg, H. (1982). Resultatløs sykepleie – en begrepsavklaring. *Under Ulriken*, 21(6), 9-10.
- Alvsvåg, H. (1982). Sykepleiens historie og kvinnesynet. *Sykepleien*, 69(17), 6-10, 29.
- Alvsvåg, H. (1983). Sykepleiens historie, er den objektiv? *Sykepleien*, 70(3), 20–21.
- Alvsvåg, H. (1983). Sykepleien og eldreomsorgen. *Sykepleien*, 70(18), 6–9.
- Alvsvåg, H. (1985). Hvordan organisere pasientrettet sykepleie? Primærsykepleie eller gruppesykepleie. *Sykepleien*, 72(5), 6–9, 31.
- Alvsvåg, H. (1986). Fremtidens eldreomsorg. Når skal vi ta de svakeste på alvor? *Sykepleien*, 73(15), 6–13, 32.
- Alvsvåg, H. (1986). Gerontologisk sykepleie - egen videreutdanning? *Sykepleien*, 73(19), 26–27.
- Alvsvåg, H. (1986). Glede – fellesskap – omsorg. *Under Ulriken*, 26(4), 2-7.
- Alvsvåg, H. (1989). Pasienten kan lære oss hva omsorg er. *Sykepleien*, 77(14), 4–7.
- Alvsvåg, H. (1991). Grænser vi ikke vil se. *Social kritik*, 2(12), 34-40.
- Alvsvåg, H. (1994). Åndelig omsorg - en utfordring for den profesjonelle sykepleier. *Kreftsykepleie*, 10(1), 4–6, 8.
- Alvsvåg, H. (1996). Kjærlighet – et tidløst fenomen. *Klinisk sygepleje*, 10(2), 97-102.
- Alvsvåg, H. (2003). Det mellommenneskelige - forutsetningen for dialog. Festtale. *Tidsskrift for fag og tro*, 21(3), 11-18. <http://hdl.handle.net/11250/278333>
- Alvsvåg, H. (2005). Kompetanseheving i sykepleierutdanningen. En historisk fortelling. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7(4), 29-35.
- Alvsvåg, H. (2005). Tiden i de korte møtene. *Forum for kristen sundheds- og sygepleje*, 47(4), 13-20.
- Alvsvåg, H. & Førland, O. (2006). Sykepleieres tilfredshet med sykepleierutdanningens relevans for yrket. Betydningen av noen rammefaktorer. *Vård i Norden*, 26(2), 15-20.

- Alvsvåg, H. & Førland, O. (2006). Sykepleierutdanningen i lys av nyutdannedes yrkeserfaringer. *Vård i Norden*, 26(3), 34-38.
- Alvsvåg, H. (2008). The nurse's learning through the patient's encounter with death. *Klinisk Sygepleje*, 22(2), 5-14. https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje
- Schou, K. C., Alvsvåg, H., Blåka, G. & Gjengedal, E. (2008). The (dis)appearance of the dying patient in generalist hospital and care home nurses' talk about the patient. *Nursing Philosophy*, 9(4), 233-247.
- Alvsvåg, H. (2009). Kunnskapsbasert praksis er ikke nytt. *Sykepleien Forskning*, 4(3), 216-220. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0104>
- Gammersvik, Å. & Alvsvåg, H. (2009). Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), 18-29. <https://doi.org/10.7557/14.237>
- Alvsvåg, H. (2010). Kjærlighet som grunnlag i helsevesenet. *Michael Quarterly*, 7(2), 244-253. <https://www.michaeljournal.no/article/2010/05/Kj%C3%A6rlighet-som-grunnlag-i-helsevesenet>
- Alvsvåg, H. (2011). Hvordan blir sykepleiens framtid? *Klinisk Sygepleje*, 25(2), 4-16. https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje
- Alvsvåg, H. (2012). Noen spørsmål til samhandlingsreformen. *Tidsskrift for fag og tro*, 30(3), 19-22. <http://hdl.handle.net/11250/2493824>
- Dahl, H. & Alvsvåg, H. (2013). Å fremme studenters evne til refleksjon - en pedagogisk utfordring. *UNIPED*, 36(3), 32-45. <https://doi.org/10.3402/uniped.v36i3.227>
- Ellingsen, S., Roxberg, Å. K., Kristoffersen, K., Rosland, J. H. & Alvsvåg, H. (2013). Entering a World with No Future. A phenomenological study describing the embodied experience of time when living with severe incurable disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 165-174. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01019.x>
- Ellingsen, S., Roxberg, Å. K., Kristoffersen, K., Rosland, J. H. & Alvsvåg, H. (2014). Being in transit and in transition. The experience of time at the place, when living with severe incurable disease - a phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 458-468. <https://doi.org/10.1111/scs.12067>
- Alvsvåg, H. (2015). Omsorgsteknologi - motsetningsfullt? *Omsorg. Nordisk tidsskrift for Palliativ Medisin*, 32(4), 21-25.
- Ellingsen, S., Roxberg, Å. K., Kristoffersen, K., Rosland, J. H. & Alvsvåg, H. (2015). The pendulum time of life. The experience of time, when living with severe incurable disease—a phenomenological and philosophical study. *Medicine, Health care and Philosophy*, 18(2), 203-215. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9590-9>
- Alvsvåg, H. (2016). Etske utfordringer i omsorgsteknologi? *Tidsskrift for fag og tro*, 36(3), 13-17.
- Hjelle, K. M., Tuntland, H., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016). Driving forces for home-based reablement. A qualitative study of older adults' experiences. *Health and Social Care in the community*, 25(5), 1581-1589. <https://doi.org/10.1111/hsc.12324>
- Hjelle, K. M., Skutle, O., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016). The reablement team's voice. A qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of*

Multidisciplinary Healthcare, 9, 575-585.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S115588>

Hjelle, K. M., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2016). The relatives' voice. How do relatives experience participation in reablement? A qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 1-11.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S122385>

Sjøbbø, B. A., Teigen, S., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2016). Hvilken betydning har forebyggende hjemmebesøk? - En kvalitativ studie av eldre menneskers erfaringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(1), 47-58. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-01-08>

Alvsvåg, H. & Martinsen, K. M. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 215-222.
<https://doi.org/18261/issn.2387-5984-2018-03-03>

Førland, O., Alvsvåg, H. & Tranvåg, O. (2018). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 196-214. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-02>

Hjelle, K. M., Skutle, O., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2018). Reablement teams' roles. A qualitative study of interdisciplinary teams' experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 305-316.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S160480>

Lystrup, M., Tuven, K., Oksholm, T. & Alvsvåg, H. (2019). Mindfulness i sykepleierutdanningen - disiplinering eller dannelselse? *Nordisk sygeplejeforskning*, 9(4), 243-255.
<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-04-03>

Fjørtoft, A.-K., Oksholm, T., Førland, O., Delmar, C. & Alvsvåg, H. (2020). Balancing contradictory requirements in homecare nursing. A discourse analysis. *Nursing Open*, 7(4), 1011-1019.
<https://doi.org/10.1002/nop2.473>

Fjørtoft, A.-K., Oksholm, T., Delmar, C., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2020). Home-care nurses' distinctive work. A discourse analysis of what takes precedence in changing healthcare services. *Nursing Inquiry*, 28(1), e12375. <https://doi.org/10.1111/nin.12375>

Fjørtoft, A.-K., Oksholm, T., Førland, O., Delmar, C. & Alvsvåg, H. (2021). The position of home-care nursing in primary health care. A critical analysis of contemporary policy documents. *Nursing Inquiry*, 29(2), e124451. <https://doi.org/10.1111/nin.12445>

Førland, O., Skutle, O., Alvsvåg, H. & Hjelle, K. M. (2021). Ambisjoner og realiteter i kommunenes prioriteringer av helse- og omsorgstjenester - en casestudie fra tre norske kommuner. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(4), 19-34. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-04-02>

Stikholmen, T., Nåden, D. & Alvsvåg, H. (2021). Discovering dignity through experience. How nursing students discover the expression of dignity. *Nursing Ethics*, 29(1), 194-207.
<https://doi.org/10.1177/09697330211012042>

Gjellestad, Å., Oksholm, T., Alvsvåg, H. & Bruvik, F. K. (2022). Autonomy conquers all. A thematic analysis of nurses' professional judgement encountering resistance to care from home-dwelling persons with dementia. *BMC Health Services Research*, 22(1), 749. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08123-x>

Gjellestad, Å., Oksholm, T., Alvsvåg, H. & Bruvik, F. K. (2022). Trust-building interventions to home-dwelling persons with dementia who resist care. *Nursing Ethics*, 1-15.
<https://doi.org/10.1177/09697330211041745>

Stikholmen, T., Nåden, D. & Alvsvåg, H. (2022). Dignity at stake in educational relations - The significance of confirmation. *Nursing Ethics*, 29(7-8), 1600-1614.
<https://doi.org/10.1177/09697330221089083>

Rapporter

Anderssen, N., Alvsvåg, H., Gjengedal, E. & Muri, B.-K. (1999). *Prosjekt helsefag hovedfag: Helsefag hovedfag for tilsatt undervisningspersonale ved helsefaghøgskoler. Sluttrapport.* Det med. fak., Det psyk. fak., SEVU, Universitetet i Bergen.

Alvsvåg, H. (2002). *En rapport om kunnskapsstatus i helsefag.* Norsk Forskningsråd.

Alvsvåg, H. (2004). *Kunnskapsstatus for forskningsprogrammet KUPP. Kunnskapsutvikling i profesjonsutdanning og profesjonsutøving.* Norges forskningsråd.

Alvsvåg, H. & Førland, O. (2005). *Nyutdannede sykepleiere sitt syn på sykepleierutdanningen, i lys av erfaringer som yrkesaktive.* (FOU-rapport 1/2004). Diakonissehjemmets høgskole.

Alvsvåg, H., Molander, B., Söderhamn, O. & Mølsted, P. (2005). *Høgskolen i Sør-Trøndelag. Revidering av akkreditering av bachelorgradsstudium i sykepleie.* NOKUT.

Alvsvåg, H., Molander, B., Söderhamn, O. & Mølsted, P. (2005). *Høgskolen i Gjøvik. Revidering av akkreditering av bachelorgradsstudium i sykepleie.* NOKUT.

Alvsvåg, H., Molander, B., Söderhamn, O. & Mølsted, P. (2005). *Høgskolen i Hedmark, Elverum. Revidering av akkreditering av bachelorgradsstudium i sykepleie.* NOKUT.

Alvsvåg, H., Molander, B., Söderhamn, O. & Mølsted, P. (2005). *Høgskolen i Nord-Trøndelag, Namsos. Revidering av akkreditering av bachelorgradsstudium i sykepleie.* NOKUT.

Alvsvåg, H., Molander, B., Söderhamn, O. & Mølsted, P. (2005). *Høgskolen i Nord-Trøndelag, Levanger. Revidering av akkreditering av bachelorstudium i sykepleie.* NOKUT.

ISBN: 978-82-8456-028-1
ISSN: 2464-3777

