

# Bevegelig handlingskunnskap

En studie i sykepleiens praksis



## **Else Lykkeslet**

Stipendiat ved Avdeling for  
sykepleie- og helsefag, IKM,  
Det medisinske fakultet

Avhandling levert til forsvar for graden dr. polit.

Institutt for pedagogikk, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø



## Forord

Denne avhandlingen er på ulike måter et resultat av pendling. Jeg har pendlet geografisk mellom Molde og Tromsø, og jeg har pendlet mellom ulike faglige miljøer og mellom empiri og teori.

Arbeidet med avhandlingen startet opp og tok form mens jeg arbeidet som høgskolelektor ved Høgskolen i Molde. Høgskolen la forholdene til rette for arbeidet ved å gi utvidet FOU tid og ved å gi ressurser til utskrivning av intervjuer. Dette gav meg en god start. Jeg er takknemlig for at jeg fikk denne muligheten. Høgskolen, ved avdeling Helsefag, har gjennom hele prosessen gitt meg kontorplass og muligheter for bruk av nødvendige hjelpemidler. Å være en del av miljøet ved avdeling Helsefag har vært betydd svært mye. Kollegaene der har vist interesse, deltatt i diskusjoner og gitt gode og verdifulle innspill. En spesiell takk til Aud Orøy for ”Heidegger-turer” og andre turer som har medført gode faglige diskusjoner og mye frisk luft.

Sykepleierne i feltet gav meg muligheten til å skaffe til veie empirien som danner grunnlaget for denne avhandlingen. De slapp meg inn i sin arbeidshverdag og lot meg få del i sine tanker og refleksjoner. Jeg fikk fotfølge dem gjennom arbeidsdagen og også intervju dem etter endt dag. Denne avhandlingen kunne ikke blitt til uten deres hjelp. Jeg vil på denne måten få takke dere for at dere slapp meg inn. En takk også til avdelingsleder som la forholdene til rette på en positiv måte.

Fra høsten 1999 har mitt arbeidssted vært Avdeling for sykepleie og helsefag ved Universitetet i Tromsø. Å være stipendiat i dette miljøet har vært lærerrikt og inspirerende. Mine kollegaer her har alle på ulike måter bidratt til trivsel og faglig vekst. Jeg har fått legge frem deler av arbeidet og fått verdifulle kommentarer. En spesiell takk til Ingunn Elstad som på et tidlig stadium i arbeidet tok seg tid til å lese det empiriske materialet og kommentere det. Takk også til mine kollegaer som har gitt meg husrom og skapt trivsel for meg i mine ”tromsøperioder”. Arbeidet hadde kunne blitt veldig tungt uten deres oppmuntring og støtte. Her hører også med en takk til mine gode tromsøvenner gjennom mange år, Solveig Heimdal og Arnfinn Andersen.

Eli Furu har, som god venninne og faglig diskusjonspartner, fulgt meg gjennom hele prosessen. Med stor interesse har hun bidratt i de gode, men også i de vanskelige periodene av arbeidet. Våre skriveopphold i Maubuisson og Assisi gav løft og fremdrift i arbeidet. Eli som er stipendiat ved Arbeidslivsinstituttet i Stockholm, gav meg innpass i miljøet der. Slik kom jeg i kontakt med forsker Lotte Alsterdahl som i avslutningsfasen har lest mitt manuskript og gitt gode kommentarer.

Gode og viktige kommentarer har jeg også fått av filosof Harald Grimen ved Universitetet i Oslo. Han tok seg tid til å lese kapittel fire, fem og seks. På bakgrunn av hans kompetanse innenfor kunnskapsfilosofi var hans kommentarer viktige for meg i avslutningen av arbeidet. Jeg er glad han hadde tid og anledning.

Hva skulle man ha gjort uten veiledere? Jeg har vært heldig som har hatt to interesserte og faglig dyktige veiledere, professor Jens Ivar Nergård, Universitetet i Tromsø og førsteamanuensis Eva Gjengedal, Universitetet i Bergen. De har støttet meg gjennom hele prosessen og hatt tro på mitt forskningsarbeid. Gjennom faglige innspill har de ført meg videre. De har vært fleksible og møtt meg i Tromsø, i Oslo, på Leiknes og i Bergen. Takk for støtte, oppmuntring og god faglig veiledning.

Til sist vil jeg takke vennegjengen i Molde som har støttet, oppmuntret og hjulpet meg på mange ulike måter. En av dem, Per Arne Sylte, har også lest korrektur for meg, noe også min sønn, Kristian Lykkelset Strømskag, har bidratt med. Helga Østtveit har også på et tidlig stadium i arbeidet lest og gitt kommentarer. Takk alle tre.

De to personene som står meg nærmest og som har vist omsorg, omtanke og tillatt at jeg har vært opptatt og fraværende, er mine voksne barn; Ingrid og Kristian. De har oppmuntret meg til å fortsette med arbeidet, selv om det i perioder har betydd at jeg har vært mindre tilstede i deres liv. Takk for at dere hele tiden har vært med meg i denne prosessen.

Tromsø/Molde, januar 2003

Else Lykkeslet

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INNLEDNING</b>  | <b>1</b>  |
| Bakgrunn for prosjektet   | 4         |
| Perspektiv og fremgangsmåte   | 11        |
| Avhandlingens oppbygning  | 13        |
| <br>  |           |
| <b>2. FELTETS LANDSKAP</b>  | <b>16</b> |
| Et erfaringsbilde   | 16        |
| Direktørens bedrift   | 17        |
| Sykehusets kirurgiske avdeling  | 24        |
| Sykepleierenes landskap – et landskap i endring                                     | 27        |
| Livet i den kirurgiske sengeavdelingen  | 35        |
| Et stemningsbilde   | 38        |
| <br>  |           |
| <b>3. MIN VEI I FELTET</b>  | <b>40</b> |
| Feltsituasjoner   | 40        |
| Min relasjon til feltet   | 43        |
| Forskerroller   | 47        |
| Analysen  | 54        |
| <br>  |           |
| <b>4. PRAKSISKUNNSKAP OG TAUS KUNNSKAP SETT I RELASJON<br/>TIL SYKEPLEIEPRAKSIS</b> | <b>61</b> |
| Begrepene praksiskunnskap og taus kunnskap  | 62        |
| Begrepene praksiskunnskap og taus kunnskap sett i relasjon til sykepleie            | 70        |
| Bidrag fra sykepleieteoretikere   | 73        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>5. Å VÆRE SYKEPLEIER</b>                           | <b>81</b>  |
| Grunnleggende strukturer i den menneskelige væremåte  | 84         |
| Fire strukturer i det å være sykepleier               | 90         |
| <b>6. Å UTFØRE SYKEPLEIE – Å GJØRE SYKEPLEIE</b>      | <b>100</b> |
| Wittgensteins begrep, Språkspill                      | 103        |
| Sykepleiepraksis forstått gjennom begrepet språkspill | 108        |
| Noen identifiserte språkspill i sykepleiepraksis      | 113        |
| <b>7. OM PASIENTKJENNSKAP</b>                         | <b>121</b> |
| Å bli kjent med pasienter                             | 121        |
| Å velge å ikke bli mer kjent                          | 127        |
| Å kjenne pasienter                                    | 130        |
| <b>8. OM Å LEVE MED PASIENTER</b>                     | <b>133</b> |
| Å involvere seg i pasientenes liv                     | 133        |
| Å leve med i det vanlige formiddagslivet på sykehuset | 134        |
| Å bry seg her og nå                                   | 136        |
| Å bry seg med pasientens fremtidige liv               | 138        |
| Å leve med pasienter                                  | 140        |
| <b>9. OM Å SE PASIENTER</b>                           | <b>144</b> |
| Å ”saumfare” pasienten                                | 144        |
| Å se grenser i funksjonsnivå                          | 146        |
| Å se med ”konditorøyne”                               | 149        |
| Å se pasienter - sansning                             | 153        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>10. OM Å SENSE PASIENTER</b>                                 | <b>158</b> |
| Å være følsom for menneskelige uttrykk                          | 159        |
| Å sense når nok er nok  | 161        |
| ”Å liste frem” hvordan pasienten har det                        | 163        |
| Å vite hvordan pasienten har det - sensing                      | 165        |
| <br>  |            |
| <b>11. EN BEVEGELIG HANDLINGSKUNNSKAP</b>                       | <b>169</b> |
| Væredimensjonen   | 169        |
| Gjøredimensjonen  | 176        |
| <br>  |            |
| <b>12. DEN DAGLIGE KUNNSKAPENS VILKÅR I SYKEHUSETS LANDSKAP</b> | <b>186</b> |
| <br>  |            |
| <b>13. KUNNSKAP I SYKEPLEIE - AVSLUTNING</b>                    | <b>197</b> |
| <br>  |            |
| <b>LITTERATUR</b>   | <b>204</b> |

# 1. Innledning

Temaet for denne avhandlingen er praktisk kyndighet i sykepleie. Utdanningen av sykepleiere har i Norge de siste tiår stadig vært i endring som et resultat av nasjonale utdanningspolitiske reformer. Fra å være en fagskole som utdannet sykepleiere og som organisatorisk var plassert under Sosialdepartementet før 1980, er den i dag en høyskoleutdanning underlagt Lov om Universitet og Høyskoler og organisert under Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Disse reformene har medført en endring av utdanningen både med hensyn til kunnskapens innhold og omfang.

Den dimensjonen av sykepleiekunnskapen jeg ønsker å studere, kan knyttes opp mot begrepet praksiskunnskap. Tradisjonelt har man i sykepleie skilt mellom teoretiske kunnskaper og praksis. De har vært omtalt som “to sider av samme sak” og at det er viktig “å bygge bro” mellom dem. Imidlertid har man både innenfor skolene der sykepleiere utdannes og på de arenaer der sykepleie praktiseres også snakket om; teorien som “ikke stemmer ” i praksis og “gapet” mellom teori og praksis. Det er sykepleiere i det kliniske feltet som oftest snakker om teorien som ikke stemmer i praksis. De henviser da til skolens eller utdanningsinstitusjonens teoretiske pensum som gjennom endringer i utdanningen kan sies å ha blitt mer akademisk i betydningen mer generell og universell. Teori i denne betydningen kan være vanskelig å gripe for sykepleierne i praksis, det kan være vanskelig å se nytten eller meningen med den i det daglige arbeidet. For sykepleiere som arbeider i utdanningsinstitusjonene, er det denne type teori som opptar mer og mer av deres hverdag. De studerer ulike teoretiske perspektiver, teorier og modeller, og gapet til den praktiske virkeligheten kan synes stort. Den kunnskapsdimensjonen jeg ønsker å studere er knyttet tett opp til den praktiske sykepleievirksomheten. Det er i den praktiske virksomheten, sykepleien, jeg vil søke for å identifisere ”en daglig sykepleiekunnskap”, og ikke i utdanningenes pensumlitteratur.

Sykepleie som praktisk virksomhet utøves på ulike arenaer. Sykepleiere kan gå hjem til syke og gi dem hjelp og omsorg i hjemmet, de kan virke i sykehjem hvor pasienter eller klienter bor fordi de er i en livsfase hvor de er avhengig av daglig hjelp og omsorg, eller de kan arbeide innenfor sykehusvesenet hvor de yter hjelp og pleie til pasienter som får medisinsk behandling for sykdommer eller skader. Innenfor alle disse virkefelt er det ulike



sykepleiesituasjoner som sykepleieren handler i. Eksempel på ulike praktiske sykepleiesituasjoner kan være; den daglige pleie, måltider og gjenopptrening av pasienter. Jeg vil her konkretisere hva som inngår i den daglige pleien av pasienter, eller stellet som sykepleierne sier, og la denne stå som et eksempel.

I teori om sykepleie kan stellet bli omtalt som det tiltak man som sykepleier utfører for at en pasient skal få kvitte seg med kroppens avfallsstoffer. Stellet kan sees som et tidkrevende tyngdepunkt i arbeidsdagen, og det "tar sin tid." Sykepleierne snakker om stellet som noe uforutsigbart i forhold til hva som skal skje og hvor lang tid det tar. Dette til tross for at stellet innbefatter ganske konkrete aktiviteter. I stellet inngår at pasienten får den hjelp han trenger til vask av kroppen sin, skifting av tøy på seg selv og på sengen. Hvor mye hjelp pasienten trenger i stellet vil kunne variere fra dag til dag ut fra pasientens tilstand. Dette må sykepleieren kunne vurdere i den aktuelle situasjonen. Hudpleie vil også inngå i et stell. Sykepleieren observerer pasientens hud og forebygger og eventuelt behandler sår og utslett. Hun samhandler også med den personen pasienten er, lytter til eventuelle ønsker og "lever med" i pasientens lidelser. I et stell trer sykepleieren inn i pasientens private kroppslige sfære. Pasienten på sin side åpner opp for dette for å få hjelp til vask og pleie. For å tilrettelegge et stell kreves det at sykepleieren har kjennskap til og kan samhandle med den enkelte pasient.

Sykepleiere bruker ofte betegnelsen "livet i avdelingen" om den livsformen som de i sin praksis er en del av. I forhold til nye medarbeidere snakker man således om hvorvidt de nye er blitt en del av livet i avdelingen. Med dette menes om de har fått oversikt over de ulike situasjoner og handlinger som hører med til livet i akkurat den avdelingen. Dette vil være situasjoner som går igjen fra dag til dag og slik er daglige situasjoner. Det kan også være situasjoner som dukker opp nå og da, men som i løpet av en viss tidsperiode tilkjenner seg at de er en del av dette livet. Selvfølgelig hører også en del uforutsette situasjoner med i dette bildet, situasjoner som ikke er forventet. Det vil derfor også ligge et "vær beredt" på det uventede i denne livsformen.

Sykepleiepraksis er en møteplass for mange kulturer. Her møtes sykepleier og pasient med hver sin kultur. Noen av aktivitetene i denne livsformen er sammenfallende med dagliglivets aktiviteter, (eks måltidet) og språket har mye til felles med dagliglivets språk. Andre aktiviteter ligger utenfor det som vanligvis omfattes av det vanlige hverdagslivet. Eksempler

her kan være medisingiving i form av sprøytesetting eller stell av sår. Dette betinger et medisinfaglig språk, og ordene hentes fra dette fagspråket. I andre situasjoner er pasienters emosjoner og/eller sosiale behov i fokus, og ord og uttrykk fra fagfelt som psykologi og sosiologi blir en del av det sykepleiefaglige språket. Sykepleielivets språk vil være et konglomerat av ord fra ulike faglige verdener vevd inn i et vanlig hverdagsspråk. Ulike ord og uttrykk brukes for å fange inn det livet som sykepleiere og pasienter deler, for eksempel i en sykehusavdeling.

Livet i sykepleiepraksis er uforutsigbart, åpent og innfallsrikt og slik vil også språket bli. Det forutsetter at det er rikt på nyanser, og at det er følsomt for kroppsuttrykk og sansning. Her tenker jeg på sansning via syn, hørsel, lukt, smak og berøring. Skal man forsøke å forstå pasienters forskjellige situasjoner gjennom lidelse og sykdom, gir språket en mulighet man prøver seg frem med. Både sykepleier og pasient prøver seg frem for gjennom språket å finne en felles forståelse av situasjonen man befinner seg i. Sykepleiere vil i tillegg bruke språk fra ulike faglige verdener for å ”fange inn”, forstå eller forklare fenomen som de møter og har grep om i sin praksishverdag. Språket kan slik aldri løsrives fra situasjonene eller livet, men blir en del av helheten flettet inn i aktiviteter og handlinger.

Studiets form vil slik bli å identifisere typiske gjøremål og situasjoner i en sykehusavdeling som stell, måltid og eventuelt gjenopptreningen. Jeg vil prøve å identifisere og beskrive *situasjonen* som gir disse gjøremål deres begrepsmessige innhold og sykepleiefaglige identitet. Situasjonen kan også sees som det *landskap* som må til for å gi handlingen sitt innhold og sin identitet. Handlingen vil være utgangspunktet for analysen. Analysestrategien vil gå ut på å finne frem til hvordan det landskap ser ut som gir handlingen identitet. Filosofen Meløe snakker om *det tautologe landskap* som er det landskap vi må se for å forstå en operasjon eller en handlings identitet.

”Det landskap som skal til for å gi operasjonen dens identitet og dens legemlige skikkelse, kan vi kalle operasjonens tautologe landskap.” (Meløe 1973, s. 137)

Han eksemplifiserer med en som hugger ved. I eksemplet viser han hva som eventuelt kan skjæres bort og hva som ikke kan skjæres bort i beskrivelsen, for at handlingen ikke skal miste sin identitet som vedhogging. Han får slik frem hva som er nødvendige betingelser for å

forstå vedhogst som vedhogst. Hans poeng er å kunne beskrive det landskap en vedhugger artikulere sine operasjoner i. Meløe snakker om operasjonens legemlige artikkelasjon. Kutter man ut landskapet, står det bare mekaniske bevegelsene tilbake som ikke kan gi handlinger identitet. Til enhver operasjon i verden svarer det et veldefinert snitt av verden. En persons nødvendige kunnskap om det han selv gjør, vil nødvendigvis implisere kunnskap om det snitt av verden som gir operasjonen dens identitet.

For meg blir det viktig å identifisere og beskrive det tautologe landskap for sykepleiehandlinger i ulike praksissituasjoner. En identifisering og beskrivelse av dette landskapet vil kunne gi språk til den praksiskunnskapen sykepleiere har – eller til dimensjoner av denne. Som andre praktikere har sykepleierne i praksis grep eller begrep om det de gjør.

”-- de ser det de trenger å se for å gjøre det de gjør, de kan det de trenger å kunne for å gjøre det de gjør, de vet det de trenger å vite for å gjøre det de gjør etc. (Meløe 1973, s.140).

Meløe konkluderer med at en aktør, i hans eksempel en skomaker, vet hva han gjør når han gjør det. Slik også for sykepleierne, de har begrep og grep om den praksisvirkeligheten de opererer i. Ikke alltid kan det de begriper, kan og vet, fullstendig uttrykkes verbalt, men handlinger og gjøremål viser det frem. Språket vil være innvevd i handlingene, men også innvevd i personene og relasjonen mellom personene. Det vil slik sett være situasjonsavhengig, kroppslig og relasjonelt.

Mitt utgangspunkt er at kunnskapen sykepleierne bruker for eksempel for å planlegge og gjennomføre et stell til en pasient i en spesiell situasjon, vil ligge innbakt i de handlinger og gjøremål som utføres. Det er denne kunnskapen jeg vil prøve å studere i dette prosjektet.

## **Bakgrunn for prosjektet**

Min bakgrunn og begrunnelse for å gå inn i dette feltet er først og fremst min egen erfaring som lærer i sykepleierutdanningen gjennom de siste tyve årene. I min praksis som underviser

har jeg deltatt i flere omlegginger av utdanningen på bakgrunn av nye reformer <sup>1</sup>. Disse omleggingene har grovt sett resultert i en endring av det kvantitative størrelsesforholdet mellom teori og praksis i utdanningen, men også ført til endringer av innholdet i teorien. Praksisfeltet har også gjennomgått endringer på bakgrunn av helsepolitiske reformer. Ett spørsmål for meg i denne sammenheng er om konsekvensene av disse reformene har endret vårt syn på sykepleiekunnskap?

Jeg vil kort kommentere utviklingen som har skjedd innenfor sykepleiefeltet de siste tiårene, og som i ulike sammenhenger omtales som en akademisering eller vitenskapeliggjøring av sykepleien (Værness 2000, Slagstad 2000). Vi har i dag et fag som har utviklet seg fra en ”opplæring på jobb” eller en opplæring via et mester – lærlingsystem, til en opplæring innenfor høgskolesystemet. I forlengelsen av dette ble det opprettet fagstudier i sykepleievitenskap ved tre av landets universiteter.

I første omgang er det naturlig å se dette i sammenheng med den generelle utdanningspolitiske tendens i Norge de siste tiår. Det har fra midten av 70-tallet vært en utdanningspolitisk målsetning å skulle plassere forskjellige utdanninger innenfor en felles struktur eller ramme. Stortingsmelding nr.66 (1972-73) som bygger på Ottosen- komiteens innstilling, konkluderte med at sykepleieskolene burde plasseres i egne faghøgskoler. Imidlertid ble det sagt at dette ville bli et for stort økonomisk løft, og man foreslo derfor å etablere deler av den på høgskolenivå.

Det skulle imidlertid ta flere år før denne debatten ble avgjort. I 1977 ble en ny stortingsmelding lagt frem, Stortingsmelding nr.13. Denne fulgte opp Ottosenkomiteens innstilling når det gjaldt plassering av sykepleieutdanningen og konkluderte med at det første utdanningsåret skulle ligge i den videregående skole. I denne meldingen lå det også forslag om en felles basisutdanning for sykepleiere og hjelpepleiere. Norsk Sykepleierforbund (NSF), sykepleiernes eget fagforbund, hadde helt klare synspunkter i denne saken. Sykepleierutdanningen skulle etter deres mening i sin helhet ligge på høgskolenivå, ”Treårig

---

<sup>1</sup> Vilkår for offentlig godkjenning av læreanstalter til utdanning i alminnelig sykepleie, Sos.dept. 1975. Forskrifter for offentlig godkjenning av sykepleieskoler, KVD 1980. Vilkår for offentlig godkjenning som sykepleier i alminnelig sykepleie, Sos.dept.1982. Rammeplan for 3-årig grunnutdanning i sykepleie, KVD 1987. Praksisstudier i sykepleierutdanningen, KVD 1989. Revisjon av rammeplan for 3-årig sykepleierutdanning, KUF 1992.

enhetlig utdanning på høgskolenivå” ble parolen fra NSF. Dette synet mener jeg må sees på bakgrunn av at fagforbundet helt fra det ble stiftet i 1912, hadde kjempet for utdanning av sykepleiere. Det var en kamp mot leger og prester for at sykepleiere selv skulle være ledere og slik kunne definere utdanningens mål og innhold. Det var også en kamp for en nasjonal standard på utdanningen. Denne kom i 1948 i form av Lov om utdannelse og offentlig godkjenning av sykepleiere, som slo fast at sykepleierutdanningen skulle være treårig.<sup>2</sup>

Idealet for utdanning av sykepleiere var for NSF det amerikanske systemet der sykepleierutdanningen enten var plassert i college eller på universitet. Flere av de som var lærere i sykepleierutdanningene og ledere av sykepleietjenesten i ulike institusjoner, hadde videre- og etterutdanning fra USA, og var fortrolig med utdanningssystemet der. Fra lederhold kunne det derfor bli hevdet at vi i Norge ikke var kommet "langt nok".

En oppfatning var at faget ville få bedre utviklingsmuligheter på høgskoler og universiteter. Mange ”slang seg med” på disse synspunktene uten kanskje å ha noen formening om hva de egentlig innebar. Fra egen erfaring som elev, husker jeg vi var ivrig med i kampen og kjempet for at sykepleieskolene skulle bli høgskoler. Det var enkelt å kjempe for dette fordi både elever, skole og fagforbund var helt enig i spørsmålet. Det var dem som i denne tiden stilte spørsmål ved om dette var den rette veien å gå, men de ble som oftest overhørt i bølgen av kampvilje og entusiasme .

I denne kampen lå det en tro på at det å nå lenger i denne sammenheng sammen med det å bli en høgskole, innebar å øke mengden teori i utdanningen. Fra egen erfaring mener jeg det ble stilt få spørsmål ved hva teorien skulle tjene til, og hvorfor denne var viktig i utdanningen av sykepleiere. Dette skjedde i en utdanning som tidligere hadde stått for utsagn som: "det var som praktisk arbeidende pleiere de skulle lære faget" (Mathisen 1993), og hvor det var poengtert at de verdier faget rommet bare kunne oppleves gjennom praktisk erfaring. I ettertid kan man fabulere over hvilke synspunkt som eventuelt kunne ligge til grunn for dette. Det kan se ut som “det skrevne ord” har hatt høyere status enn praksis i samfunnet vårt. Det var også synlig i samfunnet at praktiske yrker lønnsmessig var tapere i lønnskampen i forhold til yrker basert på mer teoretisk utdanning.

---

<sup>2</sup> Lov av 10.des. 1948

Det å kjempe for å få mer teori i betydningen flere teoretiske fag inn i utdanningen ble ofte sett i sammenheng med å få status som høgskole. Det fantes en oppfatning om at høgskoler krevde mer teori enn det sykepleierutdanningen på det tidspunkt hadde. Det å være student var også forbundet med en annen status enn elevbetegnelsen. Det var derfor med stolthet man byttet ut elevbetegnelsen og kalte seg student. I 1977 ble det vedtatt at sykepleierutdanningen skulle plasseres i egne høgskoler med et enhetlig treårig program. For å plassere skolene, som lå under Sosialdepartementets administrasjon, inn i den utdanningspolitiske rammen, ble det bestemt at de skulle overflyttes til Kultur og vitenskapsdepartementet. Dette skjedde i 1981.

Forut for dette ble det i skolene diskutert hvordan vi kunne tilpasse oss det nye høgskolesystemet. Det fantes ikke mye litteratur om hva det innebar å være høgskole, og da heller ikke om hva det ville innebære å være en sykepleiehøgskole. Det å studere blir som oftest forbundet med å delta på forelesninger og sitte på lesesal fordypet i bøker som "inneholder faget". Spørsmål som kunne være aktuelle her, var ; innholdet i faget sykepleie var det å finne i bøker ? Et annet spørsmål som var aktuelt å stille ; hvordan kunne man studere sykepleie i en sykehusavdeling eller et sykehjem ?

Når det gjaldt vektning av sykepleierutdanningen i forhold til annen høgskoleutdanning var imidlertid signalene klare. Sykepleierutdanningen kunne på grunn av den store andelen av praksis, ikke få samme vektallsuttelling i akademisk sammenheng som andre treårige høgskoleutdanninger. Kanskje spilte også dette en rolle i kampen for stadig mer teori i utdanningen.

Parallellt med kampen om å bli høgskole foregikk det også en kamp ledet av NSF. Det var flere forhold som gikk inn i dette. Det viktigste var at yrket skulle stå frem som en selvstendig profesjon. Viktig var det også å bryte med den medisinske tankemodell og erstatte denne med modeller der sykepleiefaglige perspektiv ble ivaretatt. NSF satte ned et utvalg for å lage en skisse for utvikling av en prinsipiell plan for høgskoleutdanning av sykepleiere (Fagermoen 1993). Denne skissen ble kalt "risset" og var bygd opp omkring fire kjernebegrep: menneske, miljø, sykepleie og helse. Fagermoen sier om dette risset:

"Denne skissen ble det første brudd med den medisinske tankemodell i oppbygningen av en studieplan for sykepleierutdanning i Norge" (Fagermoen 1993,s.17).

Det å bryte med den medisinske tankemodell var et forsøk på å markere seg som selvstendig yrke i forhold til legene. For å klargjøre ståsted ble det brukt sosiologiske analyser hvor sykepleie ble fremstilt som en todelt funksjon. Her ble brukt begreper som den instrumentelle og den ekspressive funksjon, og morserstatningsrolle og teknikerrolle (Schulman, 1958). Det var viktig å være bevisst på at vi som yrkesgruppe skulle ivareta begge disse funksjonene, men at den ekspressive, eller morserstatningsrollen var en "særegen" funksjon. For å befeste dette ståstedet ble det også sett på som nødvendig å få mer kunnskap fra psykologi og sosiologi inn i skoleplanen. Vi skulle ikke lenger være legenes assistenter, men en egen profesjon med en todelt funksjon.

”Bruddet” med den "medisinske tankemodell" kan sies å ha vært et teoretisk brudd. Det var først og fremst lærere i skolene og de som sto sentralt for fagutvikling i NSF, som sto for dette bruddet. Det er mulig det korresponderte dårlig med den forståelsen de praktisk utøvende sykepleierne hadde av sin virksomhet. De sto fortsatt i et konkret forhold til enkeltpasienter, som var opptatt av sin sykdom og den medisinske behandling de fikk.

I ettertid ser det ut som det ble for lite drøftet hva slags teori som skulle økes, og hvilken rolle teorien skulle spille i sykepleierutdanningen. En tanke om at teori var viktig for å utvikle faget var grunnleggende. Kanskje forestilte man seg at teorien skulle klargjøre noe i faget, evt. noe som ikke var klargjort før. Det er ihvertfall nærliggende å tenke seg at noe skulle bli forbedret ved innslaget av mer teori.

På denne tiden ble de første utdanningene for sykepleiere på universitetsnivå opprettet.

(Tromsø 1977 og Bergen 1978)

Fagermoen sier om disse årene:

"1980-årene ble innledet med optimisme og har stått i forandringens tegn. I sykepleierhøgskolene fortsatte det endringsarbeidet som hadde pågått noen år: å utforme en klar fagprofil på utdanningen" (Fagermoen 1993, s.18).

Dette arbeidet bar nå preg av at faget var ”på universitetsnivå” Et krav fra universitetskulturen var en synliggjøring av faget. Måten å synliggjøre noe på, var forbundet med å skulle sette ord på, definere klart og slik formulere faget i teoretiske termer, på en vitenskapelig måte. Det

språklig artikulert oppfattes slik som et nødvendig trekk ved all vitenskap. Tradisjonelle vitenskapelige kriterier omfatter i følge sykepleieteoretikeren Kirkevold blant annet:

- teorien må ha en bestemt struktur, her menes blant annet klart definerte begreper.
- teorien må være utviklet ved hjelp av visse forskningsmetoder
- teorien må ha et visst innhold, det skal være verdinøytrale fakta
- teorien må være verifiserbar, altså bekreftes ut fra en objektiv og generell målestokk (Kirkevold 1993, s. 40)

Dette kan stå som eksempel på forståelsen av vitenskapelig teori slik sykepleiemiljøet oppfattet det i møtet med høyskole- og universitetskulturen. I ettertid kan man stille spørsmål ved om denne forskningskulturens teoriforståelse er applikerbar på sykepleiefagets egenart. Sykepleiefagets egenart vil alltid være praksisnært og ha utgangspunkt i det enkelte møte mellom sykepleier og pasient, hvor målet er individuell, konkret og helhetlig pleie, og hvor situasjonene er stadig skiftende og komplekse. Den kyndighet som er nødvendige for å handle riktig overfor en pasient i en konkret situasjon, er av et annet slag enn generell vitenskapelig og objektiv teori.

Den norske sykepleieren og filosofen Kari Martinsen formulerte tidlig på 70-tallet en prinsipiell og teoretisk fundert kritikk mot en vitenskapelig kunnskapsforståelsen. Hun fikk etterhvert følge av flere og ble slik stående som eksponent for en motkultur.

Martinsen avla magistergrad i filosofi i 1975. Denne kan sees som en sterk argumentasjon mot og kritikk av en vitenskapeliggjøring av sykepleie (Martinsen 1975, Kirkevold 2000). Hennes poeng her var at en vitenskapelig utvikling ville være en trussel mot fagets kjerne, omsorgen. Hovedinnvendingene var at denne kunnskapen ikke fanger opp det som er sentrale verdier i sykepleien, f.eks.omsorg, empati og det mellommenneskelige forholdet mellom pasient og sykepleier (Martinsen 1985, Lundt, Søder og Wærness 1988).

Det har også senere vært pekt på hvordan det kristne og humanistiske menneskesyn, som har vært rådende innenfor sykepleie, vanskelig lar seg forene med et vitenskapssyn der mennesker blir betraktet som forskningsobjekter (Martinsen 1981, Alvsvåg 1985, Hamran 1987, Benner 1987). Dette fordi et slikt vitenskapssyn synes å utelukke mennesket som et aktivt handlende



individ med moralske, sosiale og historiske dimensjoner så vel som biologiske (Kirkevold 1992).

Martinsens posisjon i den kunnskapsteoretiske diskusjon har vært et standpunkt for kunnskaper som gir praktikerne redskaper til å reflektere i praksis og slik kan bidra til kritisk praksis og reflekterte utøvere. Hun argumenterer for at omsorgsarbeidet ikke kan vitenskapeliggjøres i en positivistisk forstand. Utviklingen av teoretisk kunnskap må ta utgangspunkt i praksis (Martinsen/Værnes 1979).

I dag er det etablert helsefag hovedfag ved de fire universitetene i Norge. Tre av dem har i en mellomperiode hatt hovedfag i sykepleievitenskap (Oslo, Bergen, Tromsø). Hovedfag helsefag kan sees som en overbygning over fysioterapi, ergoterapi, vernepleie, sykepleie m.m. Fusjonen mellom ulike profesjonsskoler og distriktshøgskolene har forsterket akademiseringen i hele høgskolesystemet. Selv om distriktshøgskolene ikke var tenkt som universitetsfilialer, ble mange av dem likevel som miniuniversitet gjennom å kopiere universitetenes utdannings- og forskerpraksis (Slagstad 2000). Dette idealet ble også styrende for profesjonutdanningene etter sammenslåingen.

Sykepleiefaget som en del av helsefagene, står nå foran en ny reform. Med bakgrunn i NOU 2000:14 (Mjøsutvalget), la regjeringen den 9.mars 2001 frem stortingsmeldingen; *“Gjør din plikt – krev din rett – kvalitetsreform av høyere utdanning”*.<sup>3</sup> Denne innebærer blant annet innføring av ny gradsstruktur og nytt eksamens- og evalueringssystem. De forholdsvis nye hovedfagene i helsefag skal erstattes av mastergrader. Hvordan det fremtidige kartet for helsefagene vil se ut er ennå for tidlig å si. Imidlertid er det åpnet for at både høgskoler og universiteter kan etablere mastergrader. Universitetene vil da kunne tilby mastergrader og doktorgrader. Høgskolene vil som nå tilby grunnutdanninger i ulike helsefag, samt videre og etterutdanninger. I tillegg vil det nå også åpnes for etablering av mastergrader. Det foreligger også forslag om to typer mastergrader, en akademisk og en klinisk rettet grad.

Det har ligget en vitenskapelig legitimeringsstrategi bak det å løfte yrkesutdanningene inn i et vitenskapelig profesjonalisert høgskolesystem, først lærerne i 1973, dernest sosialarbeiderne i

---

<sup>3</sup> Stortingsmelding 27, 2001.

1978 og sykepleierne i 1982, sier Slagstad (2000) i en kommentar til debatten omkring den nye universitets og høyskolereformen. Han kommenterer at kunnskapsstaten stiller større krav til profesjonenes yrkesutøvelse med krav om visse akademiske ferdigheter og verdier. En slik profesjonell basiskunnskap skal i dag blant annet inneholde en vitenskapsteoretisk og yrkesetisk selvrefleksjon.

Min posisjon i en kunnskapsteoretisk diskusjon i sykepleie er en frykt for at den daglige kunnskapen i sykepleiepraksis, som inneholder sykepleieres opplevde erfaringer fra sin praksis og som er situasjonsbunden og kontekstuell, skal bli borte i det totale bilde av sykepleiekunnskap. Jeg ser en fare i at beskrivelser av det daglige i sykepleien kan bli usynlig i et vitenskapelig språk. Det jeg her kaller *det daglige* i sykepleiekunnskapen er en del av den totale kunnskapen som sykepleie som praksis bygger på. I det totale bilde har generell vitenskapelig kunnskap i tradisjonell forstand en viktig plass, og kunnskapsproduksjon i form av forskning innenfor denne tradisjonen har sin plass her. Denne avhandlingen kan sees som et bidrag til en beskrivelse av en daglig, kontekstuell og situasjonsbunden sykepleiekunnskap, og som kanskje faller utenfor det som kan benevnes som kunnskap i tradisjonell vestlig forståelse (Molander 1993).

Utgangspunktet mitt har vært følgende tre hovedproblemstillinger :

- 1. Kan praksiskunnskaper som innbefatter fortrolighet og ferdighet i sykepleier – pasientsituasjoner, etterspores i praksis?**
- 2. Er det slik at denne kunnskapen er usynlig eller taus for utenforstående og synlig og forståelig for de som er deltakere i praksis.**
- 3. Er det mulig å begrepsfeste denne kunnskapen i ord eller symboler som er gjenkjennbare og anvendelige for de som er i situasjonen.**

## **Perspektiv og fremgangsmåte**

Mitt utgangspunkt er som sagt at kunnskapen sykepleiere bruker for å gi hjelp og pleie til pasienter i ulike situasjoner vil ligge innbakt i de handlinger og gjøremål som utføres. En

identifisering og beskrivelse av slike ulike situasjoner eller landskap hvor denne virksomheten foregår, blir slik en forutsetning for å kunne vise frem aspekter ved denne kunnskapen. Meløe understreker et viktig poeng i det å forstå virksomheter:

“Den vitenskapsteoretiske moralen er, at skal vi skaffe oss et godt grep om folks forskjellige begreper om verden, om den verden de selv er virksomme i, så skal vi skaffe oss erfaringer fra de virksomhetene deres begreper stammer fra og har sitt feste i. Og skaffer vi oss ikke et godt grep om folks forskjellige begreper om verden, får vi heller ikke et godt grep på deres forståelse av sin tilværelse” (Meløe 1995, s.9.)

I sitatet ovenfor understrekes det at skal forskeren opparbeide seg forståelse for begreper folk har om sin verden, må han skaffe seg erfaringer med de virksomheter begrepene sitter fast i. Hensikten med mitt prosjekt er å kunne identifisere og begrepsfeste sykepleiernes praksiskunnskaper. Begrepene om disse kunnskapene vil henge fast i sykepleiehandlinger og situasjoner. Det er situasjonene og handlingene som kan gi en forståelse av disse kunnskapene. Det ble derfor viktig for meg som forsker å delta i slike situasjoner.

Dette førte meg ut i et sykehusfelt hvor jeg fulgte sykepleiere i deres daglige arbeid. Det var deres praktiske eller daglige kunnskaper jeg ville identifisere og studere. Det var dette feltet som gav meg den empirien som avhandlingen er bygd opp omkring.

Mye av teorien jeg har fordypet meg i er fra filosofiens fagområde. Det kan virke underlig at jeg i studier av en konkret sykehusverden vender meg mot filosofi for å få innsikt i en konkret praksis. Imidlertid er det i slik litteratur jeg har funnet de redskaper som for meg har vært nyttige i denne prosessen. De filosofer som hovedsakelig har vært bidragsyttere gjennom å gi meg inspirasjon og perspektiver er Ludvig Wittgenstein og Martin Heidegger. Avhandlingen kan kanskje slik plasseres i en praktisk filosofisk tradisjon. Jeg inspireres av filosofisk teori både på ontologisk og epistemologisk nivå i min konkrete søken etter innsikt i sykepleieres daglige kunnskaper. Oppgavens oppbygning blir derfor noe annerledes enn om den var en ren empirisk studie.

## **Avhandlingens oppbygning**

Avhandlingen består av tretten kapitler. **Kapittel to** er viet en presentasjon av det feltet jeg har gått inn i for å studere sykepleieres daglige kunnskaper. Feltet er en sengeavdeling på et

middels stort sykehus. Jeg gir en beskrivelse av dette sykehuset ut fra egen opplevelse og erfaring. I kapittelet tar jeg også inn synspunkter og meninger om sykehuset fra ulike aktører som arbeider i sykehuset, beskrevet ut fra samtaler jeg har hatt. Slik blir direktørens bedrift presentert og sykehusets kirurgiske avdeling, hvor lederne er henholdsvis avdelingsoverlegen og oversykepleieren. Sykepleiernes landskap i dette sykehuset er også beskrevet, dette er et landskap i endring. Ulike utdanningsreformer har fra sekstitallet og frem til i dag medført endringer i sykepleiernes utdanningsbakgrunn, og sykepleierne i min studie har derfor mange ulikheter i sine utdanninger. Til slutt i dette kapittelet har jeg skrevet om den aktuelle avdelingen som er utgangspunkt for denne studien. Jeg beskriver hvordan den er oppbygd og skriver litt om det daglige livet i avdelingen.

Det **tredje kapittelet** inneholder metodiske overveielser og en beskrivelse av den veien jeg har gått for å søke informasjon og viten om sykepleiernes daglige kunnskaper i denne avdelingen. Jeg skriver om forberedelser jeg gjorde før jeg gikk ut. I dette ligger mine relasjoner til avdelingen og de som deltok i studien, og de perspektiver jeg mener å ha som forsker. Videre gir jeg en beskrivelse av selve arbeidet jeg gjorde, når og hvor lenge jeg var i avdelingen, min egen rolle som forsker og også de situasjonene jeg var delaktig i, som jeg her beskriver som det tautologe landskap. Veien i analysearbeidet beskrives også og de hovedemnene jeg gjennom dette arbeidet ble værende ved presenteres.

**Fjerde kapittelet** kan sies å være en gjennomgang og en kommentar til debatten som i de senere år har vært aktuell omkring begrepene praksiskunnskap, den praktiske kunnskapstradisjonen, yrkeskunnskap og kunnskapens taushet. Jeg forsøker her å knytte elementer fra denne debatten til virksomheten sykepleie og til den daglige sykepleiekunnskapen. Dette var den teorien jeg hadde fordypet meg i og reflektert rundt før jeg gikk ut i det empiriske feltet og vil slik inneholde min for forståelse på kunnskapsbegrepet i en sykepleiesammenheng.

**Kapittel fem** handler om å være sykepleier. Her henter jeg frem inspirasjonen fra filosofen Heidegger som er opptatt av hva det vil si å være menneske. Han interesserer seg for de felles strukturene som strukturerer den menneskelige væremåten. De av Heideggers strukturer jeg fokuserer på er; *medtilværelse*, *befindlighet*, *forståelse* og *forfall*. Jeg prøver med utgangspunkt i disse å se på hva det vil si å være sykepleier i en sykepleieverden. Ut fra dette

perspektivet mener jeg å finne en værekunnskap i det empiriske materialet. En slik værekunnskap gir meg inspirasjon til å se mine emneområder som grunnleggende strukturer i det å være sykepleier.

**Kapittel seks** handler om å utføre eller *gjøre* sykepleie. De teoretiske perspektivene hentes fra filosofen Wittgenstein. Hans tenkning om sammenhengen mellom språk og virksomhet har inspirert meg til å se på den daglige sykepleiekunnskapen ut fra et bevegelig handlingsperspektiv. Hans tenkning gir meg inspirasjon til å tenke at sykepleieres handlinger kan vise frem deres tenkning og tro og slik igjen vise frem kunnskapsdimensjoner som hører til i yrkesutøvelsen. Sykepleievirksomheten sees her som livsformen sykepleie, og det er bevegeligheten og variasjonene i denne livsformen som blir tydeliggjort gjennom Wittgensteins begrep språkspill.

I **kapittel syv** presenteres empiri fra det første av de fire hovedområdene. Dette området omfatter *pasientkjennskap*. Empirien presenteres her i skisser som er en sammenskrivning av mine feltnotater skrevet ut fra en dag i avdelingen og intervjuet med sykepleieren om hennes tanker og vurderinger av dagen. Skissene viser frem varierte måter for å bli kjent med pasienter og inneholder slik kunnskap om det å kjenne pasienter. I materialet finnes også skisser der sykepleiere velger å ikke bli mer kjent med pasienter.

**Kapittel åtte** viser frem emneområdet *å leve med pasienter*. Innenfor dette området finnes skisser som sier noe om å bry seg om pasienter og å involvere seg med pasienter. I de ulike skissene snakker sykepleierne om å ville trøste pasienter, stelle godt med og være god mot. Sykepleierne lever med pasientene den stunden de er innlagt i sykehuset, i den vanlige sykehushverdagen, men de tenker også fremover og bryr seg om hvordan pasienter kan få det i fremtiden.

Det **niende kapittelet** inneholder området *å se pasienter*. Denne overskriften rommer å ta inn pasienten på en sanselig måte. Det er ikke bare øynene som brukes for å se pasienter. Sykepleierne tar i bruk hele sanseapparatet, men deres eget begrep om dette er *å se*. Skissene viser frem hvordan de *saumfarer* pasientene, de viser frem *det trenede blikk*, og de viser hvordan de ser *i bilder* og får øye på ulike fenomener.

**Kapittel ti** omhandler det siste av de fire områdene hentet ut fra det empiriske materialet. Her er overskriften *å sense pasienter*. Når sykepleierne senser er de følsom og var for å finne ut hvordan pasienten har det i sin sykdom og lidelse. De er interessert i å finne ut hva pasienten selv tenker og mener om sin situasjon eller tilstand. Skissene her viser frem en skrittvis og nesten metodisk måte å gå frem på. De senser når det ikke er passende eller mulig å stille direkte spørsmål og/eller få direkte svar.

Innholdet i **kapittel elleve** omhandler en bevegelig handlingskunnskap. På bakgrunn av empirien og inspirasjon fra teori, prøver jeg her å gi et innhold til begrepet en bevegelig handlingskunnskap, ut fra perspektiver om en *værekunnskap* og en *gjørekunnskap*. Disse perspektivene vil i en bevegelig handlingskunnskap være samtidige og være tilstede i ulike praktiske situasjoner.

I **kapittel tolv** ser jeg på den bevegelige handlingskunnskapens muligheter i dagens sykehusorganisasjon. Sykehusenes organisering har de siste tyve år stadig vært underlagt endringer, og systemets kompleksitet har økt. Det som har vært sammenhengsforståelser for sykepleiervirksomheten har i takt med dette endret seg og blitt influert av nye kunnskapsparadigmer. Jeg setter her frem fire ulike paradigmer som jeg mener eksisterer i dagens helseforetak, og sier og noe om deres makt og status.

**Kapittel tretten** er avslutningskapittelet i avhandlingen. Her prøver jeg å se tilbake på arbeidet og de tanker jeg hadde i starten av dette prosjektet. Jeg trekker frem igjen de spørsmål jeg stilte meg innledningsvis og også underveis, og ser hvilke svar arbeidet med avhandlingen har gitt meg.

## 2. Feltets landskap

Jeg vil her gi en beskrivelse av feltet jeg har valgt å gå inn i for å finne ut noe om sykepleiernes praksiskunnskaper. Jeg velger å gi en fyldig beskrivelse av feltet, som et forsøk på å gi en ”tykk” beskrivelse av konteksten for sykepleievirksomheten. (Geertz, 1991, 1993). En slik beskrivelse mener jeg vil kunne synliggjøre noen av de strukturene som sykepleierne arbeider innenfor og som slik virker inn på, og gir muligheter og begrensninger for, deres daglige praksiskunnskaper. En tykk beskrivelse vil og kunne være med å synliggjøre en tolkningsramme eller konstruere en kontekst for den mening jeg senere ser empirien i lys av (Geertz, 1993).

I dette prosjektet har jeg beveget meg inn i et middels stort sykehus og derfra videre inn i en av sykehusets sengeavdelinger. Jeg vil nå gi et bilde av dette huset og også forsøke å fokusere på de aktørene som finnes der. Ved å fokusere på ulike strukturer som personellgrupper, avdelinger og sykepleiernes utdanningsbakgrunn, ønsker jeg å gi et bilde av det systemet sykehuset er, det systemet som i mitt prosjekt huser virksomheten sykepleie. Jeg viser her tilbake til filosofen Meløe (1973) og hans utsagn om at *skal man forstå menneskers grep om sin virksomhet, må man forstå den verden de opererer i*. Dette kapittelet vil romme en beskrivelse av noen av sykehusets aktører og deres landskap.

Jeg starter først ut med å gi et bilde av mitt første møte med sykehuset. Det skjedde for meg i tidlig barnealder og rommer slik en erindring og en undring rundt dette, for meg, noe underlige huset. En erindring som godt kan hentes frem selv om min forståelse av hva et sykehus er har endret seg mye fra jeg var barn. Et barnlig blikk og barnets undring kan gi et perspektiv fra et annet ståsted på huset som for meg nå er kjent og fortrolig. Stadig nye pasienter, både barn og voksne, kan mangle fortroligheten med sykehuset og derfor se og fornemme andre forhold enn det en innforstått gjør.

### **Et erfaringsbilde**

*Dette aktuelle sykehuset ligger i et boligområde. Det blir derfor veldig synlig da det rager over de andre husene og strekker seg over et mye større areal. En stor korsformet murbygning med en kjerne og fløyer som stikker ut både mot nord, sør, øst og vest.*

*Når man møter sykehuset for første gang, vil variere i det enkeltes menneskes liv. Noen er oppvokst på steder hvor sykehus finnes, mens det for andre kan kreves lange reiser for å komme til et slikt sted. Hvilke forhold vi har eller får til sykehus, vil vel henge sammen med vår erfaring med det. De flestes førsteerfaring er kanskje som besøkende. Det å besøke noen som ligger på sykehus kan ha veldig forskjellig betydning for oss, avhengig av relasjonen til den syke, alvorligheten av sykdommen, opplevelsen og synet av den syke og vår forståelse av hele situasjonen. Min første sykehusopplevelse var å stå igjen på korridoren, mens mor var på sykebesøk. Dette var på den tiden da barn ikke fikk lov å bli med inn til den syke. På en måte var det greit å stå på gangen. Den mor besøkte var ingen jeg kjente godt, ingen jeg hadde noe sterkt ønske om å se eller møte. Sykehuset lå i byen vi bodde i, så veien var heller ikke så lang. Imidlertid husker jeg mange slike "på gangen episoder". Mor var flink til å gå på sykebesøk til slekt og venner fra heimbygda si.*

*Det som må ha gjort det sterkeste inntrykket foruten størrelsen på huset, var nok lukta som var der, samt at mor ba meg være stille. Lukta var ukjent, jeg tror ikke jeg greide å forbinde noe kjent med den, den var bare "sykehushukt". Nå, etter mye erfaring med sykehus, vet jeg at hovedingrediensene var sprit og andre desinfiserende midler. Av og til kunne den være blandet opp med lukt av medisiner, bakterier (ja, bakterier kan lukte), avføring og evt. oppkast. Jeg har senere truffet andre som også har et forhold til "sykehushukta". Noen kan ha et så problematisk forhold til den at det hindrer dem i å oppsøke sykehuset hvis de ikke er helt nødt til det. Noen sier de blir kvalme, mens andre vil besvime.*

*Det å skulle være stille, oppfattet jeg som uttrykk for alvor, men kanskje også for høytidelighet. Å være på besøk på sykehuset hadde kanskje også for mor preg av det å være gjest i et fremmed miljø, og da var man forsiktig og stille. Senere har besøksrollen min blitt utvidet til å være med inn til slekt og venner. De fleste besøk har jeg glemt, men noen få sitter igjen fordi situasjonene var triste og alvorlige.*

## **Direktørens bedrift**

Sykehuset som samfunnsinstitusjon kan sees i sammenheng med fremveksten av hospitalvesenet på 1700 tallet (Foucault 1991). De første hospitalene som ble grunnlagt i de store europeiske byene, var i starten et oppsamlingssted for fattige, hjemløse og syke



mennesker. Etter hvert kom legene ”inn i” hospitalene og behandling av sykdommer ble en funksjon. I dag er sykehusene i vårt land en viktig institusjon i de offentlige nasjonale helseplaner, og administreres av fylkeskommuner og stat. Hovedoppgavene er diagnostisering og behandling av sykdommer, samt omsorg og pleie av syke.

Dette aktuelle sykehuset er et middels stort sykehus med 179 pasientsenger og 56.500 polikliniske konsultasjoner.<sup>4</sup> Et slikt sykehus skal ivareta samfunnets behov for sykehustjenester innenfor et visst geografisk område i samsvar med gjeldende helseplan. Det betyr at sykehuset skal sikre at de pasientene som blir prioritert i helseplanen, får behandling og omsorg ut fra en helhetlig tenkning og uten unødig ventetid.<sup>5</sup> Sykehuset skal videre ivareta samarbeid med pasient, pårørende og andre institusjoner gjennom god kommunikasjon og informasjon, sikre høy kvalitet på sine tjenester og satse på en bedriftskultur som vektlegger godt arbeidsmiljø og utvikling av personalet. I dag er dette sykehuset, som et ledd i den nasjonale omorganiseringen av sykehusdriften i Norge, blitt et statlig helseforetak.

Det ser ut som om sykehuset ut fra sin egen forståelse (i følge målsettingen), er til for å sikre at pasienter får behandling og pleie. Denne forståelsen oppfatter jeg å være i tråd med det de fleste av oss tenker om hva et sykehus er. Når man er syk og trenger mer behandling enn det en primærlege kan gi, er sykehuset stedet. Sykehuset er stedet for mer avansert behandling og der er man også sikret omsorg “ut fra en helhetlig tenkning”.<sup>6</sup>

Det personell vi i dag finner i sykehuset består av mange ulike grupperinger. Fra gammelt av utgjorde personellet foruten rengjørings- og kjøkkenpersonell i det vesentligste to grupper; leger og sykepleiere. I dag er dette bildet endret mye. Vi finner fortsatt de to gruppene leger og sykepleiere, imidlertid er det kommet mange andre grupper til. Det finnes biokjemikere/laboranter, fysio- og ergoterapeuter, prester, sosionomer, teknisk personale, økonomer og flere. Leger og sykepleiere er blitt grupper på linje med andre yrkesgrupper i sykehuset. Maktstrukturer er endret og organisasjonen er komplisert og stor. Felles for personalet i sykehuset er imidlertid den at huset er deres arbeidssted. Det er her de har en jobb å gjøre, det er her de tjener til livets opphold. Noen grupper av personalet har en funksjon som

---

<sup>4</sup> Driftsplan for sykehuset, 1999

<sup>5</sup> Sykehusets målsetting i følge driftsplan 1999

<sup>6</sup> Driftsplan 1999

er direkte knyttet opp mot sykehusets hovedmålsetning, mens andre representerer det vi kaller servicepersonell dvs. de som skal legge forholdene til rette for at hovedaktiviteten skal kunne utføres. Det er i dette miljøet sykepleieres praksiskunnskaper utvikles og kommer til syne.

De ulike personellgrupper som har sykehuset som sitt felles arbeidssted, har ulik utdanningsbakgrunn. Legene har tradisjonelt sett vært de som har hatt den lengste og også statusmessige høyeste utdanningen. Deres utdanning er et seks års universitetsstudium med en påfølgende turnustjeneste. Den kunnskap medisinerstudiet hovedsakelig bygger på er naturvitenskapelig kunnskap med teorier som sees som sikker kunnskap og sannheter. Denne type kunnskap har i samfunnet generelt en høy status. I sykehuset korresponderer også denne kunnskapsformen med hovedmålsettingen for sykehusdrift, nemlig diagnostisering og behandling av sykdommer.

Den svenske forskeren Ingela Josefson har i et prosjekt studert hva som er de vanligste problemer i legers praktiske arbeide og hva som er en god måte å møte disse problemene på. Hun arbeidet i denne studien sammen med tre grupper med leger som samtaler om dilemmaer i sin praktiske yrkesutøvelse. De har over år møttes regelmessig i de samme gruppene. Hun sier i forbindelse med denne studien at i legeyrket møtes ulike kunnskapstradisjoner, så vel medisinsk vitenskapelige som praktisk humanistiske. Den medisinsk vitenskapelige kunnskapen er i først rekke innrettet på de tekniske aspektene ved sykdommen og ikke på det syke mennesket (Josefson 1998). Hun sier også at den rådende kunnskapsstilen i utdanningen annonserer at det er denne kunnskapen som er den viktige. Humanistisk kunnskap betraktes som noe som ligger ”ved siden av”, og som kun er for spesielt interesserte.

Også utdanninger for flere av de andre yrkesgruppene kan sies å bygge på flere kunnskapstradisjoner, men i de fleste utdanninger blir noen kunnskapsaspekter betraktet som viktigere enn andre. Det er oftest kunnskapstradisjoner som bygger på idealer om sikker kunnskap og som går på dimensjonen sant/falskt. Det er denne tradisjonen som har stått sterkt i sykehusene, sykepleierne ville bryte med på åttitallet blant annet gjennom skissen for utvikling av en prinsipiell plan for høgskoleutdanning av sykepleiere, risset<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Omtalt på side 8.

Det som har særpreget kunnskapsutviklingen i sykehuset som organisasjon, må vel sies å være en stadig mer spesialisering. Legene er utdannet spesialister innenfor for eksempel indremedisin, kirurgi eller nevrologi, og kan innenfor disse disiplinene igjen ha en spesialkompetanse på et mer avgrenset område av fagfeltet. Sykepleierne er spesialsykepleiere i anestesi, operasjon eller onkologi etter samme mønster som legene. Jeg går nærmere inn på sykepleiernes utdanningsbakgrunn senere i kapittelet. I mitt prosjekt er de hovedaktørene, og det er de som er bærere av kunnskaper jeg ønsker å fokusere på. Kanskje er det slik at denne kunnskapen er blitt mer og mer spesialisert ut fra en medisinsk spesialisering i sykehuset? Personnellets kunnskapsbakgrunn er også med og regulerer ansvars- og myndighetsforhold i sykehuset.

Sykehusets viktigste aktører er pasientene eller klientene. De kommer fordi de er syke/har en sykdom eller skade, og de håper på en behandling som skal gjøre dem friske igjen. Det å være syk er ofte forbundet med innskrenket bevegelighet, isolasjon, maktesløshet og usikkerhet i forhold til sykdom og behandling (Almås, 1992). For mange kommer også tanker om egen død frem i sykdomssituasjoner. Pasientene er henvist til sykehuset av helsepersonell (leger) som da anser at det sykehuset har å tilby pasienten er nødvendig i deres aktuelle situasjon. En innleggelse i et sykehus er selvsagt frivillig (det finnes unntak), men når pasienten er innenfor sykehuset opplever mange at de er overlatt til eksperter og at de kanskje selv ikke har så stor innflytelse på sin situasjon. Noen synes dette er greit og et gode, mens andre ikke er komfortabel i en slik situasjon. Pasientrollen vil alltid medføre en reduksjon av dagliglivets rollerepertoar. Det som er relevant i denne rollen er ens sykdom og symptomer, det er lite relevant om man er en god mor, elskelig datter eller en dyktig yrkesutøver. I sykehuset er det primært det som gjør en til pasient som er inngangsbilletten og som blir sett og fokusert.

Pasienter kommer med sine ulike erfaringer og kunnskaper. Deres utdanningsbakgrunn og/eller yrkesbakgrunn blir tillagt liten vekt i sykehussystemet. Det er som sagt ikke det som er relevant her. Pasienters kunnskaper om eget liv og helse, og egen forståelse og opplevelse med sykdom og behandling kan ha vanskelig for å få plass i dette systemet av spesialisert helsepersonell. Det som kan sies å være den enkelte pasients livsverdenskunnskap taper i møtet med spesialistkunnskapen.

I dette huset er direktøren den øverste sjefen. Det har ikke alltid vært slik. De første sjefene i de moderne sykehus var leger, administrerende overleger, etterhvert benevnt som sjefsleger. Sykepleiere, i form av stillingen forstanderinne og senere sjefssykepleier, var underlagt sjefslegen, men kom etter hvert med i et lederteam. På 70-tallet kom administrasjonssjefer inn som skulle ha budsjettansvar, og som skulle operere på linje med sjefslegen. Etterhvert ble tittelen direktør, og direktøren ble den øverste og den administrative leder for sykehuset. Han er også den som skal få de ulike personellgrupper til å virke sammen til beste for de pasientene som sykehuset skal tjene.

I en samtale med sykehusdirektøren om hva et sykehus er, er han helt klar på at sykehuset er en produksjonsbedrift.<sup>8</sup> Det er en bedrift som produserer helsetjenester som er av betydning for samfunnet. Han er inne på at begrepet produksjonsbedrift kan virke noe fremmed og differensierer her mellom bedrifter som produserer varer og bedrifter som produserer tjenester, og understreker at et sykehus er en bedrift som produserer tjenester. Jeg oppfatter denne understrekningen som viktig for ham i det å si at det er en *type* menneskelig produksjon det er snakk om. Det ser ut til at denne type tenkning og språkbruk for alvor kom inn i helsevesenet på nittitallet. Ved dette aktuelle sykehuset forteller ”gamledirektøren”, som gikk av på begynnelsen av nittitallet, at man i hans tid ikke snakket om sykehuset som bedrift eller produksjonsbedrift.<sup>9</sup>

Dagens direktør mener at denne språkbruken er innført med den hensikt at arbeidstakerne skal bli bevisst på at det dreier seg om produksjon, man må stå på og produsere og ikke sluntre unna. Hva betyr det så i denne sammenhengen å produsere? Det er her snakk om en inntektsbasert produksjon. Sykehuset får bevilget penger ut fra hvor mange pasienter som behandles i forhold til ulike diagnosegrupperinger.<sup>10</sup>

Direktøren sier også at sykehuset er en kunnskapsbedrift. Arbeidstakerne produserer kunnskaper gjennom sitt arbeid, og sykehuset blir slik en bedrift som besitter mye kunnskap av ulik art. Dette lar seg imidlertid ikke koble opp mot penger som bevilges til sykehuset<sup>11</sup>.

---

<sup>8</sup> Samtale 10. desember 1998

<sup>9</sup> Telefonsamtale 3.april 2002

<sup>10</sup> Systemet går under benevnelsen DRG system

Uttalelsen er i tråd med min tenkning om at praktiske kunnskaper produseres og viser seg i praktiske handlinger i ulike situasjoner. Direktøren sier at arbeidstakerne produserer kunnskap gjennom sitt arbeide. De ulike personellgrupper i sykehuset vil, kan man tenke seg, til enhver tid etablere og produsere kunnskaper ut fra sin erfaring og de utfordringer de står overfor i det daglige praktiske arbeidet. Imidlertid er dette ikke verdier som kan konverteres til penger i form av inntjening eller bevilgninger. Det kan virke som om det her er ulike verdisystemer som møtes.

Produksjonen sykehuset tjener på, er antall pasienter som behandles. Det er også ulik fortjeneste på ulike diagnoser. Kunnskapsproduksjonen gir ingen bevilgninger eller fortjeneste. Vanskelig er det også ut fra dagens system å se at sykehuset tjener på å gi omsorg og samarbeide med pasienter og pårørende gjennom god kommunikasjon og informasjon. Disse aspektene er også deler av sykehusets målsetting. Dette kan reise spørsmål rundt hva som sees som gyldig og verdifull kunnskap i et sykehus. Mens det tidligere kan sies å være legenes kunnskaper som var mest verd, kan det i dag se ut som om all medisinsk fagkunnskap skal innordne seg de økonomiske kunnskapsaspekter. Det er kunnskaper om bevilgninger og fortjeneste og tap som har størst gyldighet. Det er denne kunnskapen som setter de endelige rammer for hva som kan gjøres i et sykehus og også rammer for hvordan yrkeskunnskapen får utfolde seg. Kunnskaper og sannheter av økonomisk art blir på mange måter det fellesspråk som alle personellgrupper må forholde seg til i sin daglige virksomhet. Personellet (her sykepleierne) kan oppleve dette som at ”driften” henger over en.

Den nye reformen, som er innført etter at jeg foretok mitt feltstudie, peker i samme retning.<sup>12</sup> Det heter ikke lenger sykehus, men helseforetak. De forholdsvis små fylkessykehusene er i denne regionen slått sammen til større helseforetak. I en samtale med sjefen for det nye helseforetaket i denne regionen, som består av to gamle fylkessykehus, får jeg vite at et foretak er å forstå som en type bedrift.<sup>13</sup> Et foretak får et visst antall kroner fra staten som rammebevilgning for å kunne drive. I tillegg tjener sykehuset på den behandling som gies og ryggraden i dette systemet er fortsatt diagnose systemet DRG. De nye foretakene får styringsdokumenter og styringssignaler fra staten. Det viktigste nå er satsing på

---

<sup>11</sup> Jmf. DRG systemet.

<sup>12</sup> Helseforetaksloven 2001/2002

<sup>13</sup> Samtale den 02.april 2002

økonomistyring, å få ventelistene bort og å få korridorpasienter bort. Han forteller videre at det vil bli en klarere målstyring, med mer spesialiserte mål og det vil bli krevd en høy måloppnåelsesgrad. Målene slik jeg oppfatter ham vil dreie seg om å måle kvaliteten på foretaket. Han snakker videre om at nye kvalitetsvariabler vil bli utarbeidet etter hvert som de eksisterende blir oppfylt.

En målkonflikt jeg mener å se, er forholdet til den målsetting sykehuset hadde i sin driftsplan for 1999, hvor det sto skrevet at sykehuset skulle sikre at pasienter får behandling og omsorg ut fra en helhetlig tenkning uten unødige ventetid. Og videre at sykehuset skal ivareta samarbeid med pasient, pårørende og andre institusjoner gjennom god kommunikasjon og informasjon og videre sikre høy kvalitet på sine tjenester og satse på en bedriftskultur som vektlegger godt arbeidsmiljø og utvikling av personalet. De satsningsområdene som fremkommer i de nye styringssignalene fra staten, handler som sagt om økonomistyring, ventelister og korridorpasienter. Disse signalene kan kanskje føre til god og helhetlig behandling og omsorg for pasienter og pårørende, men vinklingen og ordbruken er annerledes. Direktøren for det nye helseforetaket vektla at hans oppgave nå var gjennom økonomistyring å bli kvitt ventelistene og korridorpasientene.<sup>14</sup>

Sykehusene eller de nye helseforetak kan vel sies gjennom ulik politisk styring å ha blitt markedsorienterte virksomheter. Filosofen Skjervheim bruker i en omtale av en lignende utvikling i utdanningssystemet at det er skjedd en *illegitim utviding av produksjonsparadigme* (Skjervheim 1992, s.256). Han snakker også om bedriftsøkonomenes *semantiske imperialisme* (Skjervheim 1992, s.253). Dette kan vel som direktøren sier; sees som en bevisst måte å få arbeidstakerne til å *produsere og ikke slentre unna*. Med et annet utgangspunkt kan det imidlertid reises prinsipielle spørsmål ved om det etisk og verdimeslig sett er mulig å snakke om å produsere behandling, omsorg og pleie. Skal ett produksjonsparadigme styre omsorgs- og pleievirksomheten i sykehuset, vil det kunne komme til å styre og begrense de kunnskapene som kommer til uttrykk gjennom ord og handling.

---

<sup>14</sup> Styringsdokument for Helse Midt-Norge 2002

## Sykehusets kirurgiske avdeling

Et sykehus er inndelt i ulike avdelinger. Det snakkes om de kliniske avdelinger og serviceavdelinger. I de kliniske avdelingene er hovedvirksomheten å yte behandling og omsorg til pasienter. Av slike avdelinger har sykehuset en medisinsk avdeling, en kirurgisk avdeling og en nevrologisk avdeling. Hver av disse avdelingene har igjen inndelinger i forhold til ulike medisinske spesialiteter. Av serviceavdelinger finnes det to slag; de medisinske serviceavdelinger og andre serviceavdelinger. Medisinske serviceavdelinger har som oppgave å bidra de kliniske avdelinger med spesialiserte undersøkelser, prøver og spesialbehandling som del av et helhetlig behandlingsopplegg. Dette er avdelinger som anesthesi-, røntgen-, mikrobiologiavdeling, med flere. I tillegg vil det ved et sykehus finnes andre serviceavdelinger som økonomi-, personal- og teknisk avdeling. Hvor mange og hvor store serviceavdelinger som finnes ved et sykehus vil variere med sykehusets størrelse og funksjon.<sup>15</sup>

I dette huset er det ”min” gruppe aktører har sin daglige virksomhet. Sykepleierne med sine daglige gjøremål og sine kunnskaper er en av aktørgruppene i dette huset, og de som, sammen med hjelpepleierne, kan sies å tilbringe mest tid sammen med de enkelte pasienter.

Den kirurgiske avdelingen ved sykehuset har vært mitt ståsted i dette prosjektet. Denne avdelingen forbindes kanskje først og fremst med operasjoner. Pasienter som skal opereres, blir innlagt i den kirurgiske avdelingen. Her foregår altså en svært blodig del av medisinen.

Hva den kirurgiske avdelingen består av er ikke entydig, men vanligvis er den inndelt i underavdelinger eller poster. Ledelsen av den kirurgiske avdelingen blir benevnt som ”enhetlig todelt ledelse”. Dette vil i praksis si at en avdelingsoverlege er ansvarlig for behandlingen som blir gitt, mens en oversykepleier er ansvarlig for den sykepleien som blir gitt. Ledelsesspørsmålet i sykehus har vært diskutert av fagpersonell og politikere over tid. Nå er det slik at lederen for en avdeling enten kan være avdelingsoverlegen, oversykepleieren eller en fra en annen yrkesgruppe.

---

<sup>15</sup> Et sykehus’ funksjon vil være definert i statlige helseplaner

Avdelingsoverlegen ved denne aktuelle avdelingen mener at pleie i en kirurgisk avdeling må sees på som en service til kirurgien.<sup>16</sup> Pasientene er i avdelingen for å få utført kirurgi. Var målet for pasienten å få pleie ville de dratt til et annet sted, eksempelvis et sykehjem. Det er vanskelig å være uenig i et slikt perspektiv. Imidlertid kan det også stilles spørsmål ved om kirurgi ville være mulig uten denne pleieservicen, slik det til tider har vært stilt spørsmål ved om kirurgien ville vært mulig uten anestesistjeneste. Man kan godt tenke seg pleie uten behandling, det er verre å tenke seg kirurgisk behandling av noe omfang, uten pleie.

Elstad siterer i boka; Et kvinnefag i modernisering, fra et forelesningsnotat i sykepleie fra Rikshospitalet i 1939: “...*At en operasjon går godt - er legens sak, men at pasienten kommer seg, er søsters sak*” (Elstad/Hamran 1995, s. 108). Dette gir uttrykk for et syn mange sykepleiere også i dag står for; kirurgien kunne vanskelig klare seg uten en sykepleietjeneste.

Oversykepleier og avdelingsoverlege vil kunne ha forskjellig syn på den kirurgiske avdelingen ut fra sine ståsted. Avdelingsoverlegen har en klar formening om hva som er den kirurgiske avdelingens ansvar og mål. Den er en produksjonsavdeling eller en behandlingssenheter som har ansvar for å behandle kirurgiske sykdommer og skader på en tilfredsstillende måte. Han utdyper dette ved å si at det er en håndverksmessig reparasjonsavdeling. Dette tolker jeg som at han ser på kirurgen som en håndverker, som ved å skjære og sy kan reparere skader på menneskekroppen.

Han legger videre vekt på at kirurgisk avdeling er en utdanningsinstitusjon for utdanning av leger, sykepleiere og hjelpepleiere. I tillegg er avdelingen et kompetansesenter. Hele døgnet er det personell ved avdelingen som skal ha kompetanse og viten. Disse to siste funksjonene, kalt tilleggsfunksjoner, mener han er viktige, ellers ville det bare bli snakk om økonomi. Kompetanse er en verdi som ikke kan måles i tall på samme måte som produksjon, mener han. Her berøres den samme problemstilling som direktøren tar opp i form av hva slags produksjon som er inntektsbringende og kan måles i et språk som er gyldig i dette systemet.

---

<sup>16</sup> Uttalt i samtale/intervju 11.12.98



Et hovedmål for kirurgisk avdeling er:

“Å behandle ferdig flest mulig pasienter med kirurgiske sykdommer og skader fra helseregion ....., med et tilfredsstillende resultat i og innenfor tildelte ressurser. Det skal gies medisinsk behandling, sykepleie og informasjon av høy kvalitet. Pasientene prioriteres i henhold til statlige retningslinjer og etter kriterier fastlagt av fagmiljøene med tillegg av individuell vurdering” (Målformulering 1997).

Oversykepleier forteller at de nå er igang med å utarbeide mål for sykepleietjenesten for sykehuset og at neste ledd i planen er å arbeide med mål for sykepleien i den kirurgiske avdelingen. Hun har klare tanker om hva de vil bygge på i en slik målsetting. De målene som er på høringsrunde for sykehuset som helhet (sykepleietjenesten), inneholder hovedpunktene: *hovedmål for sykepleietjeneste, verdigrunnlag og fagsyn.*

Det som i dag er praktiske mål det jobbes etter, er at pasientene i avdelingen skal bli så friske at de skal kunne bli helt friske hjemme.<sup>17</sup> Dette har endret seg over tid. Mens man tidligere tenkte at man skulle innlegges på sykehus for å bli frisk, er i dag i alle fall personalets tenkning at man skal ha kommet på ”bedringens vei” slik at man kan bli frisk etter at man er kommet hjem. Om ikke alltid målet kan være at man skal bli helt frisk, vil det kunne være at man skal ”greie seg” hjemme. De pasientene som i dag ligger i dagavdelingen, en underavdeling hvor pasientene kommer inn om morgenen, blir operert og drar hjem samme kveld, lå før tre til fem dager i sykehuset. Mange av dem som i dag ligger i de ordinære sengepostene, der pasientene “bor” under et sykehusopphold, lå før i intensiv avdeling. Oversykepleier mener denne endringen har gjort det mer krevende å være sykepleier i omsorgs øyemed. Pasientene ligger kortere tid i sykehuset, og tenkningen blir derfor at en gir mer omsorg til de som trenger det mest. I tillegg har man utvidet ansvaret i forhold til pårørende til de syke. Det blir her tydelig hvordan strukturelle endringer virker inn på sykepleiernes virksomhet.

Oversykepleier trekker også frem at sykepleierne opplever at “driften henger over en”. Økonomisystemet er inntektsbasert produksjon, og man er nødt til å ha “omsetning” av pasienter for å tjene penger. Produksjonen kan likevel ikke sammenlignes med produksjonen

---

<sup>17</sup> Oversykepleiers uttalelse i samtale 11.12.98

i en bedrift, men man blir produksjonsbevisst fordi man er pålagt å være med i denne prosessen.

Tilbake igjen til spørsmålet hva en kirurgisk avdeling består av. Det viser seg at de underavdelinger avdelingsoverlege og oversykepleier har ansvar for, ikke overlapper hverandre helt. Dette har med organisasjon og budsjettavdelinger å gjøre. Når jeg videre i dette prosjektet omtaler den kirurgiske avdeling velger jeg å ta med de underavdelinger som pasienten må innom for å få gjennomført en kirurgisk behandling. Dette vil være *operasjonsavdelingen* eller operasjonsstua som den kalles i sykehuset. Det er her alle de kirurgiske inngrep eller operasjoner utføres. Pasientene er i denne avdelingen kun den tiden det tar å operere pasienten. I denne avdelingen arbeider også anestesipersonell som gir pasienten narkose under operasjonen.

Etter operasjonen er det vanlig at pasientene er innom en overvåkningsavdeling. Dette er den *postoperative avdelingen*. I tilknytning til denne ligger også en *intensiv avdeling*.

Denne avdelingen kan gi mer avansert observasjon og behandling av pasienter etter en operasjon eller i forbindelse med ulykker/skader. Så finnes det tre alternative “bosteder” for pasientene under oppholdet; *dagavdelingen* og to sengeposter eller *sengeavdelinger*. Det er i en av sengeavdelingene jeg har oppholdt meg for å studere sykepleiernes praksiskunnskaper.

## **Sykepleierenes landskap – et landskap i endring**

Går man noen tiår tilbake i tiden hadde pleiepersonalet, både sykepleiere og hjelpepleiere, spesielle uniformer. Sykepleierne hadde de fleste steder i landet blåe uniformer med hvite forklær utenpå. Det fantes reglement for uniformen som sa hvordan den skulle bæres og hva av ekstraustyr som hørte med for eksempel på fest og høytidsdager. De blåhvite sykepleierne skilte seg ut fra hjelpepleierne som hadde hvite kjoler med gule striper. Til uniformen hørte også hetter, og nåler som fortalte hvilken sykepleierutdanning vedkommende hadde gjennomført. Det var slik enkelt for både pasienter og besøkende å finne ut hvem som var sykepleiere, hvem som var hjelpepleiere og for såvidt også hvem som var leger, hvis man først var kommet inn i kleskoden.

I dag er dette helt annerledes. Alle som arbeider i sengeavdelingen er kledd i det samme hvite tøyet, som ikke minner særlig om en uniform. Hettene er forsvunnet, men ennå er nåler og navneskilt en del av kulturen. De av dagens sykepleiere som tidligere har praktisert med uniform, mener nok at arbeidstøyet i dag er mer komfortabelt og praktisk. Imidlertid er det noen som trekker frem at det ikke ser så pent ut som det som tidligere var i bruk. I uniformstiden ble det i utdanningen av sykepleiere under fagområdet etikk undervist i etikette, som nettopp gikk på hvordan en sykepleier burde se ut og også oppføre seg. I nyere tid er dette utelatt.

Det er vanskelig å tidfeste når yrkeskategorien sykepleiere oppsto. I bøker som omhandler sykepleiens historie går man gjerne tilbake til oldtiden (Wyller, 1978, Gøtzsche, 1993, Melby 1990). Den mest vanlige oppfatningen er nok at fremveksten av sykepleie som yrke har en nær sammenheng med fremveksten av hospitalvesenet på 1700 tallet (Foucault 1991). I Norge hadde vi en sterk økning av antall sykehus tidlig på dette hundretallet, og den første formelle sykepleierutdanning ble etablert ved Diakonissehuset i Oslo i 1868. Dette var en diakonal utdanning etter mønster fra den tyske diakonianstalten Kaiserwert. Det var det kristne ideal om nestekjærlighet og tjeneste for andre som fikk unge kvinner til å velge denne utdannelsen. For disse kvinnene var det mer snakk om tjeneste og kall enn yrke. Etterhvert begynte kommuner og humanitære organisasjoner også å utdanne sykepleiere. Denne utdanningen var grunnlagt ut fra engelsk mønster og er senere blitt kalt Nightingale-tradisjonen. For de kvinnene som valgte denne utdanningen var det også snakk om et kall, men her et humanitært kall. Begreper som tjeneste og kall er i dag så godt som forsvunnet fra utdanningen på lik linje med uniformen. I teoretisk sykepleie er det imidlertid forfattere som vil modernisere kallet og som stiller spørsmål ved om man i sykepleie kan være foruten kallet. Kallet blir i denne sammenhengen sett på som et *grundmenneskelig humant fenomen* (Martinsen 1989, Malchau 2000).

Ved den skolen jeg har hatt mitt arbeide, har det vært en tradisjon å spørre nye studenter om motivasjonen for å velge sykepleierutdanning. Noen sier også at de ønsker å arbeide med mennesker, men langt de fleste svarer at valget er begrunnet i at utdanningen fører frem til et sikkert yrke. Det er rimelig lett å få jobb, og det er mange muligheter for spesialisering og videreutdanning.

De sykepleiere man møter i en sengeavdeling på sykehus har vanligvis ingen slik spesialutdanning. De er det vi kaller offentlige godkjente sykepleiere. Tittelen offentlig godkjent sykepleier, er i Norge lovregulert og har vært i bruk siden 1948. Da kom Lov om utdanning og offentlig godkjenning av sykepleiere. Denne regulerte både lengden og innholdet i sykepleierutdanningen.

I dag er fortsatt tittelen lovregulert, knyttet opp mot treårig høgskoleutdanning i sykepleie. Innholdet i utdanningen er ellers ikke underlagt noe lovverk, men er styrt av en Rammeplan fastsatt av Kultur og Vitenskapsdepartementet.<sup>18</sup> Utdanningen er en del av høyskolesystemet og alt som har med eksamener og karakterer å gjøre er underlagt Lov om Universitet og Høyskoler.

For å bli sykepleier og få arbeide i en sengeavdeling må man altså ha gjennomført en treårig utdanning i sykepleie. Dagens utdanning er som før nevnt styrt av en nasjonal rammeplan. Rammeplan av 7. januar 2000, deler inn sykepleierutdanningen i fire hovedemner:

- Sykepleiens faglige og vitenskapelige grunnlag, inkludert praksisstudier
- Sykepleiefaget og yrkesgrunnlaget, inkludert praksisstudier
- Medisinske og naturvitenskapelige emner, inkludert praksisstudier
- Samfunnsvitenskapelige emner, inkludert praksisstudier

De sykepleiere som arbeider i den kirurgiske sengeposten hvor jeg har hatt mitt feltstudie, er ikke alle utdannet etter denne rammeplanen. Det er en variasjon mellom 3 og 28 år siden de var ferdig utdannet, og de har slik tatt sin utdanning ut fra ulike skoleplaner. Jeg velger likevel å si noe om dagens utdanning. De sykepleierne som er utdannet etter tidligere planer, forholder seg også til dagens utdanningsplan gjennom å være veiledere for dagens studenter. Utdanningen vil være et bakgrunnstappe for sykepleierne, og slik være en basis i det kunnskapsparadigmet som ligger til grunn for deres daglige virksomhet i sykehuset.

De to første hovedemnene i rammeplanen er de som kan sies å være direkte knyttet til sykepleiefaget. De to neste hovedemnene går under betegnelsen støttefag. Sykepleiens faglige og vitenskapelige grunnlag er nye formuleringer med den nye rammeplanen. Inn i dette emnet

---

<sup>18</sup> Den første rammeplan kom i 1987. Ny rammeplan ble vedtatt i januar 2000.

ligger sykepleiens historie, tradisjon og yrkesetikk. Dette er emner som også tidligere har vært en del av utdanningen. Når det gjelder sykepleiens vitenskapsteoretiske grunnlag, fagutvikling og forskning, kan dette sees i sammenheng med den tidligere omtalte akademiseringen.

” I kunnskapsstaten skal vitenskapen, den vitenskapelige kultur, være et felles medium for profesjonene med krav til analyse, teori og diskusjon.” (Slagstad 2000, s.98).

Slagstad sier at kunnskapsstaten nå stiller krav til profesjonelle utøvere om at de har visse akademiske ferdigheter og verdier (Slagstad 2000). I en profesjonell basiskunnskap hører også oppøving av en vitenskapsteoretisk og yrkesetisk selvrefleksjon med. For sykepleierne innebærer dette å skulle forstå ulike perspektiver, teorier og modeller for å beskrive sykepleie som fag og yrke.<sup>19</sup> Det sies videre at i studiet av slike emner skal studentene tilegne seg kunnskaper om vitenskap og vitenskapelige metoder for å kunne lese og forstå forskningsresultater. De skal lære seg å begrunne sine handlinger og forberedes til å kunne utføre prosjektarbeid og dokumentere eget arbeid.

Elementer fra dette kunnskapsområdet var også verbalisert i rammeplanen av 1987. Der sies det blant annet om dette at studiet skal få studentene til å erkjenne betydningen av forskningsbasert kunnskap i sykepleie, og at det må omfatte sentrale sykepleiebegreper og modeller. I rammeplanen av 2000 mener jeg denne dimensjonen har fått et fastere grep, og fagområder som vitenskapsteori og forskningsmetode er kommet inn. Tenkningen rundt dette så man imidlertid komme inn med den reviderte rammeplanen i 1992.

Områder som sykepleiens vitenskapsteoretiske grunnlag viser at det arbeides med faget på en vitenskapelig måte. Dette kan gi faget en status som igjen kan ha noe å si for praktikerens yrkesidentitet. 1981).

Det andre hovedemnet i utdanningen er sykepleiefaget og yrkesgrunnlaget. Dette er i omfang hovedområdet i utdanningen. Hoveddelen av dette skal omhandle sykepleie knyttet til direkte pasientrettet arbeid. Studiet skal føre til at studentene skal utvikle funksjonsdyktighet innen dette området. Denne dimensjonen er knyttet til det praktiske sykepleielivet, pasient - sykepleie relasjonen. Her finnes den delen av kunnskapstradisjon som har "vokst seg ut av" sykepleielivet.

Den var fra starten av teoretiske forklaringer i sammenheng med en praktisk utførelse eller en praksis. På en måte kan man si det var utøverens egen fortolkning eller selvforståelse av praksis. Denne teorien har nær sammenheng med sykepleielivet og blir derfor oppfattet som nyttig og meningsfull i praksis. Den vil også ligge nært opp til fagets håndverksmessige karakter.

Sykepleiens medisinske og naturvitenskapelige grunnlag er en ny overskrift fra 1987, som er videreført i rammeplanen av 2000. Fagene som ligger innenfor denne gruppen har imidlertid vært en del av utdanningen helt fra begynnelsen i Norge. De har gått under betegnelsen støttefag og en alminnelig oppfatning har vært at disse fagene er nødvendig for å kunne utøve sykepleie. Det dreier seg her om anatomi/fysiologi, sykdomslære, patologi, mikrobiologi for å nevne noen av de viktigste. Historisk sett vet vi at leger har undervist i sykdomslære helt fra den første formelle utdanning i 1868. Dette er fag vi har tradisjon på i utdanningen og som ingen stiller spørsmål ved. Hensikten med disse fagene er å gi kunnskaper og forståelse om kroppens oppbygning og om sykdommers årsaker, utbredelse, behandling og prognose ut fra et naturvitenskapelig synspunkt. Dette er sett på som viktig og nyttig kunnskap for en sykepleier, den gir en forståelse av sykdommer som kan sies å være basal for å utøve sykepleie. Det har imidlertid vært diskusjoner om mengden av disse fagene i utdanningen. Hvor mye av disse fagene trenger en sykepleier å kunne, eller hvilke deler av faginnholdet er relevant for sykepleie. Mengden av naturvitenskapelige fag har gradvis økt i utdanningen uten at det har ført til de helt store diskusjonene.

Sykepleiens samfunnsvitenskapelige grunnlag er den andre store gruppen støttefag. Emner fra disse fagene har også vært med i utdanningen helt fra starten, men da som emner av sykepleiefaget under overskrifter som f.eks. å snakke med pasienten, som senere er blitt avløst av faget psykologi og emnet kommunikasjon. Psykologi var det første samfunnsvitenskapelige faget som ble tatt inn i utdanningen (på 60-tallet). Senere har sosiologi kommet inn, og på 90 tallet har vi i tillegg pedagogikk og sosialantropologi.

Hensikten med disse fagene ble sagt å skulle være å øke sykepleieres forståelse av mennesket og dermed pasienten som samfunnsindivid. Det ble på 80-tallet innenfor skolene fokusert på at mennesket har en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon. Man ville bort fra den medisinske

---

<sup>19</sup> Rammeplan 2000

tankemodell i oppbygning av skoleplanen, og kunnskaper av samfunnsmessig karakter ble sett på som nødvendig i denne prosessen. Dette skjedde som et ledd i kampen for å markere seg som et eget fag med en særegen funksjon i forhold til legenes funksjon.

Sosialantropologi er først og fremst kommet med på bakgrunn av behovet for å se sykepleie i et kulturelt perspektiv. Dette har sin bakgrunn i at vi også her i Norge nå har et flerkulturelt samfunn. Jeg synes også det er interessant å se dette faget i forhold til praksis som kulturell møteplass. Her møtes sykepleier og pasient med hver sine kulturer, og arbeidsfellesskapet kan også sees som en kultur, pleiekulturen (Hamran 1991). I dette faget ligger metoder for å søke etter fenomener og begreper i den verden de forekommer i.

I skolene ser det ut til at man har ønsket velkommen de nye samfunnsvitenskapelige fagene uten store diskusjoner. Det har likevel vært en del diskusjon om hvor mye og hva i disse fagene som skal fokuseres og taes inn i utdanningen. Hva er det viktig å kunne for en sykepleier?

Diskusjonen har som nevnt i det vesentlige foregått i skolene, de praktisk utøvende sykepleiere har i liten grad deltatt i debatten.

Et resultat av at nye fag er tatt inn og at fagene har økt i omfang er at forholdet mellom teori og praksis kvantitativt er endret. Jeg mener denne formen for teori eller støttefag, er kommet for å bli. De gir en nødvendig støtte eller bakgrunn for å kunne utøve sykepleie.

Mens praksisstudiene i tid er blitt kortere til fordel for teoriinnholdet i utdanningen, ser man i rammeplan av 2000 at den på papiret er mer omtalt enn tidligere. I forhold til de fire hovedemnene i utdanningen er det tilføyd; inkludert praksisstudier. Praksisstudiene er også mer utfyllende beskrevet enn tidligere. Egen målsetting for de praktiske studiene i utdanningen kom inn i 1987 og blir videreført i rammeplan av 2000. Det kan se ut som man prøver å kompensere en nedgang i omfanget av praksisstudier med en forsterkning av vektleggingen av dem i styringsinstrumentene for utdanningen.

Sintef Unimed Helsetjenesteforskning gav i 2001 ut en rapport om sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus.<sup>20</sup> En av forskerne tar opp sider ved denne rapporten i

---

<sup>20</sup> Stykkevis og helt – Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus. SINTEF rapport STF78A013406.

fagtidskriftet; Sykepleien (Norvoll 2002). Et av hovedfunnene i denne undersøkelsen var at sykepleierne framholdt mangelen på tilstrekkelig praksis i utdanningen. Samtidig var de ikke ensidig kritisk til teori. Selv om de ønsket seg mer praksis, førte ikke dette nødvendigvis til kritikk av teorien. Mange sykepleiere hadde glede av å fordype seg i faglige problemstillinger, og ønsket seg fagutvikling og etterutdanning. Det kom tydelig frem at sykepleierne var opptatt av kunnskap og av å utvikle sin kompetanse. Faglig dyktighet viste seg å være en viktig del av sykepleiernes yrkesidentitet.

Et problemområde som trekkes frem i rapporten, er behovet for nye perspektiver på sykepleieteorien. Den bør knyttes nærmere til empirisk virkelighet og den praksis sykepleiere møter. Det vises til at sykepleierutdanningen de senere årene har vært opptatt av et holistisk omsorgsperspektiv som i stor grad er filosofisk og psykologisk basert. Utdanningen fokuserer på helhetlig og psykososial sykepleie som legger vekt på den enkelte pasients eksistensielle behov. Flere nyutdannede sykepleiere var overrasket over hvor begrenset mulighetene var for å utføre psykososial sykepleie, samtidig som de klart oppfattet den som sykepleiens kjerne. Flere mente også at skolen burde forberedt dem bedre til det arbeidet de skulle ut i, og at gapet mellom skolens sykepleieidealer og arbeidslivets realiteter var stort (Norvoll 2002).

I følge denne undersøkelsen kan det se ut som om sykepleierne setter pris på de kunnskaper utdanningen gir dem. Den gir dem en felles yrkesidentitet på tvers av ulike spesialiteter. Det kommer ikke frem i denne rapporten at den akademiseringen som har skjedd har vært forfeilet. Det sies imidlertid at sykepleieteorien i utdanningen bør knyttes nærmere den empiriske virkeligheten og den praksis sykepleiere møter. Videre kommer det frem at sykepleierne savner å få bruke sin kommunikasjons- og relasjonskompetanse i form av samtaler og opplæring til pasienter og pårørende. Når de sier de er overrasket over de begrensede mulighetene de har til å utføre psykososial sykepleie er det tidsfaktoren som fokuseres. Ut fra disse dataene kan det se ut som om Slagstads utsagn angående kunnskapsstatens krav til profesjonelle utøvere om en viss akademisk ferdighet og verdier, blir møtt i den teoriutdanningen sykepleiere får. Et ankepunkt kan det likevel være at sykepleierne så klart fremholder mangelen på tilstrekkelig praksis i utdanningen. Denne aktuelle rapporten utdyper ikke denne problemstillingen videre (Vereide, Hofseth, Norvoll, Røhne 2001).



Et annet ankepunkt som kommer frem i rapporten, og som blir trukket frem som et stort problem, er det som benevnes som normativt orientert sykepleie. Dette forstås her ved at de overordnede sykepleieteoriene ofte blir utviklet i tilknytning til idealet om sykepleie og i mindre grad er basert på empiriske studier av sykepleiernes faktiske arbeid i et spesialisert helsevesen. Det vises til at sykepleiernes beskrivelse av vanskelige arbeidsforhold ikke taes på alvor, fordi de ideelt sett, i følge teorien, skulle hatt andre og bedre arbeidsforhold. I verste fall kan dette føre til en forskansing mot den faktiske virkeligheten, sies det (Vereide, Hofseth, Norvoll, Røhme 2001).

I historien om sykepleie er det brukt formuleringer som at sykepleien ”kjempet seg fri”, i første omgang fra presteåket og på et senere tidspunkt fra legeåket. I dagens sykehus er ikke dette så aktuelle problemstillinger. Det kan i dag se ut som det er to forholdsvis nye kunnskapsparadigmer eller ”åk” sykepleiere i sin praktiske virksomhet må leve under eller forholde seg til. Disse kan betegnes som et vitenskapelig paradigme og et produksjonsparadigme. De gir på hver sin måte en forståelse og en tenkning som kan gjøre det vanskelig for sykepleierne å utføre den sykepleien som de identitetsmessig oppfatter som sykepleiens kjerne. Man kan i deres landskap se for seg et kunnskapshierarki som maktmessig styres av et produksjonsparadigme, der kunnskaper for å kunne produsere og slik skape inntekt til sykehuset blir den gyldige kunnskap. Deretter kommer et faglig vitenskapelig kunnskapsparadigme som har som ideal at kunnskap skal være generell, nøytral, objektiv og kunne verbaliseres. Den daglige praktiske sykepleiekunnskapen som uttrykkes mer gjennom handling enn ord, vil måtte inneholde kunnskaper fra ulike kunnskapsparadigmer. Om noen kunnskapsdimensjoner eller paradigmer i utgangspunktet får forrang eller sees som mer gyldig enn andre, kan dette oppleves som vanskelig. Den daglige praktiske kunnskapen vil også ta opp i seg pasientenes livsverdenskunnskap, og gjør dem til gyldig kunnskap i dette landskapet. Det er den daglige praktiske sykepleiekunnskapen jeg i dette prosjektet ønsker å gå videre på. Imidlertid vil jeg først gi et bilde av livet i ”min” kirurgiske avdeling.

## **Livet i den kirurgiske sengeavdelingen**

Sengeavdelingen ligger i tredje etasje på sykehuset. Den er en av tre kirurgiske sengeavdelinger. Som i mange sykehusavdelinger er de fysiske rammene en lang, rett korridor med pasientrom og “ytre rom” ut fra korridoren. Pasientrom blir også benevnt som stuer, eller pasientstuer. Det finns både ensengs-, toseings- og firsengsstuer på avdelingen. De rom som ikke er pasientrom, blir kalt ytre rom, og er vaktrommet, et kjøkken, medisinerom, skyllerom, lintøyrom og samtale/grupperom. Avdelingen er for et par år siden pusset opp med nye farger og nye gardiner, og det er kunst på veggene. I enden av avdelingen er det en stue/oppholdsrom med TV og piano. Avdelingen har kapasitet til å ta imot 28 pasienter. Avdelingen har fire ensengsstuer, fire toseingsstuer og fire firsengsstuer.

Pasientene som kommer inn på avdelingen kan ha ulike sykdommer eller skader. Noen kommer inn som øyeblikkelig hjelp etter skade/ulykke eller med akutte symptomer på sykdom. De fleste kommer inn som listepasienter, noe som innebærer at de er søkt innlagt på avdelingen fra en primærlege eller fra en poliklinikk. De kan da ha stått på venteliste i kortere eller lengre tid alt etter definert alvorlighetsgrad på sykdommen. Dette betyr i praksis at noen pasienter har forberedt seg på innleggelse i sykehuset og har med seg bagasje bestående av klær, toalettsaker og gjerne lesestoff. Andre kommer inn som øyeblikkelig hjelp, kanskje på en dramatisk måte med smerter, blødninger eller andre symptomer. Hovedbehandlingsmåten av pasientene i avdelingen er operativ behandling. Det betyr at pasientene i løpet av sykehusoppholdet er innom både operasjonsavdelingen og overvåkings-/postoperativavdeling.

De pasientene som fortrinnsvis kommer til denne sengeposten kan grovt deles i to grupper. Det er pasienter med sykdommer i mave- tarmsystemet og pasienter med beinbrudd og/eller de som skal skifte ut ledd for eksempel i hofte eller kne. I medisinsk terminologi heter dette pasienter med gastro-intestinale sykdommer og ortopediske lidelser. Avdelingen har også en barnestue for barn opp til 12 år.

Listepasientene (det er de fleste) som kommer til avdelingen, kommer dagen før en planlagt operasjon. Denne dagen går med til at prøver og undersøkelser blir gjennomført for å få svar på om pasienten har allmentilstand god nok til å gjennomgå den planlagte operasjonen. I tillegg må det gjøres en del forberedelser med henblikk på operasjonen, og pasienten må få

informasjon om det forestående. En annen gruppe pasienter er de som kommer inn med sterke smerter, i denne avdelingen ofte i maven. Disse kan ha diagnosen ”akutt abdomen”, eller ”obs. abdomen”.<sup>21</sup> I slike tilfeller kan det gå mange dager med ulike undersøkelser før man finner en årsak. Undersøkelser det kan dreie seg om er blodprøver, røntgenundersøkelser og endoskopiske undersøkelser, dvs. et optisk rør stikkes inn i en kroppsåpning for å observere evt. spiserør, tarm eller luftveier. En tredje gruppe pasienter er de som har vært utsatt for en ulykke eller på annen måte er kommet til skade. Disse pasientene kan ofte være skadet på ulike deler av kroppen, og det kan være vanskelig i første omgang å få en oversikt eller et bilde av skaden. Disse pasientene må som regel først av alt ha smertebehandling. Så må de som regel gjennomgå undersøkelser og prøver for at legene skal få en oversikt over situasjonen og kunne iverksette riktig behandling.

Jeg har tidligere sagt at sengeavdelingen er der pasienten bor under sykehusoppholdet. De fleste undersøkelser blir gjennomført i en av de kliniske serviceavdelingene. Dette betyr at pasientene blir transportert til ulike andre avdelinger for å få gjennomført det “programmet” som er oppsatt for dem. Noen avdelinger, slik som røntgenavdelingen, har eget personell til denne transporten. Ellers er det vanligvis personellet i sengeavdelingen som transporterer pasientene.

Personellet i avdelingen består av sykepleiere, hjelpepleiere, renholdspersonell og en kontorassistent. Lederen i en sengeavdeling er avdelingssykepleieren. De kirurgiske legene kommer på “visitt” til avdelingen to ganger om dagen. De får da av sykepleierne rapport om de ulike pasienters tilstand, ser til pasientene og vurderer videre behandlingsopplegg som sykepleierne i neste omgang tar ansvar for å følge opp.

Pleiepersonellet (sykepleiere og hjelpepleiere) er organisert i fire grupper. Hver personellgruppe har sine faste pasientrom og slik sine faste pasienter. Dette innebærer at både personell og pasienter får færre personer å forholde seg til, og slik har bedre mulighet til kjennskap og fortrolige forhold. I denne organiseringen ligger også at en sykepleier skal være primærkontakt for noen få pasienter. I teorien er dette systemet definert som primærsykepleie (Carlsen, 1982).

---

<sup>21</sup> Abdomen fra latin = mave

“Livet i avdelingen” er sykepleiernes eget uttrykk for den virksomheten som foregår i sengeposten. Dette livet er sykepleiernes arbeidsliv. Det er fylt med aktiviteter, ulike handlinger og samhandling med kolleger og pasienter. Sykepleiernes arbeidstid er inndelt i tre vaktssystem og på den måten er de i avdelingen på døgnbasis. Man kan enten ha *tidligvakt*, *senvakt* eller *nattevakt*. En arbeidsdag vil for sykepleieren alltid starte med rapport på vaktrommet eller grupperommet. En sykepleier vil da rapportere om pasientene, hva som har skjedd med dem og hvilken tilstand de er i. Det blir også sagt noe om hva som venter pasienten videre av undersøkelser og behandling. De fleste aktiviteter foregår på tidligvaktene. Det er da pasientene kjøres til kliniske serviceavdelinger for å få utført undersøkelser eller behandling. Legene kommer på sin visitt for å høre med sykepleierne hvordan det står til med pasientene (previsitt) og for å visitere pasientene i avdelingen. I løpet av legevisitten blir pasienters videre utredning og behandling bestemt. Det er også på denne tiden det meste av pleie foregår i sengeposten. Pasienter blir vasket og stelt, får mat, får skiftet på sår, får hjelp til trening og annet ut fra den enkeltes behov. På senvakten avtar aktiviteten i avdelingen. Nå er det visittid, og sykepleierne har gjerne kontakt med pårørende til pasientene. Pasientene får også på ettermiddag hjelp til stell, mat og det som måtte trenge for å ha det bra. Nattevakten legger forholdene til rette for at pasientene skal få ro, hvile og søvn.

Sykepleierne har lang tradisjon på å jobbe sammen eller i team (Hamran 1991).

Organiseringen i denne sengeposten er slik at en gruppe sykepleiere og hjelpepleiere har ansvar for en gruppe pasienter. Som før nevnt er avdelingen inndelt i fire grupper.

Sykepleierne i samme gruppe jobber tett sammen. Det er nødvendig med en flyt av informasjon om pasientene dem mellom. Det er vanlig med en gruppeleder som fordeler arbeid og ansvar, og denne får da tilbakemelding fra de andre i gruppen og kan slik rapportere videre til neste vakt. En del aktiviteter og handlinger kan sykepleieren i løpet av en arbeidsdag utføre på egen hånd. Like vanlig er det imidlertid at to og to jobber sammen. Sykepleierne må slik gjennom en dag forholde seg til hverandre. De utfører sine selvstendige oppgaver, men må samtidig tilpasse sine oppgaver til de andres, og være klar når det kreves to til en arbeidsoppgave. Slik har man alltid et sideblikk på den totale arbeidsmengden på gruppa.

I sykepleiernes arbeidsliv har pasientene en aktiv rolle. Mange av sykepleiernes arbeidsoppgaver eller aktiviteter er å samhandle med pasienter for å gi dem den pleie og omsorg som trengs. Sykepleierne involverer seg i pasientens liv gjennom å ta del i deres

sykdommer og lidelser. Dette kan innebære å leve med pasienten gjennom lidelser, krevende behandlingsopplegg, helbredelsesprosesser eller eventuelle forberedelser til død.

Livet i avdelingen har sin bestemte form eller rytme. Mange aktiviteter går igjen fra dag til dag og til faste tidspunkt. Dette kan være måltider, stell av pasienter, faste forberedelser til behandling, medisiner og legevistter. Disse aktivitetene er med på å ramme inn livet og setter også en tidsramme rundt de ulike aktivitetene. Med selve livet tenker jeg på den kommunikasjon eller samhandling som finner sted mellom menneskene i avdelingen, altså personell og pasienter.

### **Et stemningsbilde**

*Stemningen i avdelingen varierer gjennom døgnet. Å komme på tidligvakt inn i avdelingen om morgenen har en viss stemning. Restene av natta henger ennå igjen i korridoren. Det er kun nattlys på, altså er det ennå skymt. Korridoren er som regel tom, eller man kan se en og annen pasient på vei til toalettet. Sykepleierne som kommer på vakt, går inn på kjøkkenet, tar seg en kopp kaffe og setter seg for å motta rapport fra nattvaktene. Etter rapporten går pleierne ut til sine rom, det vil si sine pasienter. Ennå henger natta igjen i korridoren og på pasientrommene. Pasientene vekkes, lyset skrues på, samtaler kommer igang og aktiviteter, først og fremst vask og stell settes igang. Når lyset skrues på, forvandles stemningen fra småslumrende og søvning til travel og virksom. Stemmer høres, lyder av vaskefat, bekken og annet utstyr merkes, dører slamres - arbeidsdagen er tatt til for sykepleierne, og pasientene må innordne seg etter det. Formiddagen er den mest travle og virksomme tiden av døgnet i avdelingen. Det meste av program er lagt til denne tiden. Prøver, undersøkelser og behandling av pasienter foregår nå. Likeså det mest omfattende av stell og pleie. Slik blir stemningen fylt av aktiviteter og ofte også travelhet. Pasientene kan synes at sykepleierne har det for travelt, og sykepleierne kan synes de har for mange arbeidsoppgaver.*

*Ettermiddagen starter ofte med besøkstid. Pårørende og venner kommer på besøk. Noen vil også gjerne snakke med "søster" om sine nære og spørre eller diskutere noe angående sykdommen eller behandlingen. Ut over ettermiddagen stilner en del av aktivitetene av. Det som foregår nå er mer vedlikeholdsarbeid. Det viktigst nå er å stelle for pasientene og sørge*

*for at de har det så bra som mulig. I tillegg vedlikeholdes behandling, man informerer og snakker med pasientene og etterhvert forbereder dem til natta på sykehuset. Igjen kommer det en roligere stemning inn i avdelingen, det kan se ut som om både personell og pasienter faller til ro. Pasientene blir hjulpet til ro, lyset dempes, stemmene stilner og lydene avtar. Nattevakta kommer og overtar avdelingen. Hun skal sørge for at pasientene kommer seg igjennom natta på best mulig måte, helst med mye søvn og hvile.*

### 3. Min vei i feltet

I innledningskapittelet har jeg sagt at den sykepleiekunnskapen jeg ønsker å studere, ligger innbakt i de handlinger og gjøremål sykepleiere utfører i løpet av en arbeidsdag. Meløe, som jeg har henvist til tidligere, understreker at skal forskeren skaffe seg et godt grep om folks forskjellige begreper om verden, må man skaffe seg erfaring fra de virksomheter begrepene stammer fra og har sitt feste i (Meløe 1995). Det jeg ønsket i dette prosjektet var å studere sykepleiernes virksomhet i den aktuelle avdeling, og gjennom det kunne si noe om sykepleiernes daglige praksiskunnskaper. Disse kunnskapene vil kunne finnes i ulike sykepleiehandlinger og situasjoner. Det vil være handlingene og situasjonene som kan gi en forståelse av disse kunnskapene, og vise dem frem.

Metodisk ble det derfor et poeng for meg å kunne delta i situasjoner hvor ulike sykepleiefaglige aktiviteter utføres. Med henvisning til Meløe har jeg brukt begrepet *det tautologe landskap* om situasjoner som gir identitet til handlinger som rommer daglige praksiskunnskaper. Det ble derfor viktig for meg å identifisere typiske gjøremål og handlinger i den aktuelle avdelingen.

#### Feltsituasjoner

De situasjonene jeg her vil gå nærmere inn på er situasjoner der sykepleierne i sitt arbeid er sammen med pasienter. Situasjonene er i praksis ikke adskilte situasjoner, de kan være vevd inn i hverandre og/eller foregå parallelt. Det typiske med disse situasjonene er at de er vanlige og går igjen fra dag til dag. De er også situasjoner som representerer sentrale tema eller områder i all grunnleggende sykepleie. Situasjonene jeg har prøvd å skille ut, er måltidet, stellet og treningen. Disse situasjonene var i denne avdelingen de som var enklest å se som selvstendige eller adskilte situasjoner som har en viss tidsdimensjon.

I grunnleggende sykepleieteori kobles aktivitetene i tilknytning til måltid, stell og trening til behovet for ernæring, behovet for å være ren og velstelt og behovet for å opprettholde riktig kroppstilling og å skifte stilling (Henderson 1997). Også andre behov pasienten har kan imøtekommes i disse situasjonene. I denne avdelingen er dette situasjoner som er grunnlaget

for samvær og samhandling mellom sykepleier og pasient, og som enkeltsituasjoner er de som strekker seg mest ut i tid.

Måltidet blir i noen lærebøker sett på som "et tiltak" for å dekke pasientens behov for væske/næring (Mitchell, 1980). Sykepleieren har kunnskaper om ernæringsfysiologi som sier noe om størrelsen av dette behovet ut fra alder, vekt og tilstand. Hun har også kunnskaper om hvordan et måltid skal tilrettelegges, hvordan mat skal serveres, evt. hvordan en pasient som ikke kan spise selv, kan få maten tilberedt og gitt.

I avdelingen er måltidet, eller "maten", en viktig begivenhet som lager rytme i dagen. Maten kommer fra et hovedkjøkken til faste tider, og andre aktiviteter blir ofte tidfestet i forhold til måltidene. Pasientens appetitt kan fortelle sykepleieren om pasientens tilstand. Det er viktig å ta til seg næring for å bli frisk. Behovet en pasient har for hjelp til å spise, kan variere fra dag til dag. En dag får pasienten maten servert og spiser selv. En annen dag er pasienten svak og kraftløs og må ha hjelp til å skjære opp maten eller også mates. Det å mate en pasient som er sengeliggende "tar den tiden det tar" (Hamran 1991).

Sykepleieren har ansvar for at pasienten får den maten eller den dietten han skal ha, og også et ansvar for å hjelpe pasienten å få i seg næring. I dette ligger å sørge for at det er ryddig og ordentlig på rommet der pasienten spiser, dette er jo også det rommet han sover i. Det innebærer å hjelpe pasienten til en stilling som det er mulig å spise i. Det innebærer også å snakke med pasienten om hva han eventuelt har lyst på av mat, om hvordan matlysten er og hvilken form for hjelp han ønsker i forbindelse med måltidet. Å ha ansvar for maten krever et kjennskap til og en samhandling med den enkelte pasient. Dette er noe langt mer enn den tekniske siden som betinger riktig mat til riktig pasient. Foruten dette har også maten, eller måltidet, en kulturell mening, forbundet med samvær og tradisjoner som også bør ivaretas i den grad det er mulig.

I skolens lærebøker kan stellet bli omtalt som det "tiltak" man utfører for at pasienten skal få kvitte seg med kroppens avfallsstoffer. Stellet er et tyngdepunkt i arbeidsdagen og også "stellet tar sin tid." Det snakkes i avdelingen om stellet som noe uforutsigbart i forhold til hva som skal skje og hvor lang tid det kan ta. Dette til tross for at stellet innbefatter ganske konkrete aktiviteter. I stellet inngår at pasienten får den hjelp han trenger til vask av kroppen sin, skifting av tøy på seg selv og senga si. Hudpleie vil også inngå i et stell. Sykepleieren observerer



pasientens hud og forebygger, eventuelt behandler, sår og utslett. I et stell trer sykepleieren inn i pasientens private kroppslige sfære og pasienten åpner mer eller mindre frivillig opp for dette for å få hjelp til vask og hudpleie. Stellet kan på bakgrunn av måten sykepleieren trer inn i det på, være omgitt av en atmosfære som er god eller mindre god for pasienten.

Sykdom eller helsesvikt påvirker ofte pasientens funksjonsnivå. Det vanligste er at sykdom begrenser pasientens funksjonsnivå. For å vedlikeholde eller øke funksjonsnivået hjelper sykepleieren pasienten til å trene. Sykepleieren har kunnskaper om hvordan sykdom virker inn på funksjonsnivået og også hvordan redusert funksjon i sin tur kan bevirke sykdom. Trening kan av pasienten oppleves som lystbetont med klare mål, fremskritt og mestring. I andre situasjoner som et ork og et slit, kun tungt og vanskelig. Her kan trening være å utføre dagliglivets gjøremål for eksempel å kle på seg selv, vaske seg osv., eller mer systematisk trening for å opprettholde muskelaktivitet eller leddfunksjon – for eksempel gåtrening eller spesifikke øvelser.

Skal treningen bli vellykket og god må sykepleier og pasient snakke sammen og bli enig om når og hvordan den skal skje. Sykepleieren må av og til være den som bøyer og strekker på pasientens armer og ben, når pasienten er for slapp til å kunne greie dette selv. Eller sykepleieren er den som må dytte på, gi støtte, rose pasientens innsats og fremgang eller prøve å gi pasienten mot til å orke å holde på.

De situasjonene jeg her kort har beskrevet, vil i mitt studie være det tautologe landskap som gir identitet til den daglige sykepleiekunnskapen. Det er situasjoner som bærer i seg handlinger og aktiviteter som rommer sentrale faglige områder i sykepleie. Her dreier det seg om situasjoner omkring noen menneskelige behov som sees som en ryggrad eller et grunnlag for sykepleiefaget (Henderson 1997). Det var disse situasjonene jeg måtte ”komme inn i” for å studere denne kunnskapen. Ut fra disse overveielser ble feltstudie den metoden som kunne gi meg innpass i de aktuelle situasjonene i avdelingen, og som kunne gi meg muligheter til både å se eller observere sykepleiere i deres arbeid og å snakke med dem.

Disse sykepleiesituasjonene er kjent for meg fra sykepleieteori, men også fra egen praksis. De representerer for meg sentrale områder av sykepleien og jeg leser dem som sykepleiesituasjoner og gir dem mening ut fra det perspektivet. Beskrivelsene av de tre ulike

sykepleiesituasjonene vil kunne sies å uttrykke min forståelse for situasjoner som er grunnleggende i sykepleiepraksis og slik kunne sies å være min forforståelse for noe grunnleggende i sykepleie. I tillegg vil beskrivelsene uttrykke en forståelse av kunnskapselementer i disse situasjonene, en forståelse av en situasjonell og kontekstuell sykepleiekunnskap. Som utdannet sykepleier med praksis fra sykepleievirksomhet, har jeg et kjennskap til og en forståelse av den sykepleiepraktiske virksomheten. Sykepleievirksomhet er imidlertid ikke den virksomheten jeg nå bedriver (lærer og forsker), og mitt kjennskap til avdelingen ligger tilbake i tid. Min forforståelse behøver derfor ikke å stemme med sykepleievirksomheten i avdelingen, men den vil likevel gjøre at jeg har en type forståelse av virksomheten.

Jeg vil her komme inn på hva jeg konkret gjorde for å komme inn i det fortrolige fellesskapet av sykepleiere i denne avdelingen, og hvordan jeg i denne fasen tenkte omkring det å være forsker i feltet.

### **Min relasjon til feltet**

Jeg tok høsten 1997 en uformell kontakt med avdelingslederen for å høre om avdelingen kunne være villig til å delta i et prosjekt som hadde til hensikt å studere sykepleieres praksiskunnskaper. Etter at personellet i avdelingen hadde diskutert dette, fikk jeg tilbakemelding på at de ville delta. Neste steg var å innhente formell tillatelse fra sykehusets direktør. I avdelingen deltok jeg på avdelingsmøte for å orientere om prosjektet og gav ut skriftlig informasjon til alle sykepleiere. Prosjektsøknaden var også tilgjengelig for de som ville lese denne. Sykepleierne som deltok i prosjektet, gav sitt samtykke skriftlig.

Det meste av min egen sykepleiepraksis ligger over tyve år tilbake i tid. Da mener jeg det å praktisere som sykepleier og ha ansvar for pasienter og avdeling. Denne praksisen var i kirurgisk avdeling, men ved et annet sykehus enn det aktuelle. Imidlertid hadde jeg et mellomspill som sykepleier ved intensivavdelingen i det aktuelle sykehuset for fjorten år siden, først som student i en videreutdanning i intensivsykepleie og senere som sykepleier. Dette strakk seg over en periode på to år. I denne perioden hadde jeg samarbeid med

avdelingen jeg nå gikk inn i gjennom mottak og overlevering av pasienter som etter operasjoner var innom intensivavdelingen.

Min praksis har utover dette vært knyttet til utdanning av sykepleiere. Deler av denne praksisen har vært veiledning av studenter i et praksisfelt. Dette innebærer, på det nivå i utdanningen jeg har jobbet, sammen med studenter å planlegge og gjennomføre sykepleie til en pasient eller en gruppe av pasienter på en tidligvakt. På slike dager, selv om vi kan ha frie rammer, er det likevel en sykepleier i avdelingen som har ansvaret for den sykepleien som blir gitt. En slik veilederrolle gir likevel en føling med virksomheten i en avdeling og vedlikeholder noe av handlingsberedskapen sykepleiere har. Denne aktuelle avdelingen kjenner jeg gjennom å ha hatt en slik veilederrolle i ca. fem år. Veilederforholdet med avdelingen hadde imidlertid opphørt fem år før jeg startet dette prosjektet. Det innebar at det i prosjektperioden for meg både var kjente og ukjente sykepleiere jeg forholdt meg til.

Noen av sykepleierne i avdelingen har altså hatt kontakt med meg både i rollen som sykepleier og som lærer. Jeg har alltid kjent meg velkommen i avdelingen både i samarbeid om pasienter og studenter. Nå kom jeg inn i avdelingen som forsker, mens sykepleierne kjente meg som sykepleier og lærer. Jeg kom inn i avdelingen mer som en kjent enn som en fremmed, sykepleierne hadde hatt meg i avdelingen tidligere, og vi visste noe om hverandre. Noen av de jeg kjente godt, uttrykte at det var greit å ha meg med i det daglige arbeidet, men de grudde seg for intervjuet. Dette oppfattet jeg som at de var trygg i sin rolle som utøvende sykepleiere. I det praktiske arbeidet var de på hjemmebane, mens jeg, som riktignok kjente til virksomheten, ikke ble oppfattet som noen ekspert. Å bli intervjuet var derimot vanskelig for noen, dette var en situasjon de ikke hadde fortrolighet med. Jeg vektla at også jeg som forsker var nybegynner, og derfor usikker i min rolle. Dette er mitt første empiriske prosjekt, og jeg måtte også få aksept fra sykepleierne til å famle litt og gå stegvis frem for å lære meg den nye rollen.

Det positive forholdet jeg på forhånd hadde til avdelingen, gjorde at jeg hadde en verdifull inngangsbillett. Jeg fikk på bakgrunn av min sykepleierrolle innpass på alle arenaer i avdelingen. Om sykepleierne utførte sykepleie annerledes fordi jeg var med, har jeg selvfølgelig ingen kontroll over. For meg virket det som det daglige arbeidet forløp som "normalt", med de problemer og vanskeligheter jeg kjenner fra lignende praksis. Forskerens

nærvær vil alltid kunne påvirke de som har sagt seg villig til å delta i et prosjekt. Det var viktig for meg å klargjøre at jeg var der for å *lære* om og *utforske* den daglige sykepleiekunnskapen. Den tilbakemeldingen jeg fikk fra sykepleierne, var at de syns dette prosjektet var viktig. De var interessert i at denne dimensjonen av sykepleiekunnskapen skulle løftes frem og bli verdsatt.

For min posisjon som forsker gav det positive forholdet jeg hadde hatt til avdelingen meg en god start. I ettertid har jeg reflekterer over er om det kan ha ført til et for vennlig og derfor lite kritisk blikk på virksomheten. Min kjennskap til av sykepleierne og mitt tidligere forhold til dem, var preget av vennlighet - og forståelse for deres arbeidssituasjon som av og til er svært vanskelig og krevende. Kanskje ble min forståelse for innforstått og god uten undring og kritiske spørsmål.

Et annet moment som også har virket inn på arbeidet er min egen personlige interesse i dette prosjektet. Faglig sett, ser jeg dette prosjektet som viktig med tanke på fremtidig utdanning av sykepleiere. Dette kan ha medført en for stor iver, og derfor ikke gitt rom for en nødvendig distanse til de studerte fenomenene. Min interesse for problemstillingen har jeg med meg gjennom hele prosjektet. Bevisstheten og erkjennelsen rundt dette har kanskje vært varierende i prosjektets ulike faser.

## **Feltarbeidet**

Å gjøre feltarbeid i egen kultur innebærer at man studerer en del av sin egen virkelighet. I utgangspunktet kan man tenke seg at dette er enklere enn å studere fremmede kulturer. På mange måter er det også lettere, vi kan språket og vi har visse grunnleggende antagelser felles (Wadel 1991). Dette er en felleskunnskap som man trekker på når man gjør feltarbeid i egen kultur. Denne felleskunnskapen gjør det imidlertid også vanskelig med feltarbeid i egen kultur. I denne kunnskapen ligger mye man tar for gitt, og derfor ikke så lett oppdager og får satt ord på. Det kan slik være ”blinde flekker” man aldri ser og får tematisert fordi fenomenene er under huden på en. Slik kan man tenke seg at det er områder i en virksomhet som aldri vil kunne utforskes av de som er en del av virksomheten. På den andre siden, vil en som er innenfor virksomheten, kunne se andre forhold ved virksomheten enn en

utenforstående fordi felleskunnskapen kan gi en betydningssammenheng som en som står utenfor ikke kan forstå.

Det kan diskuteres om jeg i mitt prosjekt gjorde feltarbeid i egen kultur. Ut fra Wadels definisjon kan sykepleiepraksis sees som en del av min egen virkelighet. Det er noe jeg kjenner og indirekte forholder meg til i arbeidet mitt. Jeg har noen grunnleggende felles antagelser med sykepleierne i avdelingen om hva sykepleievirksomheten går ut på. I dette ligger at jeg har en forståelse for det sykepleiefaglige i ulike situasjoner, og jeg forstår språket. Dette kan i situasjoner føre til at jeg, for eksempel som deltaker i en stellsituasjon, kan se med "sykepleiebriller" og ikke med "forskerbriller". I første del av studiet var nok dette en realitet. Min tidligere erfaring var i denne virksomheten å se med sykepleiebriller. Det vil si at jeg hadde med meg erfaringer inn i de aktuelle situasjonene som påvirket hva jeg så og observerte. Jeg hadde med meg meninger og tanker om sykepleie ut fra en fortrolighet med fag og praksis. Den verden vi har med oss vil i enhver situasjon gjøre seg gjeldene i vår oppfatning av nye situasjoner. *"For forskeren i eget samfunn er det som studeres allerede til stede som en erfaring og derfor noe forskeren bringer med seg til feltet"* (Nergård 1994, s. 15). Denne erfaringen kan i følge Nergård aldri renses ut av forskerens selvforståelse. En slik forsker vil derfor kunne avdekke forhold som en utenforstående forsker aldri ville kunne komme på sporet av, samtidig ville den utenforstående kanskje forstå sine funn annerledes (Nergård 1994).

Mine forskerbriller skulle i dette studiet fokuseres på sykepleierens handlinger og gjøremål og ikke pleien pasienten fikk. Jeg måtte prøve å ta et steg tilbake for å observere meg selv i situasjonen. Det var ikke sykepleierrollen som her skulle være min primære rolle. Jeg prøvde bevisst å vokse meg inn i forskerrollen gjennom å lese og i praksis få fortrolighet med og bevissthet om rollen.

Sykepleiepraksis kan også sees som en annen virkelighet enn min egen. Jeg er ikke praktiserende sykepleier i dag og har heller ingen annen funksjon som knytter meg til denne avdelingen. Denne avdelingen er ikke en del av min daglige virkelighet. Slik sett er jeg en utenforstående i avdelingen, og kunne også forundre meg over hvordan arbeidet ble planlagt og gjennomført. Noe av det jeg så og observerte gjorde at jeg også måtte endre min forforståelse av fenomener i virksomheten. For meg kjennes det riktigere å snakke om *et kjent*

*felt* i stedet for *eget felt*. Jeg er mest *innenfor* i dette feltet gjennom min tilknytning og interesse i det sykepleiefaglige. Dørene ble åpnet for meg, og situasjonene lagt til rette. Likevel var jeg også *utenfor* i dette feltet. Det kan være vanskelig å operere med klare og entydige begrep som *innenfor* og *utenfor* for å beskrive min egen posisjon. Som Paulgaard (1997) skriver; er man *ikke innenfra eller utenfra, men begge deler* (s.89). Hun henviser her til egen forskning på eget oppvekststed som avslørte for henne at hun på samme tid både var kjent og fremmed på stedet. Min kjennskap til virksomheten førte til at mine rådata nok var fylt av ”meg selv”, altså min forståelse av sykepleie som virksomhet. Jeg kunne ikke gjøre meg fremmed i situasjoner hvor jeg var kjent. Det empiriske materialet kan imidlertid i løpet av prosessen gies andre betydninger og innsikter enn de man umiddelbart tillegger det. Slik har det også vært i min prosess. Noe jeg kommer tilbake til senere.

Feltarbeidet startet våren 1998. Jeg fikk da følge ni sykepleiere i deres praksis på dagtid. Avdelingssykepleieren satte en grense ved at de sykepleierne jeg skulle følge måtte ha vært i avdelingen i mer enn to år. Hennes argumentasjon var at de som hadde vært kortere tid hadde nok med seg selv og at det ble for anstrengende for dem å ha meg med. Dette gjaldt kun to stykker av de som arbeidet dagtid. Jeg fant hennes vurdering rimelig. Den daglige kunnskapen jeg ønsket å studere tenkte jeg også hadde sammenheng med erfaring og fortrolighet i arbeidet som sykepleier.

Feltarbeidet strakk seg over mellom to til tre måneder denne første våren (februar, mars og april). Etter en foreløpig analyse av materialet var jeg tilbake i avdelingen våren 2000. Denne perioden var en ”friere” observasjonsperiode hvor jeg gikk med på legevisitter og var med på rapporter. I tillegg hadde jeg denne våren fem gruppesamlinger med sykepleierne hvor det foreløpige materialet ble drøftet. Hensikten med disse gruppesamlingene var tosidig. Jeg ønsket for det første en validering av det foreløpige analysematerialet. I tillegg ønsket jeg å gå videre på det jeg oppfattet som interessante funn og få utdypet, eventuelt nyansere dem.

## **Forskerroller**

Mange kvalitative forskere har brukt tidligere yrkesroller som inntak, skriver Wadel (1991) og gir ulike eksempler på det. Dette var også situasjonen i mitt tilfelle. Han snakker om rolleutforming gjennom et feltarbeid og sier at det å være i feltarbeid vil kunne innbefatte en

pendling mellom ulike roller. Det kan være arbeidsrolle, samtalerolle, tilhørrerolle og tilskuerrolle. De rollene man får etablert gjennom et feltstudie, kan være avgjørende for hva man erverver seg av innsikt.

De rollene jeg på forhånd hadde definert meg inn i, var arbeidsrollen (assistenten) og samtalerollen (samtalene ved dagens slutt). Disse rollene hadde jeg fått klarsignal til å gå inn i fra de deltakende sykepleierne. Det var også disse rollene jeg var aktiv i, gjennom hele feltstudiet. Imidlertid var jeg flere ganger i situasjoner hvor jeg var tilhører (på sykepleierapporter, legevisitter) og tilskuer (ved å iaktta andre sykepleiere i samhandling med “sine” pasienter). Jeg opplevde også situasjoner hvor jeg var sykepleiefaglig diskusjonspartner og hvor jeg var direkte sykepleieutøver. Det var vanskelig å skulle avgrense seg fra alle slike situasjoner. Disse rollene er likevel perifere i prosjektet.

### **Deltakende observatør**

Jeg deltok i det livet sykepleierne deler med sine pasienter, gjennom å assistere sykepleierne i deres arbeid og samhandling med pasientene. Dette innebar å delta når sykepleierne hjalp pasienter for eksempel i stellet eller med måltidet. Å være assistent innenfor pleiearbeid betyr å gå til hånd, hjelpe til med gjøremål der man må være to personer og ellers utføre deler av oppgaver som sykepleieren iverksetter. Det er alltid en sykepleier som leder i arbeidet i en sykepleier – assistent relasjon.

Som observatør og forsker ble jeg altså ikke stående uvirksom, men deltok på sykepleierens premisser. Jeg kjente at jeg i starten ble overveldet over igjen å være sykepleier og kjente også en glede ved å være en del av fellesskapet. I denne første perioden var jeg nok mer deltaker enn deltakende observatør. Kanskje var jeg i perioder ”native” og manglet den distansen som kreves for å kunne forske. Som sykepleier hadde jeg forutsetninger for å kunne forstå aktivitetene og handlingene, mine forutsetninger som feltforsker var ikke like gode.

Observatørrollen i betydning forskerrollen var ny og ukjent for meg. Jeg var ikke trent i denne rollen og var derfor spent på hva jeg evnet å se og få med meg. Det ble aktuelt å stille spørsmålet om min fellesskapskunnskap med sykepleierne var så stor at jeg ikke greide å oppdage interessante forhold fordi de innenfor fellesskapet virket selvsagte? (Wadel 1991)

Hver dag skrev jeg mine feltnotater og hadde ved dagens slutt en samtale med den sykepleieren jeg hadde arbeidet sammen med. Det krevde litt tid og energi å arbeide med rolleutformingen. Imidlertid tror jeg forskerrollen ble tydeligere etter hvert, noe jeg syns feltnotatene viser.

Mine feltnotater fra den første tiden var tynne. Etter hvert som min fortrolighet med feltforskerrollen økte, ble de heldigvis mer innholdsrike. Etter vel tre måneder satt jeg derfor igjen med en stor bunke feltnotater. De beskriver situasjonene jeg, sammen med sykepleier, har vært i, de beskriver pasientene som er med og hva sykepleieren gjør i situasjonene og også hva hun sier. Avdelingen lot meg disponere avdelingsleders kontor til dette arbeidet. Der kunne jeg sitte uforstyrret å skrive. Det samme kontoret ble også benyttet til samtale med sykepleierne.

Når jeg ved dagens slutt satte meg ned for å skrive mine notater, skrev jeg ned umiddelbare tanker og opplevelser. Jeg skrev da fortløpende til jeg var tom. Notatene kunne derfor bli noe ustrukturerte. I løpet av dagen kunne jeg også gå inn på kontoret for å skrive ned stikkord og små beskrivelser. Disse ble så hentet frem igjen og føyd inn i en mer helhetlig beskrivelse. Feltnotatene ble på denne måten min egen tolkning av det som hadde foregått i løpet av dagen i min egen språkdrakt.

### **Intervjuer/samtalepartner**

Etter hver av mine assistentdager, samtalte jeg med den aktuelle sykepleieren om dagens arbeid. Det å være observerende deltaker gav meg en unik mulighet til i samtalen å trekke inn de tema som situasjonen bragte med seg. Mine observasjoner fra min deltakerposisjon ble slik en premissleverandør for samtalen med sykepleieren.

Samtalen gav sykepleieren mulighet til refleksjon over egen praksis, noe som er vanskelig å prioritere i en travel hverdag. Videre fikk de kanskje en dypere erkjennelse av egen praksiskunnskap og den kunnskapsproduksjonen som finner sted i en praktisk virksomhet. Slik refleksjon kan gjøre arbeidet som sykepleier mer interessant og spennende for dem. Vi har interessen for faget sykepleie felles og dermed en forutforståelse som binder oss sammen.



Som samtalepartner var hensikten å få tilgang på sykepleierens egne refleksjoner og vurderinger av den aktuelle situasjonen, en samtalepartner som kjenner og forstår den situasjonen som er fokus for refleksjonen. Refleksjon kan sees på som en analyserende virksomhet som trenger under det intuitive<sup>22</sup>. Som samtalepartner blir det her viktig å innta en ikke for aktiv rolle, men heller være en god tilhører og pådriver for den analytiske prosessen. Kanskje må sykepleieren hjelpes på vei, eventuelt stilles direkte spørsmål for å komme på gli. Det viktige er at jeg som samtalepartner legger noen rammer og premisser for samtalen, men likevel ikke blir den som styrer den. Noen av sykepleierne sa på forhånd at de grudde seg for å bli tatt opp på bånd. Min erfaring var at de i starten kunne føle seg beklemt, imidlertid glemte de fleste hele båndopptakeren etter hvert.

Flere av de som i dag bruker begrepet samtale i metodelitteratur bruker det synonymt med intervju (Fog 1994, Thorsen 1996). Det er her ikke snakk om intervju i en hvilken som helst betydning, men i betydning et ustrukturert kvalitativt intervju. Fog sier det slik:

Det interview, som jeg taler om, har mest karakter af en fortrolig samtale, hvori interviewpersonen fortæller interviewer en noget, som er af betydning for ham, og fortæller det, fordi interviewer en er interessert i det, han har at fortælle (Fog 1994, s.20).

Begrepet det kvalitative forskningsintervju forbindes vel i Skandinavia først og fremst med forskeren Kvale (1992). Han definerer et kvalitativt forskningsintervju som et intervju som har til formål å samle beskrivelser av intervjupersoners livsverden i den hensikt å fortolke meningen med det beskrevne fenomen (Kvale 1992). I denne studien er det ikke sykepleiernes livsverden som sådan som er mitt interessefelt. Derimot er det den delen av deres livsverden som kan kalles deres arbeidsverden jeg er opptatt av. Mitt anliggende var å få dem til å fortelle om sine refleksjoner i forhold til dagens arbeid, som jeg også hadde deltatt i som assistent. Slik sett er mine intervjuer ikke kvalitative forskningsintervju i Kvales betydning, men kan kanskje betegnes mer i retning av det som i annen litteratur blir benevnt som feltsamtale (Wadel 1991). Likevel har Kvales beskrivelser og tanker rundt det kvalitative forskningsintervjuet inspirert meg i gjennomføringen av mine samtaler.

---

<sup>22</sup> Egne forelesningsnotater basert på Josefsons forelesninger på doktorgradskurset: Kvalitative metoder, filosofisk og metodisk perspektiv på praksis. Universitetet i Bergen 17. og 18. nov. 1997.

Kvale sier om det kvalitative forskningsintervju at det er åpent for flertydigheter og forandringer, det er forutsetningsløst og avhengig av intervjuerens sensitivitet. Fog, som har arbeidet sammen med Kvale med utvikling av kvalitative forskningsintervjuer, sier :

“Der er ikke en fastlagt interview procedure, hvorfor den kendsgerning, at interviewerens viden og forståelse stiger undervejs, får lov at spille ind. Det betyder, at hun kan komme i tanke om ting, som hun ikke havde med i sit billede, da hun startede, og at hun kan udnytte sine nygjorte erfaringer løbende. Hendes voksende viden og sensitivitet for betydninger indebærer, at de senere interview alt andet lige er bedre end de første. De er som oftest udført med større fleksibilitet og mere kreativitet” (Fog 1994, s.13).

Fog sier i sitatet ovenfor noe om hvordan et slikt intervju kan forløpe. Kvale sier at hensikten er å få frem intervjuobjektets mening med det fenomenet som studeres. Det som er viktig er altså å få den andres syn, mening og forståelse av et fenomen. For å få til dette må intervjueren ha selvinnsikt, empati, menneskekunnskap og situasjonsfornekkelse, noe som kan sammenfattes i begrepet sensitivitet i vid forstand (Kvale 1992).

Både det Kvale og Fog her sier om det kvalitative forskningsintervju har mye å gjøre med det jeg oppfatter som en forskningssamtale, og som jeg prøvde å ha som ideal i samtalene med sykepleierne. Hensikten med samtalene var å få fatt i deres oppfattelse, innsikt og evt. kunnskaper om eller i situasjonen vi hadde vært i. Samtalene fulgte ingen fastlagt prosedyre. Den var likevel knyttet til spesielle situasjoner, faste temaer og spesielle fenomener.

Hensikten min i dette prosjektet var å få sykepleieren til å snakke om sine tanker, sin oppfatning av sykepleiesituasjonene, og det som beveger henne til å samhandle med pasienten og utføre de handlinger hun velger i situasjonen. Jeg sa til sykepleieren at jeg var interessert i hva i situasjonen som beveget henne til å gjøre det hun gjorde. Hva hun sanset i situasjonen, hva hun mente å forstå eller tolke, hva hun tenkte rundt samspillet med pasienten, hva var viktig/mindre viktig i situasjonen. Dette er bare noen av de spørsmål som i disse samtalene er blitt berørt. Selv om jeg innledningvis bruker begrepet tenke høyt sammen, var mitt hovedanliggende å få sykepleieren til å berette mest mulig fritt. Slik sett ønsket jeg en

‘innenfra’ beskrivelse for å bruke Kvales begrep (Kvale 1992), eller en ‘beretelse’ fra sykepleieren som Josefson sier<sup>23</sup>.

Hva var så min forskerrolle i denne samtalen? Det jeg prøvde på var å være en ‘fødselshjelper’ som stimulerer til berettelsen gjennom oppmuntring i form av nikk og anerkjennende blikk. På denne måten var jeg også en medskaper av data eller en coproducent (Thorsen 1996). Jeg så at jeg gjennom stimulering kunne få sykepleieren til å gå videre og lenger i utdypning av temaer, samtidig som jeg sikkert ved manglende stimulering kunne være med å ‘lukke’ eller avblåse spørsmålsstillinger. Det ble derfor viktig å få størst mulig bevissthet om eget kroppsspråk og hva som virket stimulerende og hva som lukket. Dette går for meg inn i Thorsens begrep om å være sensitiv i samtalsituasjonen. Det jeg også prøvde på i samtalen, var å få sykepleieren til å “smake på” ord og formuleringer som hun brakte frem, for å “smake dem frem”, slik at de blir gyldige begrep for hennes praksiskunnskaper. En viktig del av mitt prosjekt er å prøve å begrepsfeste sykepleiernes praksiskunnskaper.

Hva så med det forskningsetiske ved en slik samtale? Taler vi sammen, eller er det jeg som forsker som henter ut det jeg har bruk for i forhold til mitt prosjekt? Å tale sammen forutsetter for meg en symmetri. Det er likevel en stor asymmetri i forhold til hva vi bidrar med i samtalen. Jeg sier lite (minst mulig), mens jeg prøver å få sykepleieren til å si mest mulig. Det er jeg som har initiert samtalen fordi jeg har bruk for det sykepleieren kan gi meg. Sykepleieren gir meg sine tanker og oppfatninger (ganske mye av seg selv), og man kan stille spørsmål ved hva hun får igjen for det. Fog (1994), som sier at det kvalitative intervju har karakter av en fortrolig samtale, modifierer dette noe ved å si at det likevel skiller seg fra en gjensidig dagligdags tale. Samtalen er formålsbestemt, den er et redskap, en metode. Dette peker på en tvetydighet som *sætter seg som spændinger i selve interviewet* (Fog 1994, s.64).

Jeg kommer i liten grad med meninger i annen form enn bekræftende ord og nikk. Dette er ment som en oppmuntring til å fortsette. Jeg er likevel styrende i samtalen fordi jeg bringer de tema som for meg er viktig på banen, (se spørsmålsstillingene ovenfor). Jeg mener til tross for dette at det er en samtale mellom to subjekter. Det er ingen som sitter med svar eller løsninger. Det er en reflektering over handlinger i en konkret situasjon. Jeg opplever også at

---

<sup>23</sup> Egne forelesningsnotater basert på Josefsens forelesninger på doktorgradskurset: Kvalitative metoder, filosofisk og metodisk perspektiv på praksis. Universitetet i Bergen 17. og 18. nov.1997.

sykepleierne etterhvert som de kom på gli kunne glede seg over muligheten for denne refleksjonen. Uttalelser om at dette var bevisstgjørende og lærerikt vitner om det. Det som likevel er sikkert, er at det er jeg som har satt igang det hele, i utgangspunktet er det for min skyld de er med på dette. Jeg syns likevel det er greit å få tilbakemelding på at de syns det er lærerikt og også at de mener det er viktig for utviklingen av sykepleiefaget.

I løpet av den første intervjurunden sa en av sykepleierne om et tema vi snakket om; *at dette kunne det vært artig å diskutere med de andre sykepleierne på avdelingen*. Det gav meg ideen til å foreslå at vi kunne gjennomføre noen gruppeintervju hvor vi diskuterte emnene jeg gjennom analysen kom frem til. Min tanke var å da komme dypere i emnene, altså få utdypet dem videre, få flere eksempler og kanskje flere nyanser. Jeg var også interessert i å få en tilbakemelding på om emnene fanget inn viktige sider eller kunnskapsaspekter ved deres praksis. Av de ni første sykepleierne var syv med på disse intervjuene (en var i permisjon, en gav beskjed om at han ikke ønsket å være med). De syv var ikke alle tilstede hver gang, dette skyldtes vaktordningen i avdelingen. Intervjuene ble gjennomført våren 2000, altså to år etter den første feltperioden. Vi gjennomførte fem slike gruppeintervjuer som ble tatt opp på bånd og utskrevet. I denne perioden satt jeg også i avdelingen, hørte på sykepleierrapporter og gjorde notater.

Dette materialet ble brukt som et supplement til den foreløpige analysen og flettet inn i denne. Jeg formulerte empirien som skisser. Disse skissene er slik en konstruksjon av en virkelighet jeg har sett og blitt fortalt noe om, i form av en tekst. En tekst om det sykepleierne i denne avdelingen tenkte og gjorde i løpet av sine arbeidsdager, eller også hvordan det var å være sykepleier i det daglige på denne avdelingen. En drøfting av hva som i denne teksten kan sees som kunnskap, kommer jeg tilbake til i senere kapittel.

Jeg hadde møter med avdelingen hvor jeg la frem mine foreløpige resultater og fikk diskutert disse med sykepleierne. De fikk tilgang på materialet for å kunne gi meg tilbakemelding. Noen kommentarer fikk jeg, men ingen som gikk på ønske om endring av materialet, dvs. stryking eller tilføyelser.

## **Analysen**

Det finns ulike tradisjoner for hva en analyse er og hvordan analysearbeid skal foregå.

Ytterlighetene er kanskje på den ene siden, de som sverger til nitid og detaljert analysearbeid, gjerne med utgangspunkt i oppskrifter (Strauss & Corbin 1990). På den andre siden finnes de som foretrekker å konsentrere analysen om en mer helhetlig forståelse. Felles for begge er at hovedideen ofte utkrystalliserer seg brått, gjerne mens de holder på med noe annet (Solberg 1985).

Min opplevelse av analysearbeidet er og i stor grad en frem og tilbake bevegelse, eller også en 'runddans' som Wadel sier (1991). Det er en bevegelse som starter før du går ut i feltet, og varer til det ferdige produktet foreligger. Geertz (1993) snakker om analyse i betydningen å lese ut betydningsstrukturer, eller også å forsøke å lese ut eller konstruere en mening i det som kan kalles 'innsamlet' materiale. Jeg kommer tilbake til 'runddansen' og det å lese ut betydningsstrukturer og mening av materialet. Først vil jeg imidlertid si noe om prosessen fra samtale til tekst.

## **Transkripsjon**

Begrepet transkripsjon blir brukt på prosessen hvor man overfører den talte samtale til et skriftlig produkt. De amerikanske forskerne Mishler og Reissman, (henholdsvis medisinere og sosiolog) har arbeidet mye med denne overføringsprosessen (Hyden & Hyden 1997).

Reissman ser på transkripsjonen som en ren tolkende virksomhet, den blir i hennes forståelse en del av analysen og kan aldri løsrives fra denne. Hvordan forskeren velger å fremstille en tekst, bestemmer i neste omgang hva han kan si om den (Reissman, 1997). Hun vektlegger også i stor grad at forskeren er en medskaper av informasjonen som kommer frem og er opptatt av at transkripsjonen også skal kunne synliggjøre dette. Hun henviser til ulike forskere som vektlegger satser eller elementer i teksten som hver har sin funksjon. Ut fra slike faste elementer kan et intervju inndeles i større satser. Andre forskere opererer med strukturelle mønstre som henger sammen med det tematiske innholdet i intervjuet, her blir strukturens betydning for temaene vektlagt (Reissman 1997).

Mishler (1997) presenterer en typologi som er ment å være et teoretisk hjelpemiddel i transkripsjonen. Fra hans typologi utkrystalliserer det seg tre overgripende kategorier:

Referanseramme, tekststrukturering og funksjon. Han sier typologien er ment som et teoretisk hjelpemiddel i transkripsjonen og advarer mot å oppfatte dette som en modell eller en ferdigstøpt form. Med referanseramme mener Mishler å skape eller gjenskape det som er berettet i intervjuet. Han sier at dette kan skje gjennom en rekonstruksjon av det som blir berettet. Når det gjelder tekststrukturering, ser han på hvordan beretningen er bygd opp og hvordan ulike språklige ressurser anvendes for å skape mening og form. I språklige ressurser ligger lyder, pauser og også ”tonen” i samtalen. Funksjon brukes her i betydning hvilken funksjon det som er berettet har for den som beretter, for den som lytter og for samfunnet som helhet.

Jeg valgte å la kontorpersoneell gjøre den første nedskrivelse fra båndene. Samtalene ble nå løsrevet fra de personer som hadde samtalt, den eksisterte i en annen form, som et visst antall skrevne sider som forskeren skal bearbeide. *“Det som var flyktigt og flertydigt i samtalen, står sort på hvitt på siden, og det står mere entydigt, end der til tider er dækning for”* (Fog, 1994, s.131). Det Fog her er inne på er at når samtalen blir transformert til skriftspråk, så kan innholdet se mer presist og entydig ut enn det man oppfatter i samtalen. Det ble viktig for meg å be de som skrev ut samtalene om å anmerke det Mishler kaller språklige ressurser som lyder og pauser.

Ordene fra en samtale tatt opp på bånd kan når de skrives ut på et stykke papir kalles en rekonstruksjon. Den levende samtalen med budskap sendt med ord og kropp, er nå redusert til en utskrift. Det flertydige og det flyktige er forsvunnet. Altså har det allerede skjedd en tolkning av samtalen. Hva så når denne første tolkningen er overlatt til kontorpersonelet? De var jo ikke tilstede under samtalen, og derfor kan man neppe snakke om en rekonstruksjon.

Denne første utskriften valgte jeg derfor å se som et førsteutkast til utskrift. Det ble også viktig å se om utskriftene ivaretok det meningsinnholdet jeg mente å høre på båndet, i tilfeller der utskriveren hadde oppfattet noe annet. Jeg hadde som forsker vært i situasjonen og hadde også på grunn av min bakgrunn andre forutsetninger for å tolke enn de som skrev.

Utskriften fra kontorpersonelet ble skrevet på høyre halvside av arket, jeg skrev mine kommentarer på venstre halvside av arket. Slik rettet jeg opp førsteutkastet ved å lytte meg gjennom båndene og foreta justeringer. Først når dette arbeidet var gjort hadde jeg en utskrift av samtalene, og arbeidet med kategorien referanserammer i Mishlers betydning var avsluttet.

I mitt transskripsjonsarbeid mener jeg å ha vært opptatt av referanseramme det vil si å gjenskape det sykepleierne har berettet. Det meningssskapende innholdet i sykepleiernes beretninger blir slik det er viktig å fokusere på i det skriftlige materialet. Jeg har også brukt tekststrukturering i form av å finne mening og sammenheng i de temaer som intervjuene inneholder. Her var det metodiske hjelpemidlet fargekoding.

Feltnotatene ble så gjennomarbeidet i forhold til materialet. Her fant jeg beskrivelser av situasjonene vi hadde vært i, som var konteksten eller bakgrunnen for de utsagn eller fortellinger sykepleierne kom med i samtalene. På denne måten prøvde jeg å tilbakeføre eller kontekstualisere samtalene ved hjelp av feltnotatene. Feltnotatene var mine nedskrevne beretninger fra dagene sammen med sykepleier og pasient. Disse gav meg rammen rundt de situasjonene som det ble samtalt over og som ble utskrevet. Slik kunne jeg sette samtalen inn i hver dags kontekst. Noe som også kan sies å være et forsøk på å gi de situasjonene det ble samtalt omkring, det landskap (det tautologe landskap), som er nødvendig for å gi identitet til de ulike handlingene.

### **Runddansen**

Runddansen er først og fremst Wadels (1991) begrep. Jeg vil her prøve å sette begrepet inn i hermeneutisk forståelse og videre si noe om den prosessen som førte meg frem til studiens funn.

Med hermeneutisk forståelsesform forstår jeg en fortolkende prosess. Forskeren sees som deltakende i å skape den informasjonen studien bygger på. Fortolkningen består i stadige bevegelser mellom helhet og del, mellom det vi skal fortolke og den kontekst det fortolkes i, eller mellom det vi skal fortolke og vår egen forforståelse (Gilje og Grimen 1993).

Østergård (1998) ser også på denne bevegelsen blant annet gjennom begrepene *deltakelse* og *forforståelse*. Han knytter deltagelsen opp i mot Heideggers begrep *væren*. I dette begrepet mener han det ligger en oppløsning av skillet subjekt - objekt. På grunn av sin *rettethet*, (det at mennesket alltid er rettet mot verden), kan ikke jeg-et være et isolert subjekt som står overfor isolerte objekter. Menneskets rettethet er i følge Heidegger et grunntrekk ved menneskets måte å være på. Menneskets væren kan bare erfares, vi erfarer daglig at vi eksisterer ved å være rettet mot verden gjennom å forholde oss til alt værende i verden.

Østergård legger denne forståelsen til grunn for at vi som forskere alltid er deltagende i forhold til det vi studerer. Denne deltakelsen beskriver han som del av den hermeneutiske sirkel. Han henviser også til Gadamer, som han mener utvider innholdet i begrepet den hermeneutiske sirkel, ved nettopp å legge inn en forståelse av deltakelse fra fortolkeren gjennom dennes forforståelse av det studerte.

Med henvisning til Lübcke sier Østergaard at både i Heideggers og Gadamers tenkning er forståelsen en betingende del av sirkelen (1998, s.16). Det finnes alltid en bakgrunn man forstår ut fra. Mens man tidligere tenkte at bevegelsen del - helhet var knyttet til det som ble studert (teksten eller fenomenet), brakte disse tenkerne i tillegg inn det gjensidige forholdet mellom fortolkeren og det studerte. Østergård formulerer det slik:

”Forforståelsen er basert på et sett av begreper og en oppfatning av disse begrepenes betydning. Denne forandres i løpet av prosessen, noe som påvirker det blikk som rettes mot det studerte fenomenet”  
(Østergaard 1998, s.19).

Han sier videre at når man beveger seg fra det som skal fortolkes til ens forståelse av det, er denne forståelsen endret. Og omvendt når man beveger seg fra sin forståelse til det fenomenet man vil fortolke, så står man strengt tatt over for et nytt fenomen. Av denne grunn tar tolkningsprosessen aldri slutt, og det kan være riktigere å anvende begrepet den hermeneutiske spiral i stedet for sirkel.

I min fortolkningsprosess hadde jeg med meg et syn på hva kunnskap er. Jeg mente selv at jeg hadde arbeidet med min forståelse av begrepet kunnskap og også utvidet min forståelse fra et tradisjonelt vesterlandsk syn på kunnskap, mot et syn som så kunnskap i handling (Molander 1993). Jeg vil i kapittel fire utdype min forforståelse med hensyn til kunnskapsbegrepet.

Ved gjennomgang av det skrevne materialet hadde jeg ett hovedspørsmål, som gjennom hele dette arbeidet var i bakhodet; Hva kan dette si meg om kunnskap og praksiskunnskap? Hva kan det sykepleierne gjør og sier, si meg om deres praksiskunnskaper? Jeg gikk i første omgang gjennom materialet tematisk. Tanken min var at jeg så fritt jeg kunne greie det, skulle prøve å få frem hva som lå av emner eller tema i det samlede materialet. Imidlertid ser jeg at jeg i denne fasen også var selektiv med bakgrunn i mine forskningsspørsmål.



Jeg hører nok mest hjemme i en tradisjon der man ikke ønsker å bruke for mange oppskrifter. Van Manen (1990), skiller mellom tre tilnæringer for å avdekke eller isolere tematiske aspekt av et fenomen i en tekst. Han snakker om 1) the wholistic approach, 2) the selectiv approach og 3) the detailed approach (s.93). The wholistic approach innebærer at man ser på teksten som et hele og forsøker å få frem en grunnleggende mening ut fra teksten. The selectiv approach består i at man leser en tekst flere ganger og spør seg hva i teksten er spesielt viktig i forhold til det fenomenet den beskriver. Man velger ut og løfter opp det som synes viktig og sentralt i teksten. The detailed approach betegner at man studerer hver enkelt setning detaljert og spør seg hva sier denne setningen om det fenomen som teksten beskriver. Ut fra en slik inndeling ligger min tilnærming nærmest en selectiv approach.

Emnene kan sies å ha fremkommet i 'uklar kombinasjon', som Album sier, mellom å lage og å finne (Album 1996). Det som trer frem av materialet, trer i denne sammenhengen frem for meg. Det er jeg som ser og observerer det som er fremtredene eller hovedideene i dette materialet. Samtidig tenker jeg at det som trer frem, også trer frem fordi sykepleierne formidler det med styrke og overbevisning. Det er slik ulik "kraft" i et datamateriale. Noe vil fremstå som forgrunn, mens andre forhold trer tilbake og blir bakgrunn.

Det jeg fant var ord og overskrifter jeg i første omgang ikke greide å forbinde med kunnskapsbegrepet. Det var vanskelig å snakke om disse emnene som sykepleieres praksiskunnskaper. Emnene var eksempelvis *kjennskap til pasienter* og det å *se pasienter* og de så for meg veldig dagligdagse ut. Et spørsmål jeg måtte stille meg var; kunne disse emnene sees som kunnskap? Jeg måtte reflektere, lese teori om kunnskap og igjen se på mine funn. Denne prosessen gjorde at jeg kunne se funnene på en ny måte eller som nye funn. Jeg leste igjen teori om kunnskap, om praksiskunnskap, yrkeskunnskap og taus kunnskap. Dette hjalp meg et stykke på vei. Det som virkelig gav meg nye impulser og innsikt i de empiriske emnene som kunnskap, var inspirasjonen jeg hentet fra Heidegger. Jeg kommer tilbake til hvordan denne inspirasjonen førte meg frem til fire hovedemner som jeg velger å se som sykepleieres daglige kunnskaper (kap.5).

Jeg har tidligere skrevet om *det tautologe landskap* og sagt at dette landskapet gir identitet til de handlinger som utøves. Dette landskapet vil være handlingsintert på den måten at det gir en forståelse som kan sies å ligge i handlingen. Det vil være den aktuelle og dynamiske

konteksten som menneskelig handling er en del av. Østergaard (1998) sier at utfordringen for studier av menneskelig aktivitet ligger i å ikke abstrahere bort denne konteksten, men tvert imot i det å inkorporere konteksten i analysen (s.40). Jeg måtte igjen søke i litteratur som kunne gi inspirasjon til å se dynamikken og bevegelsen i de kunnskapsemnene jeg hadde kommet frem til. Her ble filosofen Wittgenstein den store inspirasjonskilden. Hans syn på sammenhengen mellom språk og virkelighet gjennom begrepene livsform og språkspill, lot meg se bevegelsen og variasjonene i kunnskapsemnene og kontekstens betydning i denne kunnskapen (kap.6).

## 4. Praksiskunnskap og taus kunnskap sett i relasjon til sykepleiepraksis

Begrepet praksiskunnskap, eller også praktiske kunnskaper, kom i sykepleiemiljøene inn som en understrekning eller kommentar til at det også i det praktiske feltet er relevant å snakke om kunnskap, (dette kan sees som et apropos til at sykepleierutdanningen, som til tross for at den var treårig, på denne tiden kun ble vektet med 40 vekttall med begrunnelse om at det var så mye praksis i utdanningen). I en økende fokusering på praksiskunnskap lå det kanskje også en motreaksjon på den stadig større vektlegging av teori og vitenskapelig kunnskap i utdanningen. Det var derfor kjærkomment i fagdebatten med begrep som taus og innforstått kunnskap som satte fokus på andre dimensjoner enn den vitenskapelige kunnskapen. Vitenskapelig kunnskap er her forstått ut fra den vestlige kunnskapstradisjon (Molander 1993).

I dette kapitlet er det tre forhold jeg ønsker å trekke frem. For det første vil jeg ved hjelp av teori utdype begrepene praksiskunnskap og taushet i forbindelse med kunnskap ut fra den debatten som har foregått, spesielt i Norge og Sverige, de siste tiårene. Jeg trekker frem teoretikere som har gitt begrepene innhold og synliggjør slik min forforståelse for disse begrepene. Jeg skrev i kapittel tre med henvisning til Østergaard, om hvordan ens forutforståelse for et fenomen forandres i løpet av en prosess. Dette kapitlet handler om teori jeg satte meg inn i for å få innsikt i begrepene praksiskunnskap og taus kunnskap. Teorien gav meg den forståelsen av kunnskapsbegrepet som jeg gikk ut i feltet med.

Før jeg gikk ut i feltet hadde jeg også gjort meg tanker om denne teoriens relevans til sykepleie. Dette er det andre forholdet jeg i kapitlet fokuserer på. Her bruker jeg en skisse fra det empiriske materialet, som først ble konstruert senere i prosessen, i et forsøk på å eksemplifisere noen poeng.

Til slutt i kapitlet trekker jeg frem to sykepleieteoretikere som har arbeidet innenfor en praktisk kunnskapstradisjon. De har på hver sin måte vært til inspirasjon for meg i arbeidet med denne avhandlingen. Deres grunnleggende perspektiver på kunnskap og på praksis kan sies å være et

alternativ til en positivistisk vitenskapelig tradisjon. Dette er en tradisjon som jeg selv kjenner meg hjemme i.

## Begrepene praksiskunnskap og taus kunnskap

### Praksiskunnskap

I filosofisk tradisjon snakker Aristoteles om kunnskaper på forskjellige erfaringsområder (Johannessen 1988). Han legger vekt på den moralske dimensjonen ved mennesket og skjelner mellom den praktiske visdom; *phronesis*, og to andre typer kunnskap, den vitenskapelige; *episteme* og den håndverksmessige; *techne*. Å ha praktisk visdom er å vite hva som er den moralske rette handling i en konkret situasjon. Det innebærer en vurdering og en bedømmelse i konkrete situasjoner ut fra de ulike elementer situasjonen kan inneholde. Slik jeg ser det, vil begrepet *moralsk rett handling*, romme å ville gjøre det gode, eller gjennom handling å fremme det godes ide i verden. For å kunne gjøre dette må man vite hva som er godt til forskjell fra hva som er vondt eller dårlig. En moralsk rett handling kan også forstås som en rett handling i en bestemt situasjon. I dette ligger nødvendigvis ikke noen ide om å fremme *det gode*, men rett og slett å handle på best mulig måte i en praktisk situasjon. Dette innebærer å gjøre gode vurderinger og også utføre handlinger riktig og godt. En slik praktisk visdom vil derfor måtte inneholde både *episteme* og *techne*, og det moralske blir i dette henseende å gjøre det riktige eller også best mulige. Et viktig poeng er at en *phronesis*-handling er et mål i seg selv. Den utføres ikke for å oppnå mål, målet er selve handlingen. *Techne* har karakter av ferdighet, det å lage noe ut fra en god forståelse av prinsipper som er involvert (eks. valg av materialer og bearbeidelsen av dem). I begrepet *techne* ligger ferdigheter eller handlinger som har et mål utenfor selve handlingen. *Episteme* representerer den vitenskapelige kunnskapen som omhandler nødvendige og uforanderlige forhold. Denne inndelingen av kunnskap eller kunnskapsdimensjoner, ligger til grunn for mange av dem som i dag deltar i debatten om hva kunnskap er (Johannessen 1989, Josefson 1991, Grimen 1991, Molander 1993, Ramirez 1992, 1997).

Noe som kanskje har gått tapt i debattene om kunnskap, er dynamikken eller samspillet mellom kunnskaper på ulike erfaringsområder. I en praktisk virkelighet vil jeg tro det alltid er

snakk om en vurdering eller en bedømmelse for å komme frem til en god forståelse og gode handlingsvalg. Skal man handle klokt eller riktig i en aktuell situasjon, kreves en situasjonsbedømming eller en adekvat kontekstualisering. For å kunne bedømme en situasjon adekvat må man ha redskaper. Både kunnskaper betegnet som *techne* og som *episteme* vil være redskaper som må taes i bruk for å gjøre gode bedømminger. *Phronesis* kan derfor ikke sees som en kompetanse i seg selv, den vil alltid avhenge av å *vite at* og å *vite hvordan*. I aktuelle praktiske situasjoner vil kompetanse være å vite hva av det man kan som har gyldighet.

Den norske filosofen Johannessen foreslår, inspirert av Aristoteles, en inndeling av kunnskap i tre områder; påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap (Johannessen 1984). Påstandskunnskapen er å forstå som all kunnskap som kan formuleres i påstandsform. Innenfor dette området finner vi den teoretiske vitenskapelige kunnskapen, som Aristoteles kaller *episteme*. Ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap blir omtalt som aspekter ved praksiskunnskap. Praksiskunnskap viser seg i en viss ferdighet (håndtering av ord og utsagn, redskaper og teknikker etc.) samt en viss fortrolighet med de fenomener og forhold som går inn i en viss type praksis.

Johannessen bygger videre på denne inndelingen i sine arbeider om taus kunnskap og praksiskunnskap. Han ser praksiskunnskap som en viss ferdighet i å benytte aktuelle utsagn og en viss fortrolighet med de saksforhold utsagnene gjelder. Johannessen (1988), mener praksiskunnskapen er en fundamental type taus kunnskap i den forstand at den ikke lar seg artikulere fullt ut som påstandskunnskap. For meg blir det noe uklart om han i begrepet praksiskunnskap inkluderer påstandskunnskap eller *episteme* sammen med ferdighets- og fortrolighetskunnskapen, eller om denne sees som en annen form for kunnskap.

Praksiskunnskapen, slik den fremstilles her, finnes i selve yrkesutøvelsen. Her ligger den levende kunnskapen som ikke så lett lar seg artikulere, men som viser seg i praksis, og som henviser til fortrolighet i betydningen av å være kjent med, vant til, inne i og fortrolig med et saksforhold. Johannessen sier om fortrolighetskunnskapen :

”Den kan for det første bare erverves ved egenhendig å omgås den gjenstand eller det fenomen som er opphav til den, den er kun tilgjengelig som førstehåndserfaring.

For det andre synes den å ha sitt mål i seg selv, den kan ikke brukes til noe annet som ligger hinsides den selv.

Et tredje synspunkt er at den kan altså ikke meddeles direkte til andre i påstandsmessig form. Likevel er den ikke umiddelbar. Et stykke på vei kan den overføres til andre ved hjelp av analogier, metaforer og konkrete eksempler” (Johannessen 1984, s. 9-41).

Ramirez, spansk filosof bosatt i Sverige, bygger også på Aristoteles i sin kunnskapsteori. Han arbeider med det han kaller humanvitenskapelig handlingsteori. Han deler kunnskap inn i faktakunnskap og handlingskunnskap. Faktakunnskapen søker sannheten og beskjeftiger seg med ”det som ikke kan være på annen måte”, det som er gitt, den gitte verden (Ramirez 1992, 1997, 2000). Handlingskunnskapen søker det som er godt og nyttig, ”det som kan være på en annen måte”. I handlingskunnskapen ligger en valgfrihet og dermed også en risiko.

Faktakunnskapen slik Ramirez beskriver den, tilsvarer slik jeg ser det, Aristoteles begrep *Episteme*. Handlingskunnskapen behøver alltid faktakunnskap som underlag, men er noe annet enn faktakunnskap. Fakta og handling kan likevel ikke skilles. Dette blir et viktig perspektiv å ha med i synet på den praktiske sykepleiekunnskapen. Handlingskunnskapen slik Ramirez fremsetter den, rommer også Aristoteles begrep *Phronesis* og *Techne*. *Phronesis* oversetter Ramirez med klokskap. *Phronesis* opptrer i situasjoner hvor man stiller spørsmål ved hvordan man skal gjøre ....., denne kunnskapen skal hjelpe oss her og nå og er en type handlingsklokskap. Denne kunnskapen glemmer man ikke, den sitter som en holdning, og den krever erfaring. Klokskap er derfor resultat av en livslang læreprosess. *Techne* krever også erfaring, den er en kroppslig virksomhet og kan beskrives fordi den er synlig. Så lenge man utfører denne kunnskapen, sitter den som en dyd, slutter man å gjøre, glemmer man. Dette i motsetning til *phronesis*kunnskap. *Phronesis* er den normative kunnskapen som styrer *techne*, sier Ramirez (1992).

Ramirez trekker også inn et annet aristotelisk begrep i sin forståelse av handlingskunnskap. Det er *Synesis* (Aristoteles 1978/1999). Det er en dimensjon ved kunnskap som er tilstede i situasjoner der man vurderer eller overveier det som er vanskelig. *Synesis* er en analyse av situasjonen, en innsikt for å fange inn situasjonen. Vårt menneskelige problem er at vi handler for fort uten å bedømme situasjoner, da kan vår handling bli et slag i luften. *Synesis* er å se hvordan noe er i en situasjon, men også å se hva det kan bli av det, altså mulighetene i situasjonen. I *synesis* vil også faktakunnskap spille inn. *Synesis* kommer før *phronesis*, sier

Ramirez. Phronesis er normen om det gode, det å ville gjøre det gode i situasjonen. Innbakt i phronesis vil det alltid ligge en synesisdimensjon.

Molander, som også er opptatt av kunnskap i handling, setter som en kontrast til den teoretiske kunnskapstradisjonen opp en praktisk kunnskapstradisjon. Han sier om denne at den aldri har fremstått som *en* samlet tradisjon, men har likevel noen særtrekk. Den utmerkes av, sier han:

- Ett mer eller mindre sterkt avståndstagande från dualismen, den bygger på *deltagende* och *dialog* med andra människor och i kunnskapen ingår att *leva med* material, verktyg osv.;
- Enhet kunnskap-tillämpning;
- Övertygelsen att kunnskap är kunnskap-i- handling, levande kunnskap i världen: kunnskap avbildar inte utan leder från fråga till svar och från uppgift till fullgörande inom olika mänskliga aktiviteter;
- Nyttiga hjälpmedel; Övertygelsen att kunnskap är i grunden tyst, även om ord och matematiskt språk många gånger är
- En förankring i levande traditioner. (Molander 1996, s 68)

Slik jeg forstår Molander, er det hos ham et poeng å se kunnskap som noe levende og foranderlig, noe som skapes i situasjoner gjennom spørsmål og svar og gjennom oppgaver som løses. Dette er også noe som blir synlig i skissen fra min empiri. Det er ikke nødvendigvis gitt i utgangspunktet hvordan pasienten skal snues, sykepleieren må kunne *se på kroppen, hun må sette seg inn i situasjonen og koordinere operasjonen*. Spørsmål og svar vil her kunne være rettet mot en teoretisk epistemekunnskap som i en bedømming ender opp i en god handling. Denne kunnskapen, som Molander benevner som levende, kan ikke fanges helt med ord, sier han

Molander snakker her om en dialog med situasjonen og en utforming i situasjonen som antyder noe prosessuelt. Molander henviser til Linde og sier at; *kunnande er en form for oppmerksomhet* (Molander, 1993, s.15). Kunnskap i handling kan kanskje slik forstås som en prosess eller *den* prosess man møter ulike utfordringer og situasjoner i en praksis med. Den blir en ”prøve seg frem” kunnskap eller en ”steg for steg” kunnskap som selvsagt hviler på viten, ferdigheter, klokskap med mer, men som også er avhengig av oppmerksomhet. Denne ”steg for steg” kunnskapen vil slik skapes i en dialog med situasjonen, det vil si; med de andre som deltar i situasjonen, men også med ens egen vurdering og bedømmelse av den.

## **Kunnskapens taushet**

Flere teoretikere bruker uttrykket taus kunnskap. (Polanyi 1983, 2000, Grimen 1991, Molander 1993,). Det kan være vanskelig å få fatt i hva ulike forfattere legger i begrepet taushet. Fordi det har vært et mye brukt begrep innenfor nyere kunnskapsteori, velger jeg likevel å gi det et innhold.

Begrepet taus kunnskap ble lansert av filosofen Polanyi. Grimen (1991) er inne på at begrepet er uklart og at det ofte fungerer som en sekkebenevning, eller en restkategori, for alt en ikke greier å analysere. Polanyi snakker om en taus dimensjon i forbindelse med kunnskap og forståelse, som finnes ved siden av alt det vi kan beskrive. På denne type tause innsikter, hviler de kunnskaper og den innsikt som lar seg beskrive. Han bruker et eksempel om det å kunne sykle for å utdype dette. Det å kunne sykle forutsetter ikke at man må kunne beskrive det man gjør. Jeg kan sykle selv om jeg ikke kan fortelle klart hvordan jeg gjør det.

*"I may say that I know these matters even though I cannot tell clearly, or hardly at all, what it is that I know",* (Polanyi 1983, s.88). Grimen (1991) mener Polanyis utsagn om at vi kan vite mer enn vi kan si, kan tolkes på tre ulike måter.

For det første at taus kunnskap er viten som vi helt bevisst unngår å artikulere. Han kaller denne tolkningen bevisst underartikulering. Spørsmålet blir her ikke om kunnskapen kan artikuleres, men hvorfor den bevisst blir underartikulert. Han henviser til ulike relasjoner der det kan være lurt å ikke artikulere alt man vet om hverandre. Underartikulering av gjensidig viten kan være nødvendig for å opprettholde sosiale relasjoner som ellers kunne bryte sammen.

En annen måte å tolke utsagnet på er at det dreier seg om ting vi tar for gitt eller som står fast for oss, forhold som vi i vår daglige handling tar for gitt, men som vi ikke legger vekt på å artikulere. Grimen sammenligner denne forståelsen med sentrale elementer i livsverdensbegrepet. Han kaller denne tolkningen epistemologisk regionalisme. Han hevder videre at denne tolkningen ligger nært opp til Polanyis egen posisjon. Det går videre ut på at hver enkelt av oss har reflektert oversikt over, og kan verbalt artikulere, bestemte regioner av vår totale viten. Ingen av oss er i stand til å artikulere hele systemet samtidig. Ut fra denne



tolkningen vil det ikke finnes spesifikke kunnskapselementer som i prinsippet ikke kan artikuleres verbalt.

Den tredje mulige fortolkning av utsagnet mener Grimen er at det finnes konkrete elementer av viten, som i prinsippet ikke kan artikuleres verbalt. Han sier videre at det er tvilsomt om Polanyi selv ville gått inn for en så sterk tolkning. Denne tolkningen innebærer at det finnes et gap mellom våre evner til erfaring på den ene siden, og våre evner til verbalspråklig artikulering på den andre siden. De som går inn for en slik radikal posisjon, hevder at det verbale språket er utilstrekkelig for disse formål, for eksempel instruksjon i et håndverk eller formidling av visse typer erfaringer. Posisjonen kan også være basert på den ideen at det er visse ting vi ikke kan gripe ved hjelp av språklig formulerte påstander.

Ulike teoretikere har deltatt i debatten om det tause eller taus kunnskap. Et problemområde som har gått igjen, er det ovenfor viste prinsipielle skillet i henhold til verbal artikulering. Den danske pedagogen Wackerhausen skiller mellom *aktuel tavs viden* og *prinsipiell tavs viten* (Wackerhausen 1993).

Aktuell taus viten dekker her viten som mennesker er i besittelse av, men som det ennå ikke er satt ord på. Denne viten kan i prinsippet ordsettes. Prinsipiell taus viten er viten som ligger utenfor det eksakte språkets grenser. Det vil i følge Wackerhausen si; ”*viden som ikke på udtømmende vis kan ”eksternaliseres” og gives selvstendig eksistens - -*” (Wackerhausen 1993, s.195).

Wackerhausen er opptatt av den viten som ligger i periferien av språket. Han fremhever at selv om det tause ikke kan *sies*, kan det i høy grad *vises*. Videre er det et poeng hos ham at alle praksisformer har tause sider som er resultat av generasjoner av fagutøveres bevisste og ubevisste erfaringsdannelser. Erfaringsdannelser som overtas, videreutvikles og videreformidles i en fortløpende fagpraksis (Wackerhausen 1993).

Molander trekker ut tre forståelser av begrepet *tyst* i sin bok; *Kunnskap i handling* (Molander 1993). Den første er en forståelse av begrepet *tyst kunnskap*, som kunnskap som ikke kan beskrives i ord. Slik jeg forstår ham, legger han i dette at det alltid er noe uutømmelig i enhver virksomhet eller praksis. Han sier her som, Polanyi ; *jag kan inte beskriva hur man gör det*

*här även om man kan göra det* (Molander 1993, s. 44). Denne posisjonen er sammenfallende med Grimens tredje fortolkning om en viten som ikke kan artikuleres verbalt, og sammenfaller slik også med Wachterhausens begrep om prinsipiell taus viten.

Molandere andre forståelse handler om *det tysta* som det underforståtte. I dette ligger handlingvaner og trosforestillinger som man tar som sannheter i den forstand at man stoler på dem, heri ligger også kulturell forståelse av ulike fenomen. Dette kan forstås som tause forutsetninger for å tilegne seg kunnskaper og viten og for å forstå andre mennesker. De tause forutsetningene kan i noen situasjoner fungere som en indirekte bevissthet, den er der mens oppmerksomheten er rettet mot noe annet. Molander knytter denne forståelsen til Polanyis eksempel om den blinde og hans stokk, der stokken etter hvert oppleves som en utvidelse av kroppen. Dette er noe Grimen også griper fatt i i den andre tolkningen av Polanyis utsagn.

Den tredje forståelsen Molander finner i forhold til begrepet taus kunnskap, er det tause som ikke har fått stemme eller ikke tillates å få stemme. Han peker her på kunnskap som ikke får stå frem som kunnskap i sitt eget språk. Dette forstår jeg som en kommentar til at ulike rådende språkformer kan skjule kunnskaper som er forankret i annen språkdrakt. For eksempel kan krav om artikulering hindre kunnskap i å få komme frem. Slik sett kan sosiale strukturer og maktrelasjoner gjøre grupper og individers kunnskaper tause. Dette siste gir assosiasjoner til Blakars tanker om at; språk er makt (Blakar 1972). Her trekkes maktforhold inn, og det blir snakk om definisjonsmakt.

Molander sier at vår vesterlandske filosofiske og vitenskapelige tradisjon i høy grad har vært innrettet mot kunnskaper som kan formuleres som påstander eller teorier. Dette har i seg selv ført til en motreaksjon og debatter om den tause kunnskapen (Molander 1993). I denne motreaksjonen ser han tre hovedlinjer eller tre ulike perspektiver. Ulikheten i perspektivene ligger i hva man ser som sentrum for kunnskapen. Molander formulerer dem slik; *Tysnadens uttrykk: Kroppen, kulturen og handlingen*. (Molander, 1993, s.47)

Det han legger vekt på når han utdyper disse perspektivene, er hva som er sentrum for kunnskap. I det første tilfellet er kroppen sentrum. Han nevner som eksempler på kroppsliggjort kunnskap eksperten som handler intuitivt, og reagerer direkte. Molander henviser her til en studie av flygere gjort av brødrene Dreyfus, hvor de kommer frem til at de

flygerne som kunne regnes som eksperter, handlet intuitivt og direkte i situasjoner. Han nevner ikke i denne sammenhengen den franske filosofen Merleau-Ponty som regnes som ”kroppens fenomenolog”, og som mener menneske som kropp alltid er uttrykksfull og meningsbærende (1994).

Det andre perspektivet setter kulturen i sentrum for kunnskap. Her brukes Kuhns paradigmebegrep som eksempel. Det jeg oppfatter som hovedbudskapet her, er å få frem en kunnskapsutvikling som skjer gjennom at man vokser inn i og overtar en kultur. Kunnskapen bæres av kulturen, og for å ”overta” denne må man delta i kulturen. Slik sett er kanskje ikke paradigmebegrepet det beste eksempel på kultur, noe han også selv bemerker. Imidlertid faller poenget her sammen med det han tidligere trekker frem som en forståelse av begrepet *tyst* som innforståtte og implisitte forståelsesformer og handlingsvaner i en kultur.

I det tredje perspektivet er handlingen i sentrum for kunnskapen. Menneskelige handlinger og handlingsvaner er det som bærer kunnskapen. Menneskelige handlinger blir her sett som det primære og ikke overbevisninger, hensikter eller teorier ”i seg selv”. Her vises til et pragmatisk perspektiv som bygger på elementer fra Wittgensteins senfilosofi slik Johannessen tolker denne (Johannessen 1984, 1993). Sentralt i dette perspektivet er at vi aldri til fulle kan rettferdiggjøre våre overbevisninger og teorier gjennom å vise til noen slags grunnsannheter. Alle argumenter tar slutt et sted, *Praksis må tale for seg selv*, sier Wittgenstein (Wittgenstein, 1992a, § 139). Det grunnleggende er handlingens sentrale plass i vår tilværelse. Ordenes fulle innhold blir først synlig i handling.

Molander sier om disse perspektivene at de fører frem tre aspekter som aldri vil fremstå som helt selvstendige. Hans poeng ser ut til å være å vise frem hvordan ett aspekt kan være fremtredende enn andre hos forskjellige teoretikere.

## Begrepene praksiskunnskap og taus kunnskap sett i relasjon til sykepleie

Debatten omkring begrepene praksiskunnskap og taus kunnskap har også vært levende i sykepleiemiljøer. Den har åpnet opp for en utvidet forståelse av hva kunnskap er og en forståelse av at kunnskap ikke alltid kan artikuleres verbalt. Jeg vil her prøve å relatere begrepene til sykepleiepraksis og starter med å gjengi en skisse fra mitt materiale.

*Pasienten vi har vært inne hos er en eldre dame som har kreft i tarmen. Kreftsvulsten har en beliggenhet som gjorde det vanskelig å operere. Hun ble derfor sendt til et større sykehus for at spesialister skulle vurdere muligheten for operasjon. Nå er hun altså tilbake på fylkessykehuset med beskjeden om at hun ikke kan opereres. Tre dager etter at hun kommer tilbake endres tilstanden radikalt. Hun får slag, kan ikke prate mer, er lam i høyre arm og fot.*

*Vi vasker og steller pasienten, huden observeres og smøres. Hun blir snudd og lagt til rette. Sykepleieren leder an og jeg assisterer. ”Slike stell skal du gjøre så skånsomt som mulig, men samtidig er det nødvendig å gjøre det skikkelig også”. Det er vel ulikt hvor skånsomt man greier å gjøre et slikt stell, spør jeg. ”Ja det er det. Det er ikke lett å gjøre det skånsomt når pasienten er så hjelpeløs som hun er. Når du for eksempel skal snu henne, og når foten ikke følger med og skulderen og hodet ikke følger med, liksom ingenting altså, da vil det bli ubehagelig uansett. Du greier ikke å snu en slik pasient helt behagelig. Et eller annet vil henge igjen. Da er det om å gjøre og koordinere og se på kroppen til pasienten hva som er naturlig kroppsstilling. Ved snuing for eksempel må man tenke, hvilke lemmer er det som henger igjen nå? Hvis jeg skulle bli snudd ville jeg følt det ubehagelig hvis for eksempel den skulderen som skal gå over der (viser med bevegelse), henger igjen (viser igjen med bevegelse). Det er om å gjøre å se, sette seg inn i situasjonen til pasienten så godt som mulig, og tenke hvordan ville du blitt snudd og stelt”.*

Hva kan sies om kunnskap ut fra denne skissen? Hva er kunnskap her, hvordan viser den seg? Mitt utgangspunkt er å kunne identifisere aspekter ved sykepleieres praksiskunnskaper og gjerne aspekter som innbefatter fortrolighet og ferdighet i en sykepleier – pasientsituasjon. Jeg er også opptatt av å finne ut noe om den kunnskapen som i ulik litteratur blir betegnet som taus kunnskap.

I sykepleiepraksis vil det *å vite at* være kunnskaper fra medisinske eller naturvitenskapelige emner, fra samfunnsvitenskapelige emner og fra sykepleiefaget. I denne kunnskapen ligger både kunnskaper som omhandler faktiske og uforanderlige forhold og kunnskaper om ferdigheter. Det som preger disse kunnskapsdimensjonene kan sies å være at de er ”før-situasjonell”, eller ”prefabrikkert”. De er produsert et annet sted og for andre formål enn det som er aktuelt i denne aktuelle situasjon. Derfor kan de ikke anvendes i situasjonen på en direkte måte, men må kunne stokkes om på og snues på og settes sammen på nye måter for å kunne føre til kloke vurderinger og handlinger. Denne utvelgelsen av og det å stokke om og snu på, ”faste” kunnskaper, vil ut fra Aristoteles handle om dimensjonen *phronesis*.

Hva kan ut fra dette sies å være den moralske kunnskapsdimensjonen eller bedømmingen sykepleieren i skissen her gjør? Hun er opptatt av å kunne snu pasienten så skånsomt som mulig, og vil skåne den syke, som er hjelpeløs, for unødig ubehag, smerter etc. I dette ligger en tanke og en vilje om å gjøre det gode for pasienten. Målet kan sies å være at den syke, som her er hjelpeløs, lam og uten taleevne, skal ha det best mulig. Hun gjør en bedømmelse av hvordan dette kan gjøres på en skånsom måte for pasienten, og sier det er viktig å se og sette seg inn i situasjonen. Hun bruker også innfallsvinkelen med å tenke igjennom hvordan hun selv ville blitt snudd og stelt i en slik situasjon. Denne praktiske visdommen inneholder elementer både av *episteme* og *techne*. Hun må vite hva som er en naturlig kroppstilling rent fysiologisk, hvordan de enkelte kroppsleddene naturlig skal bevege seg i forhold til hverandre og for eksempel hvilke bevegelser som vil være ødeleggende for ledd og muskler. Hun må ha innsikt i hvordan mennesker som er avhengig av hjelp fra andre for å bevege seg, kan få slik hjelp uten å kjenne seg uverdigg behandlet. Hun må kunne vite noe generelt om kroppsspråk og måter å formidle seg på når man ikke lenger kan snakke. Dette for å nevne noen prefabrikerte kunnskaper som her vil være nødvendig. I tillegg må hun i praksis kunne utføre det å snu pasienten. Hun sier det er om å gjøre å koordinere en sning. I en slik koordinering ligger i dette tilfelle at man må være to personer i en slik situasjon. Jeg, som assistent, ble her bedt om å støtte de leddene som ”hang igjen”, for at de ikke skulle komme ut av stilling. Som leder for operasjonen instruerte sykepleieren meg nærmest trinn for trinn i hva vi skulle gjøre. Denne viten og den praktiske ferdigheten var i dette tilfellet helt nødvendig for at det å bli snudd for pasienten skulle være så skånsomt som mulig.

Den praktiske visdommen vil alltid måtte inneholde kunnskapselementer som Aristoteles benevner som episteme og techne. For å kunne foreta gode bedømminger må man ha greie på mange ting, og også kunne utføre ulike praktiske og tekniske prosedyrer. I sykepleien er det utenkelig å kunne gjøre gode og riktige bedømminger i konkrete situasjoner uten å ha solide teoretiske kunnskaper. Jeg har tidligere vært inne på at andelen av teoretiske kunnskaper har økt i utdanningen, noe jeg mener kan sees i sammenheng med en økende kompleksitet i sykepleiernes arbeidsfelt. Det å snakke om en phronesis kunnskap som noe i seg selv, uavhengig av episteme og techne, blir i min forståelse umulig. Denne dimensjonen vil alltid være en bevegelse mellom ulike kunnskapsdimensjoner som skapes om til klokskap i en aktuell situasjon. Det å se på dette som oppdelte kunnskapsdimensjoner kan kun være nyttig som en teoretisering, for å få øye på at det å handle klokt innbefatter mange og ulike kunnskapsformer

Begrepet fortrolighetskunnskap er en benevnelse som er spennende i forhold til sykepleieres praksiskunnskaper. Det er mye i dette yrket man må bli kjent med og vant med. Et eksempel er at man må omgås fremmede pasienter på en kroppslig intim måte. Mens det ellers i livet er klare grenser for nakenhet i omgang mellom mennesker, vil man i dette yrket måtte finne fortrolighet innenfor andre grenser som går på tvers av de vanlige mellommenneskelige normene. Johannessen trekker frem at fortrolighetens dimensjon bare erverves gjennom det han beskriver som førstehåndserfaring. I utdanningen av sykepleiere er denne dimensjonen lagt inn ved at studentene for eksempel vasker hverandre kun iført undertøy. Min erfaring er at dette i starten kan virke skremmende på studentene, og de trenger tid til å venne seg til slike situasjoner. Andre situasjoner som sykepleierne trenger fortrolighet med er å kunne snakke med døende pasienter om døden. Sykepleierne selv kan formulere seg ved å si; *jeg er heldigvis kommet over at jeg synes det er vanskelig å prate med pasienter om alvorlig sykdom.* Det er ulike forhold sykepleierne i dette yrket må *komme over* for å kunne være til god hjelp og gjøre gode bedømminger i ulike situasjoner. Det å *komme over* behøver ikke i seg selv å være noen garanti for å bedømme godt og å være til hjelp. Jeg tenker at det er ulike måter å *komme over på*. For noen kan dette medføre å åpne opp for de følelser og stemninger som alltid vil være tilstede i situasjoner med alvorlig sykdom, greie å ta imot stemningen og la den bli en del av seg. For andre kan det bety å ”hoppe over” følelsene og stemningen, man nærmest avskriver dem. Følelsene blir ikke gyldig i situasjonen og man kan ende opp i det som benevnes som *avstumpet*.

Som jeg nevnte i kapittel to om feltets landskap, er det kunnskapsmessige hovedområdet i utdanning av sykepleiere knyttet til sykepleiefaget og yrkesgrunnlaget. I rammeplanen står det at dette skal omhandle sykepleie knyttet til direkte pasientrettet arbeid og bidra til å utvikle funksjonsdyktighet innen området. Hensikten med denne type teori slik jeg ser det, må være å åpne opp sykepleiepraksis, og gi kunnskap om denne praksisen i det språk som er gyldig for området. Fra gammelt av har denne kunnskapen angitt retning for meningsfulle måter å handle på. Av og til har den også utsagt klare prinsipper eller metoder for hvordan handle. Begge aspektene er viktige å ha med, men i dette ligger også en fare for at teorien kan bli oppfattet som instruktiv på områder der den ikke kan være det. Samtidig som teorien kan gi retning og også angi regler for hvordan handling skal eller bør utføres, kan den aldri gi svar på hva som skal gjøres i en spesiell situasjon. Situasjoner i sykepleiepraksis er som regel av det slaget at de kan håndteres på ulike måter, det er situasjoner ”som kan være på en annen måte”. Det vil være snakk om situasjonsbedømming og handlingsklokskap. Denne kunnskapen kan verken formuleres eller overføres i form av bestemte og forutgående påstander. Kunnskaper kan derfor ikke overføres i ordets vanlige betydning, men være til hjelp i den form at man har erfaring med situasjoner med likhetstrekk, og denne erfaringen vil veves inn i bedømmingen av en ny situasjon. Hva som er en klok handling i en konkret situasjon, vil slik hvile på evnen til å bedømme situasjonen godt.

Mens denne kunnskapen på den ene siden altså kan sies å være personlig, er den på den andre siden kulturell, her avgrenset til den levende sykepleiepraksisen. I denne praksisen er mye kunnskap innforstått eller underforstått. Det kan være spesielle måter å handle på eller spesielle oppfatninger som man ikke stiller spørsmål ved. En del kunnskap i sykepleien er tett vevd inn i virksomheten og kan bare sees ved deltakelse i virksomheten.

Begrepet taus kunnskap, har vært brukt i debatten om sykepleiernes kunnskaper og åpnet opp for at det finnes kunnskaper i denne praksisen som det ikke er så lett å sette ord på. Etter hvert kan man kanskje si at begrepet fikk en nesten ideologisk funksjon eller i hvert fall en manipulativ funksjon, brukt i settingen; vi sykepleiere har taus kunnskap. Å påberope seg å ha taus kunnskap er slik sett bare å anvende et uttrykk, man viser ingen kunnskaper ved det. Hvis begrepet blir brukt som merkelapp uten at det gies mer konkret innhold kan det brukes manipulerende. Det kan da også fungere som lukkende på en debatt, man tror man har fanget inn kunnskapen gjennom å ha funnet et ord på den.

Innenfor sykepleiekulturen er det mye det ikke stilles spørsmål ved som slik sett er taust, men som både kan verbaliseres og vises frem gjennom handling. Jeg mener det alltid, innenfor enhver kultur og arbeidskultur, vil være en slik kulturell kapital. Om elementer i den praktiske sykepleiekunnskapen i prinsippet er taus eller ikke (i betydningen ikke verbaliserbar), er, slik jeg ser det, ikke en stor sak. Et utgangspunkt for meg i dette prosjektet er at den daglige sykepleiekunnskapen kan vises frem både gjennom ord og handling. Jeg har også med meg en forståelse av at det i enhver praksis finnes noe uuttømmelig. Det viser også til at det kan være et gap mellom det vi kan erfare og det vi verbalt kan uttrykke. Dette gapet oppleves ofte i sykepleiepraksis. Sykepleierne gjør seg erfaringer som det er vanskelig for dem å ordsette. Om dette i prinsippet er umulig, vet jeg ikke, kanskje er det heller ikke så viktig å kunne si noe sikkert om dette forholdet. I skissen sier sykepleieren; *”Hvis jeg skulle bli snudd ville jeg følt det ubehagelig hvis for eksempel den skulderen som skal gå over der (viser med bevegelse, henger igjen der(viser igjen med bevegelse”)*. Hun viser her frem kroppslige posisjoner som det kanskje ikke er umulig å beskrive verbalt, men hva skulle i dette tilfelle være meningen med det når det kan vises og slik gi andre innsikt og forståelse?

I den videre arbeidsprosessen med avhandlingen ble det etter hvert klart for meg at begrepet taus kunnskap ikke kom til å være et sentralt begrep. Det betyr ikke at det ikke finnes elementer av de ulike måtene å forstå taus kunnskap på i sykepleiernes praksiskunnskaper. Imidlertid var det andre fenomen som trådte frem fra materialet med stor kraft og som gjorde at jeg måtte velge andre veier, eller andre begreper, for å studere og beskrive den daglige sykepleiekunnskapen.

Min tenkning i dette prosjektet ligger nært opp til det pragmatiske perspektivet hvor handling er det som bærer og viser frem den praktiske kunnskapen sykepleierne har. Handling vil i min forståelse kunne innbefatte mer eller mindre av verbale utsagn ut fra nødvendigheten av ord i ulike kontekster.

## **Bidrag fra sykepleieteoretikere**

Også innenfor sykepleiefeltet har teoretikere arbeidet innenfor en praktisk kunnskapstradisjon. Her vil jeg trekke frem to av dem som har vært av stor betydning for min



egen kunnskapsmessige posisjon og for dette prosjektet. De to jeg ønsker å si noe om, er den norske sykepleieren og filosofen Kari Martinsen og den amerikanske sykepleieforskeren Patricia Benner.

Jeg har tidligere omtalt Martinsen og hennes innsats som en eksponent for en motkultur i akademiseringen og vitenskapeliggjøringen av sykepleien. Hun har argumentert for at omsorgsarbeidet ikke kan vitenskapeliggjøres i en positivistisk forstand. Hennes viktige bidrag har vært å utvikle kunnskaper som kan hjelpe praktikerne å reflektere i praksis.

Martinsen har et stort forfatterskap om ulike tema knyttet til sykepleie. Det meste av forfatterskapet kan likevel sies å være knyttet opp mot fagområdene filosofi og historie. Magistergraden hadde en kunnskapsteoretisk vinkling hvor den positivistiske vitenskapeliggjøringen av sykepleie ble gjort til gjenstand for kritikk (Kirkevold 2000). Mot slutten av 1980-tallet og i begynnelsen av 1990-tallet publiserte hun skrifter omkring sykepleiefagets kunnskapssyn (Martinsen 1985, 1990b, 1991, 1993).

I artikkelen *Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring*, legger hun tillit til grunn som den bærende verdi for utøvelse av omsorg. Hun spør der om hvordan man kan lære å handle tillitsfullt. I denne utlegningen bruker hun begrepet menneskekunnskap, med referanse til Josefson og Wittgenstein (Martinsen 1990b, s.76). Når man lærer seg menneskekunnskap lærer man seg omdømme og ikke et sett av regler, noe Martinsen igjen knytter opp mot begrepet *skjønn*. Hun bruker her Wittgensteins tenkning om at når man lærer seg omdømme, er det annerledes enn å lære seg teknikker. I det å lære omdømme finnes det også regler, men de er ikke bygd sammen til systemer. Martinsen setter skjønnnet inn i en historisk sammenheng og viser til sykepleiefagets tradisjon, hvor eldre sykepleiere gjennom mester – lærlingeordningen, viste frem for elevene hva godt skjønn eller omdømme er. Hun skriver også at denne kunnskapen ikke kan formuleres i eksakt språkbruk og presise og entydige begreper. Den viser seg gjennom det hun her benevner som en taus kunnskap hvor mesterens håndlag, fagets normer, prosedyrer og faktakunnskap er integrert. Hun bruker også begrepet erfaringsbasert kunnskap som eksempler fra praksis kan vise frem.

I boken *Fra Marx til Løgstrup* (1993), berører hun også sykepleiens kunnskapsgrunnlag. Hun henviser her til Aristoteles kunnskapsinndeling og knytter denne til sykepleiefaget.

”Uten at en i sykepleien tidligere har brukt ordet, kan vi i ettertid likevel si at den gamle aristoteliske *phronesis*kunnskapen har ligget til grunn for innlæringen og praktiseringen av de gode sykepleieholdninger og handlinger” (Martinsen 1993, s.94).

Hun sier at *phronesis*kunnskapen har sitt teoretiske feste i etikken, men er knyttet til praktisk handling, det er en praktiskmoralsk handlingsklokskap. Her viser hun til Aristoteles, som kobler dette til det gode skjønnnet eller den rette bedømmelse. Videre skriver hun om hvordan man gjennom skjønnnet og med-skjønnere kan komme frem til riktige handlinger.

”Riktig handling kan ikke bevises. For å komme frem til riktig handling prøves mitt skjønn mot andre med-skjønneres erfaring. De andres erfaring innfelles i egen erfaring. Erfaring utvikles sammen med de andre i praksis, og det oppstår en fellesforståelse i yrkesfellesskapet som handlingen henter gyldighet fra. *Phronesis* uttrykker en fellesforståelse for hva som er gode og riktige fremgangsmåter eller kloke handlingsalternativer i situasjonen” (Martinsen 1993, s.94).

Det som her understrekes er hvordan *phronesis*kunnskapen læres gjennom prosesser hvor vi inngår i relasjoner med andre. Hun går videre i retning av å utdype *phronesis* som de gode sykepleierholdningene som inneholder både teorier og prosedyrer. De gode sykepleierholdningene læres i det praktiske felt og uttrykker en fagspesifikk moral.

Martinsen tar også opp Aristoteles *techne*kunnskap og sier denne har med den praktiske dyktighet å gjøre og er slik en kunnskapsform som er håndverk og kunst. *Techne*, slik Martinsen beskriver denne ut fra Aristoteles, har en rasjonalitet i seg og forholder seg til bevisste mål. Samtidig vil den alltid ha en kunstdimensjon i seg.

”Håndverk uten kunst og sansning blir ren teknikk, en beherskende beregning. Den praktiske dyktige kunsthåndverker behersker sitt fag samtidig som han hengivent og sanselig åpent er tilstede i prosessen med hele sin person” (Martinsen 1993, s.95).

Den tradisjonelle vitenskapelige kunnskapen, *episteme*, sier hun er rettet mot det som ikke kan være annerledes. Den læres på andre måter enn den praktiske kunnskapen og kan derfor læres fjernt fra den praktiske virkeligheten.

I 1990 startet Martinsen som lektor ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole med ansvar for å bygge opp forskerutdanning for sykepleiere. I den forbindelse holdt hun en

tiltredelsesforelesning som også er blitt publisert (Martinsen 1991). Her var temaet forskning, og hun snakket om kjærlig og ukjærlig forskning. Hun sier der at det sentrale i forskningen må være å få mer innsikt i den situasjonsorienterte praksis, i sykepleiernes opplevde erfaringer. Videre sier hun at forskningskunnskapen ikke skal erstatte erfaringskunnskapen, men gjøre den synlig og mindre taus. Det ser ut som hun her bruker berget taust i betydningen *det som ikke har fått stemme eller ikke tillates å få stemme* (Molander 1993). Her kommer hun inn på at det finnes verdifulle praksiskunnskaper hos sykepleiere som er usynlig for administratorer, planleggere og forskere. Dette fordi den overkjøres gjennom bestemte organisasjonsformer eller uheldige former for profesjonalisering. Erfaringskunnskapen kan også teoretiseres eller profesjonaliseres bort ved en tro på teoretiske kunnskaper som det eneste. På dette tidspunktet skriver hun at kunnskap og erfaring i sykepleie i liten grad er beskrevet ut fra dette arbeidets egen rasjonalitet. Denne kunnskapstradisjonen, som Martinsen i disse arbeidene synliggjør, er det jeg håper mitt prosjekt og arbeid kan føye seg inn i.

Den amerikanske sykepleieforskeren Patricia Benner er først og fremst kjent i Norge og Skandinavia gjennom sitt arbeid om sykepleiefaglig kompetanseutvikling (Benner 1995). Boken, som i norsk oversettelse ble hetende *Fra novise til ekspert*, kom ut i Amerika i 1984. Benner har også gjennom sitt forfatterskap deltatt i flere sentrale diskusjoner i forbindelse med sykepleievitenskapelig utvikling både i USA og i Skandinavia ( Hougaard, 1998). Hun arbeider ved University of California, San Francisco, og har i perioder hatt et nært samarbeide med psykologen Judith Wrubel.

I *Fra novise til ekspert* (Benner 1995), er utvikling av klinisk sykepleieekspertise tema. Til grunn for denne studien ligger en erkjennelse av at god sykepleie tydeligvis ikke utøves alene på grunnlag av teoretiske kunnskaper. Interesse for praktisk kunnskap og utvikling av praktiske ferdigheter ble skapt gjennom samarbeidet med brødre Dreyfus. De er kanskje mest kjent for sitt arbeid med intuitiv ekspertise, som jeg tidligere har nevnt.

Dreyfusbrødrenes modell for praktisk ferdighetsutvikling ble lagt til grunn for hennes arbeid med kompetanseutvikling i sykepleie (Hougaard, 1998). Hensikten for Benner, slik det kom til uttrykk i boken *Fra novise til ekspert*, var å vise eksempler på sykepleiekompetanse og beskrive aspekter ved sykepleiekunnskap. Hun ønsket også å utrede strategier for å bevare og utvikle denne kunnskapen (Benner 1995).

Dette kan sies å være et beskrivende forskningsprosjekt som bygger på dialog med sykepleiere. Hun deltok selv gjennom observasjon og intervju. Ett viktig funn i dette prosjektet er at det eksisterer kvalitative forskjeller i utøvelse av sykepleie, som har sin grunn i den enkelte sykepleieres persepsjon i den konkrete pleiesituasjon. Forskjellene utvikler seg etter et ganske bestemt mønster med fem utviklingstrinn beskrevet i teorien som sykepleiefaglig kompetanseutvikling. Utviklingstrinnene er; novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. I følge Benner kan disse forskjellene kun innfanges og forstås, ved hjelp av en fortolkende forskningstilgang, nærmere bestemt her; innsamling og fortolkning av fortellinger eller narrativer (Hougaard 1998). Slik mener hun å kunne avdekke den viten som ligger innleiret i klinisk sykepleie. Selv om denne modellen senere er blitt kritisert for at den er rigid og statisk, kan dette neppe være Benners oppfatning av sin egen modell. Hun advarer selv i ulike artikler mot en mekanistisk forståelse av modellens anvendelse. Hun sier at det viktige er en implementering av tankegangen i modellen i praksis og ikke modellen som sådan (Hougaard 1998). Modellen er i følge henne selv en situasjonsorientert og fortolkende metode for å identifisere og beskrive den viten som ligger i klinisk praksis. I boken skriver hun:

” Formålet med denne bog er at påvise de formelle regles begrænsninger og henlede opmærksomheden på den personlige dømmekraft, der udvises i faktiske, kliniske situationer” (Benner 1995, s.17).

Hun skiller mellom 'å vite at' og 'å vite hvordan', og er altså opptatt av sykepleiernes 'hvordan-viden' og beskriver den her som dømmekraft. Jeg mener at hennes tenkning har likhetstrekk med Martinsens. Benner gjør i tillegg empiriske undersøkelser for å undersøke sykepleieres praksiskunnskaper. Hun blir sett på som en initiativtaker til en rehabilitering av praksis og praktisk kunnskap i USA. Det er og sagt om henne at hun gjennom sitt fortolkende og forstående perspektiv, hvor det å få frem deltakernes (sykepleiere, pasienter) opplevelser og mening, plasserte seg med et alternativt standpunkt til den positivistiske og strukturalistiske inspirerte sykepleieforskning som på åttitallet var dominerende i USA. Her ser jeg igjen likhetstrekk med Martinsens arbeider i Norge.

Benner har også vært opptatt av moralfilosofiske og vitenskapsteoretiske problemstillinger i forbindelse med omsorgs- og sykepleieforskning. Hun lar seg her inspirere av filosofen Heideggers tenkning i sine studier av menneskers opplevelser og aktiviteter. Sentralt i dette er

det å forstå den enkeltes mening og betydning, for eksempel i lidelsen. Dette perspektivet kommer til uttrykk i boken; *Omsorgens betydning i sykepleje – stress og mestring ved sundhed og sykdom* (Benner & Wrubel 2001). Hovedbudskapet er at omsorg er av helt avgjørende betydning for menneskers eksistens. Omsorg forstås her som det å være forbundet, omsorg er slik alltid spesifikk og relasjonsorientert.

Boken presenterer seg som en fortolkende teori om sykepleiepraksis (Benner & Wrubel 2001). Benners utgangspunkt er at teori utspringer fra praksis. Praktisk engasjert aktivitet er mer grunnleggende enn, og går forut for refleksiv teoretisk tenkning. Boken bygges opp omkring paradigme-case fra sykepleiepraksis. Benners fenomenologiske menneskeforståelse, som hun utleder fra Heideggers filosofi, innbefatter at personen umiddelbart forstår en situasjon ut fra den betydning den har for personen. Dette kan i følge Benner være mulig ut fra aspekter ved vår menneskelighet. Ut fra lesing og inspirasjon fra Heidegger, trekker hun frem fire grunnleggende aspekter ved mennesket som hun mener har særlig stor betydning i sykepleiesammenheng; *Kroppslig viten, mening eller bakgrunnsforståelse, personlig engasjement og situasjon*.

Med *kroppslig viten* menes at vi er integrerte kropper som evner å være i situasjoner på meningsfulle måter. Vi har en kroppslig evne til å gjenkjenne fenomener, vi lever i verden og gjenkjenner den som vår verden. I dette ligger også et kulturelt kroppslig vanesystem som nettopp er meningsfullt i vår verden.

*Meningen eller bakgrunnsforståelsen* er en kulturell mening. Det kulturen gir mennesket ved fødselen – en måte å forstå verden på. Denne bakgrunnsbetydningen bestemmer hva som er virkelig for den aktuelle person. Det som er ”virkelig” vil alltid være knyttet opp mot en kultur og slik en felles offentlig forståelse.

*Personlig engasjement* betyr her personlig engasjement i verden, vi blir involvert i verden fordi ting og fenomen betyr noe for oss. Ting og andre mennesker betyr noe for oss, og vi bekymrer oss for dem. Her brukes Heideggers begrep om omsorg i sammenheng med sykepleieren som tar over for den andre hva han skal bekymre seg for. Man ”*springer i forveien for den andre – er den andres advokat eller formidler og setter den andre i stand til å være hva han eller hun ønsker å være*”(Benner & Wrubel 2001, s.72).

I Benners forståelse av *situasjonen* ligger at mennesket fatter situasjonen direkte. Det er vår måte å bebo verden på. I dette ligger en direkte oppfattelse av mening og betydning. I denne meningen eller betydningen ligger innbakt en ubemerket bakgrunnsbetydning, vanemessig kroppsforståelse og en personlig involvering eller bekymring for menneske og ting. Når situasjonen endres eller bryter sammen som for eksempel ved sykdom, ser man at disse aspektene ikke lenger er tilstrekkelige for å sikre ubesværet funksjon.

I tillegg til en argumentasjon om omsorgens betydning inneholder boken en avklaring av fenomenene stress, mestring og sunnhet. Dette teoretiske grunnlaget brukes så videre for å se hvordan det virker inn på den konkrete pleien av pasienter med koronarsykdommer, cancer og nevrologiske lidelser. Her understrekes det også at det ikke er tale om teoretiske overveielser i mekanisk forstand, men en tenkemåte (Hougaard 1998).

Jeg har latt meg inspirere av de perspektiver og den tenkning som disse to sykepleieteoretikerne står for. Bare en liten del av deres arbeider og interessefelt er her trukket frem. Utvalget er ut fra det som for meg har hatt stor betydning som inspirasjonskilder. Jeg opplever at jeg selv tilhører en sykepleiefaglig kunnskapstradisjon som står som et alternativ til en positivistisk vitenskapelig tradisjon. Slik sett finner Martinsens og Benners grunnleggende perspektiver på kunnskap og på praksis gjenklang i min egen tenkning. I tillegg har jeg latt meg inspirere av filosofer (Heidegger og Wittgenstein) som de begge også har lagt til grunn i de skriftene jeg her har valgt å bygge på.

Benner har gjort empiriske prosjekter for å beskrive sykepleiekompetanse og omsorgskompetanse. Jeg har også valgt å gå empirisk til verks for å finne ut noe om den daglige sykepleiekunnskapen. Hun observerer og intervjuer og samler inn fortellinger eller narrativer. Jeg har også observert og intervjuet, men konstruerer selv de skissene som empirien i mitt prosjekt er ordnet i, på grunn av observasjon og intervju. For meg er det også viktig å fortolke sykepleiernes opplevelser og handlinger i første omgang gjennom deres egen refleksjon av dagens aktiviteter.

Det som likevel vil være annerledes i mitt prosjekt, er en sterkere betoning av kunnskapsbegrepet og kunnskapsteori. Jeg valgte å se de elementer jeg henter fra Heidegger

og fra Wittgenstein i et kunnskapsteoretisk perspektiv. Wittgenstein har vært brukt i en slik sammenheng tidligere. Jeg har imidlertid ikke funnet hans tenkning brukt i empiriske studier av kunnskap. Heidegger kan kanskje sies å ha vært mye brukt i sykepleiesammenheng. Mange har latt seg inspirere av ham spesielt hans omsorgsbegrep. Jeg tror kanskje at jeg ved å fokusere på kunnskap, gjør meg bruk av hans ideer på en annen måte enn det jeg tidligere har sett. Jeg vil nå gå tilbake til mitt eget prosjekt og min egen empiri og si noe om hvordan jeg forstår den.

## 5. Å være sykepleier

I kapittel tre beskrev jeg min vei i feltet. Jeg gjorde rede for hvordan jeg arbeidet med det skrevne materialet, som inneholdt mine feltnotater og utskriftene fra intervjuene. Under dette arbeidet hadde jeg følgende spørsmål i bakhodet: Hva kunne materialet fortelle meg om sykepleiernes praksiskunnskap?

Det var to fenomener i materialet som pekte seg ut og fremsto tydelig. For det første var det et ønske fra sykepleierne om *å være noen* for pasientene. Dette sto frem med slik kraft at jeg ikke kunne legge det bort til tross for at jeg ikke greide å forbinde det med kunnskapsbegrepet. I og med at det var praksiskunnskap som var mitt fokus, hadde jeg vanskelig for å se at det kunne ”passe inn”. Hva hadde det *å være noen* for pasientene med kunnskap å gjøre? Forforståelsen måtte, så godt jeg kunne det, settes i parentes, for å se på dette fenomenet med nye briller. Det *å være noen* for pasientene fremsto som viktig og sentralt i sykepleiernes daglige praksis. Jeg måtte se meg om etter teori som kunne gi meg innsikt i hva det kunne bety *å være*. Gjennom faglige diskusjoner med veiledere og andre, ble skrifter av filosofen Heidegger sentrale i det videre arbeidet.

Det andre fenomenet som var slående var *bevegeligheten* og *variasjonen* i den daglige praksisen. Sykepleierne hadde en bevegelighet i sin praksis, de kunne endre handlingsplaner og tenkning i takt med for eksempel endringer i pasienters tilstander. Bevegeligheten inneholdt en smidighet som gjorde at de kunne gå ut og inn av ulike situasjoner og bevege seg og handle i stadig nye og unike situasjoner. De handlet forskjellig i det som kunne se ut som like situasjoner og de handlet variert i en og samme situasjon, de hadde store variasjoner i sitt handlingsrepertoar. Dette fenomenet blir utdypet i kapittel seks. Her går jeg videre på dimensjonen *å være*.

Heidegger er i sitt hovedverk *Sein und Zeit* opptatt av hva det dypest sett vil si å være menneske. Han vil si noe om menneskets spesifikke væremåte. Dette kan ikke gjøres ved å se på mennesket alene, mennesket kan ikke *forstås ved seg selv alene* (Fløystad 1993, s.17). Mennesket og verden er i en forstand sammenfallende, mennesket er alltid i *sin* verden, som



andre også benevner som *livsverden*. Slik sett blir verket en analyse av å være-i-verden, eller med Heideggers ord ” *en eksistensial analytik av tilvaron*” (Heidegger 1993, s.76.).

Heidegger understreker at verden er en karakter hos tilværelsen selv, ”*jag bor, upphåller mig hos ...världen så som något på ett eller annat sätt förtroget*” (s.80). Mennesker lever alltid i en fortrolig verden i en historisk, kulturell og sosial sammenheng. Noe i denne verden er felles for menneskene, og det er det felles i den menneskelige væremåten som opptar Heidegger. Han beskriver menneskets væren i verden ved hjelp av grunnleggende strukturer som han også kaller eksistensialer, som er knyttet til historie, kultur og sosiale relasjoner.

Et sentralt spørsmål som kan stilles er om en teori som forstår mennesket dypest sett, kan inspirere til, eller brukes for, å forstå mennesker i konkrete praktiske situasjoner? Heideggers teori er på et grunnmenneskelig, abstrakt og generelt nivå. Mitt fokus i dette prosjektet er å forstå sykepleiere i ulike konkrete situasjoner og gjennom det kunne si noe om de kunnskapene de viser frem. Fjelland og Gjengedal (1995) viser ved et eksempel frem et hierarki av beskrivelser av livsverdensbegrepet. De viser frem noen trekk ved livsverdenen som er felles for alle mennesker og som kan beskrives mer eller mindre konkret. Videre sier de at man også kan beskrive livsverdenen til for eksempel de som er dårlig til bens, svaksynt eller lignende (s.121), slike beskrivelser kan også bli forholdsvis abstrakte. Beskrivelsene kan videre spesifiseres til en måte å være dårlig til bens på, og kan slik bli konkretisert.

Heideggers strukturer er som sagt abstrakte og generelle. Jeg tenker meg at de til tross for det må kunne ”beskrives” på ulike nivå. De vil da kunne se ulike ut, men likevel ha noe grunnleggende felles i seg. Heideggers ontologiske beskrivelse av den menneskelige væren vil være kontekstuavhengig. Det synes likevel rimelig å anta at eksistensialene vil kunne gjenkjennes innen ulike kontekster i konkrete menneskers liv. Siden sykepleie er et yrke der utøverne har kontakt med mennesker i ekstreme (eller eksistensielle) situasjoner, er det kanskje naturlig at dette og lignende yrker vil være preget av grunnmenneskelige trekk.

I sykepleie er tanker fra hans filosofi tidligere brukt i forbindelse med forståelse av mennesket og utdypning av omsorgsbegrepet. Omsorg ut fra Heideggers tenkning har vært benyttet av flere forfattere for å si noe om omsorg i sykepleie (Martinsen 1989, Benner 1995). Ofte er det da benyttet i betydningen *å sørge for, å interessere seg for og å bekymre seg for* andre. Heidegger fokuserer på at mennesket interesserer seg for og bekymrer seg for sin egen eksistens. For å ivareta omsorgen for seg selv, bryr man seg om eller bekymrer seg for

mennesker og ting som inngår i ens eksistens. For sykepleierne kan dette forstås som at de tar omsorg for seg selv som sykepleiere ved å interessere seg for og bry seg om de mennesker og ting som inngår i en sykepleieeksistens.

Når jeg her bruker tanker og perspektiver fra Heidegger for å forstå sykepleiere i deres praksis har dette med dimensjonen *å være* sykepleier å gjøre. I mitt empiriske materiale var det som tidligere beskrevet, fenomenet "*å være noen*" for pasientene som det ble viktig å utforske. Sykepleierne ønsket å være *forbundet med sine pasienter og å være forstående i sykepleier – pasientsituasjoner*. De av Heideggers strukturene som hjalp meg til å se sykepleierne som *forbundet og forstående* i sin omgang med pasienter, var først og fremst *medtilværelse, befindtlighet, forståelse og forfall*. Jeg vil prøve å si noe om disse strukturene slik jeg ut fra Heidegger forstår dem, for så videre å se konkretiseringer av dem i forhold til sykepleie.

## **Grunnleggende strukturer i den menneskelige væremåte**

### **Medtilværelse**

Tilværelsen vil alltid være en medtilværelse.

”Medtilvaron är en bestämdhet för den tillvaro som i resp fall är ens egen; medtilvaron är utmärkande för andras tillvaro, i den mån den är frigiven för en medvaro genom dennas värld. Blott om den egna tillvaron har medvarons väsensstruktur, är den en med tillvaro som kan påträffas av andra (Heidegger 1993, s.160).

Heidegger sier det hører til det å være menneske å eksistere sammen med andre, han registrerer dette som et gitt faktum som verken kan eller trengs å bevises nærmere (Fløystad 1993). Videre sier han at medtilværelsen må tolkes ut fra fenomenet omsorg. I det ligger å ville være *med* andre og sørge for andre. I en medtilværelse ligger ønske om å være forbundet med andre og viljen til å hjelpe den andre. Ikke alltid er vår medtilværelse å se som omsorg. Vi kan *falle ut* av en slik væremåte og bli utbytende og likegyldig.

En sykepleier handler for og samhandler med pasientene. I denne praksisen, sammen med og for pasienter, har de også en omgang med ting i en brukssammenheng. De gjør seg bruk av ulikt utstyr, og utstyret viser hen til sammenhenger de går inn i. Slik vil sykepleierne ha en

fortrolig og brukende omgang med mye utstyr som for andre kan virke fremmed og uhåndterlig. Sykepleierne har i tillegg et ønske om å *være noen* for pasientene, et ønske om en tilstedeværelse som beveger seg i grenselandet mellom det strengt faglige og det personlige. Det kan handle om en væremåte som strekker seg ut over det de gjør som sykepleiere. Kanskje ligger det i dette noe eksistensielt som erfares i møter mellom mennesker, og som også kan erfares i en yrkessammenheng. Utsagn sykepleierne kommer med i refleksjonen over sitt daglige arbeid, kan tyde på det.

Hvordan så forstå denne dimensjonen som kan sies å handle om at sykepleierne gjerne vil ”*være noen*” for pasientene? I forhold til pasientene sier de at de vil *etablere noe felles* med dem, de har vondt *av* dem og vil stille godt *med* dem, de lar seg berøre ved hjelp av sansene og følelsene og er opptatt av å sense *hva som er godt* for pasientene. Kanskje ligger det noe i denne dimensjonen som grenser opp mot innholdet i *kallet*, slik Martinsen definerer det (Martinsen 1989). Hun snakker om *kallet* som et grunnleggende menneskelig fenomen – en etisk fordring om å ta vare på nesten. I dette ligger en tjeneste for andre, og det beskrives med ordene uegennyttig, hjelpsomhet, personorientering, nærhet og engasjement. En slik ”kallsorientring” har noe i seg eller ved seg som kan sies å være inspirert av Heideggers grunnleggende struktur; medtilværelse i den menneskelige væremåten<sup>24</sup>. I mitt perspektiv kan *kallet* sees som en av mange ulike konkretiseringer av strukturen medtilværelse.

I mitt empiriske materiale kommer det til uttrykk et sterkt ønske fra sykepleierne om å være til hjelp for pasienter, det er en klar personorientering, en nærhet til pasienter og et engasjement for pasientene. Slik sett er mye av innholdet i *kallet* tilstede. Imidlertid er sykepleierne ikke inne på den uegennyttige dimensjonen ved *kallstanken*. Kanskje er det derimot nyttig og nødvendig for dem selv å være hjelpsomme, nære og engasjerte. Det kan ha med yrkesidentitet og oppfattelse av sitt ansvar som sykepleier å gjøre. Det kan se ut som om det er øyeblikk av nærhet med og engasjement for pasienter, som gir dem meningen i deres virke.

---

<sup>24</sup> Dette er sett ut fra min synsvinkel. Martinsen henter sin inspirasjon fra filosofen Løgstrup og hans tenkning om ”den etiske fordring”.

## **Befindtlighet**

*"Befindtlighet betegner, hvad vi kan kalde det "passive" aspekt i tilværelsens måde at være på"* skriver Lübecke (1982, s.138). I befindtligheten ligger i følge dette det passive aspektet av å være kastet ut i en situasjon, og vi er alltid kastet ut i en situasjon.

Stemninger og følelser er de konkrete eksistensielle uttrykk for den ontologiske befindtlighetsstrukturen. *"Det som vi ontologisk åsyftar med termen befindtlighet är ontisk sett det mest välbekanta och alldagliga: stämningen, stämdvaron (die Stimmung, das Gestimmtsein)* (Heidegger 1993, s.176).

I Heideggers tenkning er mennesket alltid stemt på en eller annen måte. Det befinner seg kontinuerlig i en eller annen tilstand. Fløystad (1993) bruker benevnelsen 'har det' følelsen, for å forklare hva befindtligheten inneholder (s.206). Det handler om hvordan vi har det i en gitt eller bestemt situasjon og samtidig en følelse av at man fortsatt har å være. Denne følelsen tenker, sanser og handler vi ut fra. Det er en henvisthet til verden, eller en rettethet mot å noe. Slik sett dreier det seg om å være, men denne væren inneholder også å gjøre. Min omgang med ting og andre mennesker er betinget av følelsen av hva det dreier seg om for meg i min situasjon (Fløystad 1993).

Sykepleierne befinner seg i sin yrkesfunksjon sammen med medarbeidere, pasienter og bruker ulike redskaper og verktøy for å utøve hjelp og pleie til pasienter. De er henvist til pasientene sine og må i enhver situasjon tenke hva kan jeg gjøre her, hva er mulighetene i denne situasjonen. På en måte kan det sies at man overtar og viderefører de mulighetene som er i pasientens situasjon. Den "tilstanden" de er i ulike situasjoner vil influere på hva de sanser, tenker og hvilke muligheter de ser.

*"I dag morges ante jeg ikke hva jeg kunne vente meg inne på sykerommet. Ut fra rapporten hørtes det ille ut",* sier en av sykepleierne jeg fulgte. Hver morgen når sykepleierne trår inn i avdelingen på tidligvakt, er situasjonen som regel mye endret fra kvelden før. Sykepleierne forteller at de kan gå fra vakt en dag og en pasient de har ansvar for er i forholdsvis god form, så kommer de tilbake dagen etter og pasienten er død. Selvfølgelig forteller de også andre historier om pasienter som er veldig dårlige og som dagen etter, eller kanskje helst noen dager senere, kommer spaserende mot dem i korridoren. Sykdom kommer ofte plutselig inn i våre

liv. Det kan se ut som muligheten til forandring i væremåten hos syke mennesker er større enn når man er frisk. Dette kan igjen medføre at sykepleiernes væremåte, eller måten de befinner seg på, må være foranderlig i takt med dette. Sykepleiere bruker også betegnelsen ”å bli kastet” inn i en situasjon og der må de handle, eller som de også kan si; de lever under handlingstvang. Spesielt går dette igjen i kritiske og akutte situasjoner som gjelder liv/død problematikk. Pasienter kan komme til å dø i kritiske situasjoner hvis sykepleieren ikke handler eller ikke handler riktig. Slik sykepleiere befinner seg, eller den stemningen de forstår og sanser ut fra, kan på denne måten være avgjørende for mulighetene og risikoene de ser i situasjonen.

Det kan se ut som om sykepleierne har liten fortrolighet med å fokusere på sin egen stemning eller sine egne følelser i sin yrkesutøvelse. I det empiriske materialet kommer slike dimensjoner frem på en indirekte måte. De fokuserer som regel på pasienters befinnende, altså hvordan pasienten har det i sin situasjon. Hvordan de selv har det kan komme frem gjennom utsagn som ”*jeg følte jeg ikke strakk til, den dagen gikk jeg hjem med dårlig samvittighet*” eller også ”*der fikk jeg gjort det jeg egentlig ville og skulle gjøre*”. Noen ganger snakker de også om at de ”*følte på kroppen hva de i den situasjonen måtte gjøre*”. De viser også i mange situasjoner frem et følelsesmessig engasjement for pasientene sine; *de trøster og stiller godt med dem*.

### **Forståelse**

’Strukturen befindtlighet’ er hos Heidegger nært knyttet til ’strukturen forståelse’. Lübcke (1982) sier det slik: ”*Det ”aktive” modstykke til befindtligheten er forståelsen*”(s.139). Han sier videre at en person er ikke bare kastet ut i en situasjon, han reagerer også på den. Det å reagere eller *kasten sig*, vil være motstykke til kastetheten (s.139). Slik sett henger strukturene befindtlighet og forståelse sammen ved å være motstykker til hverandre.

”*Hvor ”slutter” befindtlighetens eller stemningens og følelsenes kognitivitet og hvor ”begynner” den kognitivitet som kjennetegner forståelsesstrukturen* (Fløystad 1993, s.204)? Fløystad er inne på at befindtligheten med sine kognitive strukturer, i følge Heidegger, i en forstand ligger til grunn for forståelsen av en selv, verden og andre mennesker. Den måten man har det på, eller befindtligheten, vil ligge til grunn for hva og hvordan man forstår.

De grunnleggende strukturene kan vise seg gjennom konkretiseringer, sier Heidegger, selv om de ikke kan beskrives ved deres konkrete uttrykk (Fløystad 1993). De kan altså ikke beskrives, bevises eller verifiseres empirisk, likevel må de vise seg selv i tilknytning til sine konkrete uttrykksformer. *”Forståelse kan ikke beskrives av de ting man forstår. – Heller ved en argumentasjon av visse eiendommelige trekk ved ens forståelse av bestemte ting”* (Fløystad 1993, s.42).

Jeg mener i det empiriske materiale å se en forstående struktur i sykepleiernes måte å være på, eller reagere på. Det ligger en forstående måte å være menneske på som viser seg i mange av de skissene som vil presentere det empiriske materialet.

Å være menneske i en yrkessammenheng innebærer en yrkesmessig selvforståelse. Man forstår de relevante ting på en, for yrket, relevant måte. Forståelsen vil alltid inneholde noe aktivt. Sykepleiere vil alltid være i en sammenhengforståelse som innebærer at sykepleieren skal hjelpe den syke med de daglige gjøremål som de ikke greier selv på grunn av sykdommen. De skal sørge for at pasienten i sin situasjon har det best mulig, han skal for eksempel ikke ha sterke smerter. Andre plager skal avdekkes, pleies og behandles. Måten man handler på eller hjelper på, skal også oppleves som god for pasienten. Situasjonen pasienten er i, forstås med bakgrunn i sykepleierens selvforståelse; hva sykepleieren ser som sitt ansvar og de mulighetene hun ser i situasjonen. Det man forstår i situasjonen er ikke forstått i alle henseende, det er forstått på en mulig måte og måten er bestemt av situasjonen man befinner seg i. Det er visse aspekt ved situasjonen som blir betydningsgivende.

Sykepleieren er opptatt av å forstå, i betydningen avdekke, det som i situasjonen er av betydning for personen i pasientposisjonen og for seg selv i sykepleierposisjonen. Forståelsen og avdekkingen er knyttet til det som i en slik situasjon er av betydning. Bak dette ligger en type bedømming eller tolkning av pasientens tilstand og muligheter i situasjonen og sin egen rolle som sykepleier. I følge Heidegger er forståelsen en av de strukturer som mennesket kan sies å-være-i-verden ved.

### **Forfall**

Vår menneskelige væremåte vil alltid kunne være både egentlig og uegentlig i følge Heidegger (Fløystad 1993). Den uegentlige væremåten er karakterisert av at mennesket har en

tendens til å ”hoppe over seg selv” og gå opp i tingene. Den daglige praktiske omgang med tingene representerer i alminnelighet den uegentlige væremåte. Man går opp i tingene og overser betydningen av egen væremåte. I en medmenneskelig sammenheng vil den uegentlige væremåten være preget av at holdningen til andre er likegyldig, fremmed, hensiktsløs, utbytende etc. Den egentlige væremåten preges av en forbundethet med andre og av en vilje til å hjelpe. Den uegentlige væremåten er ut fra dette ikke spesielt menneskelig, slik den egentlig kan være det.

Forfall betyr enkelt at mennesket i sin daglige væremåte er forfalt til tingene, det er gått opp i tingene eller i betydningssammenhengen i verden. Det er falt bort fra sin egen bestemmelse og sin egentlige væremåte og til tingene. Det å være er falt bort til fordel for det å gjøre. Det vil i Heideggers forståelse av *å være* alltid ligge et ”gjøremoment”. I forfallet, slik jeg forstår det, vil det være snakk om at ”væremomentet” er falt bort, man er ikke i seg selv når man utelukkende gjør. Heidegger beskriver en rekke fenomener som snakk, nysgjerrighet, tvetydighet, beroligelse og fremmedgjøring som årsaker til forfallet. Disse fenomener som i dagligtale er negativt ladet, skal her ikke oppfattes med en slik valør, men som faktum ved den menneskelige væremåte.

Hva er det så Heidegger vil si om den menneskelige væremåte gjennom en forfallsstruktur? Det kan se ut som det er et faktum at vi som mennesker i det daglige lever i en forfallen tilstand, det vil si vi greier ikke ”bare” *å være* eller fokusere på vår egen væremåte. Vi har fokuset utenfor det *å være*, nemlig på ulike ting og gjøremål. Dette kan sees som en vanlig væremåte. Likevel finnes det altså forestillinger i mennesket om en væremåte som er mer egentlig. Jeg oppfatter også Heidegger dit hen at han mener det er viktig å komme tilbake til sin egentlige væremåte.

Omsorgsfenomenet er hos Heidegger knyttet til den egentlige væremåten. Mennesket forsøker gjennom en uegentlig væremåte å avlaste seg selv for ansvaret for seg selv og andre.

Sykepleiere vil i alle sykepleiesituasjoner kunne være både egentlig og uegentlig i væremåten. Jeg mener det er viktig at sykepleieren er seg dette bevisst. Skal hun kunne ha omsorg for seg selv og ta ansvar for seg selv som sykepleier, må hun alltid streve etter å komme tilbake til den egentlige væremåten. Her ligger forbundetheten med andre og viljen til å hjelpe. Slik sett

vil både ens væremåte og ens bruk av tingene gå inn i en betydningsammenheng for å gi hjelp og omsorg til pasienter. Likevel vil Heidegger minne oss om at vi ofte i dagliglivet forfaller til en uegentlig væremåte. Sykepleierne snakker mye om de gangene de har fått gjort det de egentlig skal gjøre som sykepleiere. Jeg har ikke i studiet gått i dybden på slike formuleringer, så jeg vet ikke hvilken forståelse som ligger til grunn for dem. Det er nærliggende å tenke at siden det i sykepleielitteratur står mye om hvordan sykepleiere skal og bør være, kan det være med å gi bilder av det man oppfatter som det egentlige eller det ideelle. Man kan vel imidlertid heller ikke utelukke at man i situasjoner hvor man kjenner på en forbundethet med pasienter og kjenner på og tar sykepleieansvaret, opplever å være ”egentlig” sykepleier. Dette i motsetning til de dager og de situasjoner der sykepleieren sier; *”det der fikk jeg gjort bare sånn halvveis, og det gir meg dårlig samvittighet”*, eller *”dette stellet ble ikke så bra som det kunne ha vært, men slik er det noen ganger”*.

Inspirert av Heideggers tenkning om grunnleggende strukturer i den menneskelige væremåte, blir en *”væredimensjon”* i det empiriske materialet som omhandler sykepleiernes daglige virksomhet synlig. Sykepleiere befinner seg alltid i en sykepleiesituasjon – som er utgangspunkt og grunnlag for det man forstår. Denne forståelsen får betydning for det man gjør, og væremåten kan ut fra den være egentlig eller uegentlig. Sykepleierne *er noen* for pasientene gjennom medtilværelse, befindtlighet, forståelse, medlevelse og ved å være egentlige sykepleiere. Denne *være noen* dimensjonen uttrykker en grunnleggende dimensjon ved det å være sykepleier.

I det videre arbeidet med det empiriske materialet ble denne forståelsen ledende i det å finne frem til hovedområder i den daglige sykepleiekunnskapen. Gjennom å la empirien ”speile” seg i Heideggers eksistensialer, mener jeg å se at det finnes grunnleggende strukturer i den daglige sykepleiekunnskapen. Disse strukturene er grunnleggende i all sykepleiepraksis. De vil i enhver sykepleier – pasientsituasjon tre frem og være et betydningsfullt grunnlag for den sykepleien som utøves. I disse grunnleggende strukturene ser jeg ulike konkretiseringer som har med det å *være forbundet* og det å *forstå*, å gjøre. Og jeg mener også å se beskrivelser fra sykepleierne som inneholder en tenkning om å være egentlig og uegentlig sykepleier.



Ut fra en slik lesning av empirien trer fire områder frem, der sykepleierne er:

**Kjennende**, de vil kjenne pasientene sine.

**Medlevende**, de lever med i pasientenes liv.

**Seende**, de tar ansvar for å være seende og slik utforske pasientenes tilstand.

**Sensende**, de senser for å få vite hvordan pasientene har det i sin situasjon.

Disse grunnleggende strukturene sier noe om hvordan sykepleien er tenkt å skulle være i sin ”egentlige form”. De kan også sies å være konstante elementer i en teori om daglig sykepleiekunnskap.

## **Fire strukturer i det å være sykepleier**

### **Strukturen pasientkjennskap**

Å kjenne mennesker er noe som hører dagliglivet til. Vi omtaler mennesker som kjente eller ukjente, og vi bruker formuleringer som å kjenne godt og å kjenne dårlig. Innholdet i det å kjenne et menneske er variabelt og er alltid knyttet opp mot en kontekst. I dagliglivet kjenner man menneskene rundt seg mer eller mindre. Ut fra et første kjennskap finner man ut om man ønsker å bli mer kjent eller om det er greit som det er. Et kjennskap i dagliglivet kan også ha et spesielt formål, man skal utføre en arbeidsoperasjon sammen, et dugnadsarbeid eller man skal delta sammen i styrer og foreninger. Man blir altså kjent i en kontekst og i forhold til et formål og vil i en slik situasjon vise frem sider av seg selv som angår formålet. Dette vil være noe annet enn der formålet primært er å bli kjent fordi man liker den andre og ønsker å tilbringe tid sammen med den andre.

Sykepleiepraksis har jeg tidligere sagt har som formål å gi hjelp, omsorg og pleie til mennesker som er syke og/eller skadet. I utgangspunktet er forholdet sykepleier – pasient et asymmetrisk forhold. Pasienten er i forholdet fordi han er syk og trenger hjelp, mens for sykepleieren er dette et arbeidsforhold. Alle sykepleierne i min studie er inne på kjennskapet til pasienten. De snakker om viktigheten av det ”å vite litt” om pasienten, og flere er også inne på hvordan de går frem for å bli kjent med pasienten.

Man kan ut fra dette spørre hvorfor skal sykepleierne kjenne pasientene? Hva er poenget med det, hva skal det tjene til? Ut fra materialet mitt kommer det ikke frem noen eksplisitte klare svar på slike spørsmål. Til tross for det, viser sykepleierne frem i praksis gjennom sine handlinger og også i refleksjonene de gjør seg, måter de går frem på for å bli kjent med pasientene og også valg de gjør på å ikke bli mer kjent. I dette materialet ligger derfor en innforståttighet av at kjennskap er viktig i sykepleien. Denne erkjennelsen eller forståelsen viser seg i sykepleiernes praksis. Sykepleierne blir mer eller mindre kjent med pasienter, det er viktig og basalt for dem.

Når de snakker om å kjenne til pasienter og betydningen av det, sier de blant annet: *”Du må vite det du trenger å vite om pasienten”*. Å vite om er vel likevel noe grunnleggende annet enn å kjenne. For *”å vite”* kan man tenke seg at det å samle opplysninger eller data kunne være måten å gå frem på. Man kunne spørre om de praktiske forholdene man er interessert i, for eksempel funksjonsnivå, matlyst, symptomer og plager. Slike spørsmål blir også stilt av sykepleieren i et formalisert innkomstintervju og sykepleierne bruker også formuleringer som å samle data om pasienten. Dette ser imidlertid ut til å være kun en del av det som for sykepleierne ligger i å kjenne pasienten. Denne type praktisk kjennskap som kommer frem gjennom *”å samle data”*, er viktig for *”å kunne samarbeide med pasientene og gi god og hensiktsmessig pleie”*, sier de. De er opptatt av å vite hva som har skjedd med pasienten før han kommer inn på sykehuset, de synes det er en fordel å vite litt om nettverket rundt pasienten, det er greit å vite litt om hvordan de har fungert tidligere, *”om syn, hørsel, tale, hvile, søvn, mave – avføring og sånn”*, sier de. I tillegg ønsker de å forklare pasientene hva som skal skje, og finne ut hva de som pasienter har behov for å vite.

Det ser ut som om sykepleierne mener at dette ikke kan skje på en naturlig måte gjennom å samle data, og det ser ut til at sykepleierne vil det skal skje så naturlig som mulig. Noe kommer frem gjennom samtale (gjærne et innkomstintervju), mens andre forhold blir belyst gjennom handlinger og aktiviteter for og sammen med pasienten. Det at det skal skje så naturlig som mulig, liksom innflettet i *”noe annet”*, tror jeg har sammenheng med en selvforståelse sykepleiere har som yrkesutøver. En sykepleier er ikke en utspørter som med et betraktende blick spør om det han mener er viktig i sakens anledning. Det medmenneskelige aspektet i det å være sykepleier ser ut til å være levende og sterkt. Å være sykepleier er en *”medtilværelse”* med pasienter, det er å være forbundet med pasienter. Sykepleierne må vite

det de trenger å vite, men det er av stor betydning måten dette skjer på. De vil ha et kjennskap til den syke for å forstå hans situasjon, de vil kjenne pasienten for å ha en relevant kontekst for forståelsen. Forståelsen vil jo alltid være en mulig forståelse blant andre forståelsesutkast. Å kjenne pasienten er viktig for at forståelsesutkastet kan bli godt, og noe å bygge videre handling på.

Det at sykepleierne vil være ”forbundet” med pasientene sine, sier noe om måten de vil befinne seg på som sykepleiere. De vil være noe annet og noe mer enn en som samler data. For å få kjenne på denne forbundetheten, denne stemningen, er de også villig til å gi noe av seg selv. De vil at det i utgangspunktet asymmetriske forholdet på det menneskelige plan, skal bli mer symmetrisk. De ”gir noe av seg selv, de forsøker å komme på bølgelengde med pasienten, de forsøker å etablere noe felles” og ”de gir av sin erfaring for å være til hjelp”. Det å være sykepleier i ”egentlig” forstand ser ut til å være veldig sterkt forbundet med en selvforståelse av å være forbundet med pasienter og være til hjelp for pasienter. Selvfølgelig faller sykepleierne i løpet av arbeidsdagen ut av sin egentlige væremåte og samler data og kanskje til og med "grafser" i pasienters privatliv. Imidlertid ser det ut til at de er svært opptatt av grensene for hva de trenger å vite. De prøver i ulike situasjoner å vurdere hva som er nok og hva som er nært nok i kjennskapet med pasienter. På en måte kan det se ut som de er innforstått med at de faller ut av sin yrkesmessige ide når de grafser og er nysgjerrige, på samme måte er de opptatt av å ikke dra for mye av sitt eget private inn i forholdet. Det vil hele tiden være en balansegang å vurdere hva som skal ”kjennes” i dette forholdet og hva som skal holdes unna. De vil, som sykepleiere, kjenne pasienten som pasient.

### **Strukturen medlevelse**

Mange av sykepleiernes fortellinger vitner om at de involverer seg i pasientenes liv, både det dagligdagse livet her og nå og et eventuelt fremtidig liv. De har *vondt av pasientene, de prøver å trøste* dem og de vil gjerne på andre måter vise at de bryr seg. Gjennom slike utsagn sier de noe om hva de ønsker for pasientene, men det sier også noe om deres egen *stemning* eller befinnende. Mange nevner også sin egenerfaring som de bruker for å prøve å forstå den andres situasjon. Det er også vanlig at sykepleierne i sin omgang med pasientene tenker hva og hvordan de selv ville hatt det, hvis det var de som var i pasientens sted.

Empati er et mye brukt begrep i sykepleielitteraturen. Den vanligste forståelse av begrepet er å leve seg inn i den andres situasjon (Holm 1987, Travelbee 1971). I bøker om sykepleie blir dette fremstilt som viktig for sykepleieren. Det er muligens en forskjell i innholdet av dette begrepet, 'å leve seg inn i' og det 'å leve med, eller å bry seg' som jeg her bruker, men jeg mener det likevel handler om noe av det samme. Et viktig trekk ved denne type tilnærming til pasientene er å gjerne ville forstå eller å ta inn den andres opplevelse, og ut fra det prøve å tenke seg til hva godt man kan gjøre for denne pasienten. Jeg velger bevisst å ikke bruke empatibegrepet her fordi det i dette praksisfeltet ikke var mye i bruk. Vi berørte imidlertid i et senere gruppeintervju empatibegrepet i betydningen; å leve seg inn i den andres situasjon. De fleste sykepleierne mente at empati i en slik betydning kanskje er en umulighet og at det heller ikke er ønskelig. Det kan ende opp i en type selvidentifikasjon som gjør at man mister det faglige perspektivet. *"Kommer du for nær, mister du overskuddet til å gi"*, sier en.

Å leve med i pasientens liv er først og fremst en involvering her og nå, *"vi lever med dem den stunda vi er rundt dem"*. Dette innebærer å leve med pasientene i ei tid med store endringer i livet eller i alle fall i nye situasjoner. Det det er snakk om er; *"å være tilstede der man er"*. Man har *"vondt av pasientene, steller pent med dem"* og *"prøver å trøste"*. I tillegg til denne her og nå involveringen ligger også i dette materialet en fremadrettethet. Som sykepleier prøver man å "ligge foran". Det er viktig *"å hjelpe dem over en terskel"*. Dette innebærer at sykepleierne også bryr seg med pasientenes fremtidige liv. De vil her og nå involvere seg og hjelpe pasienten på en slik måte at pasientens fremtidige liv kan bli så bra som mulig, eller best mulig. Mens de på den ene siden er opptatt av å gjøre godt for, er de på den andre siden opptatt av ikke å gjøre "bjørnetjenester". Man har hele tiden et fremtidsbilde med seg i det man gjør og prøver å *"pushe pasienten, inspirere og ans pore"*. *"Du prøver å strekke dem litt, går det bra, prøver du litt til"*.

Å leve med i pasientens liv dreier seg mye om å bry seg her og nå, og kan sees på som en væremåte for sykepleierne. De kastes inn i situasjoner, og væremåten er å bry seg. I dette ligger også et omsorgsperspektiv i Heideggers forstand; mennesket har omsorg for, bekymrer seg for eller interesserer seg for noe i sin egen tilværelse. Hos Heidegger er denne omsorgen primært rettet mot egen tilværelse, men i hans utlegging er dette en umulighet uten å ha omsorg for det som er en del av denne tilværelsen, det gjelder både andre mennesker og ting. Forenklet kunne man si at å ha omsorg for seg selv, vil i denne betydning være å ha omsorg

for det man omgir seg med. Skal sykepleieren ha omsorg for seg selv som sykepleier, må hun ha omsorg for det som inngår i denne tilværelsen (sykepleietilværelsen). Pasienter vil alltid være viktig i denne tilværelsen.

Heidegger beskriver omsorgsstrukturen som en bærende og sammenfattende struktur ved den menneskelige væremåte, ”omsorg utgjør menneskets vesen” (Fløystad, 1993, s.71). Den er altså helt grunnleggende for menneskets eksistens her og nå, men den vil alltid også referere til fortsettelse av eksistensen – fremtiden. Når sykepleierne lever med eller bryr seg med pasienten, kommer dette tydelig frem. De har omsorg her og nå, men alltid med tanke på den fremtidige situasjonen. Imidlertid må man her også tenke inn en egentlig og en uegentlig væremåte. Når mennesket forfaller bort fra seg selv og til tingene, vil det også forfalle fra sitt omsorgsansvar, primært for seg selv, men i det ligger altså omsorgen for andre. Sykepleiere vil slik kunne forfalle eller falle ut av sitt omsorgsansvar i sin sykepleietilværelse. Likevel vil sykepleiere ha et klart bilde av en egentlig sykepleieværemåte, der omsorgen og det å være til hjelp for pasienter er sentralt.

### **Strukturen; seende**

Når sykepleierne snakker om å se pasienten, legger de i denne sammenheng en annen betydning i begrepet enn bare å bruke øynene. Når de ser pasienten, ”ser de, lukter de, hører de, kjenner og føler de” pasienten, ”de bruker alt”, sier en av dem.

Å sanse eller å se er vel nettopp det å ha blick for, eller å ha antenner for ulike forhold i en situasjon. I dagligtale bruker vi ofte formuleringen om at hun eller han “ser nå det de vil se” eller de “hører det de vil høre”. Ut fra slike formuleringer kommer også begreper som å overhøre eller å overse. Dette sier noe om en forståelse av at vi kan både se og overse og høre og overhøre i ulike situasjoner.

Begrepet sansning brukes lite av sykepleierne i dette praksisfeltet, det de snakker om er å se pasienten. Sykepleierne er gjennom sin utdanning opplært til å se etter spesielle tegn hos pasienten, som kan si noe om sykdommen. Dette knyttes i stor grad til konkrete observasjoner i forhold til pasientens kropp, og det brukes ofte “fastlagte” faglige forklaringer på det de ser. Begrepet som har vært mye brukt i sykepleie, er observasjon. Sykepleierne skulle lære seg å observere i ulike sammenhenger, og i dette begrepet lå betydninger som “å se nøye”, ”å være

oppmerksom” og “iaktta”. I et dansk læreverk som har vært flittig i bruk også i norsk sykepleieutdanning frem til for noen år siden<sup>25</sup>, står begrepet definert slik: “*Observasjon er en målrettet iagtagelse af nogle fænomener der kan oppfattes med sanserne*” (Vesterdahl 1986, s.218).

I denne boken defineres syn, hørsel, luktesans og sunn fornuft som sykepleiernes redskaper når de skal bedømme pasientens allmenntilstand. Det står videre at når man snakker om allmenntilstand, er det den fysiske tilstand man først og fremst tenker på. Det legges her til grunn noen “objektive symptom” som sykepleiere må se etter. Disse symptom er videre spesifisert i forhold til ulike deler av kroppen eller funksjoner/tilstander. Eksempelvis snakkes det om observasjon av bryst, munnhule, mave og føtter osv. og observasjon i forhold til ernæringstilstand, hygiene, bevissthetstilstand, funksjonsnivå osv. Ut fra denne listen kan det se ut som om sykepleiere skal “gå over” kroppen til pasienten bit for bit for å oppdage, eventuelt avsløre, tegn eller symptomer. Dette tror jeg har vært en sterk tradisjon i sykepleie. Man skulle observere tegn hos pasienten, og så skulle kunnskaper (i denne sammenheng naturvitenskapelig kunnskaper om kroppens oppbygning og funksjon og sykdommer) hjelpe sykepleieren til å forklare de tegn man observerte.

I praksis kan det se ut som om at dette likevel ikke er den måten det skjer på. Det ser ut som de ”verbale skolebokslistene” etter hvert trer mer og mer i bakgrunnen, mens bilder av lignende situasjoner dukker opp og minner en på hva det er viktig å se etter. Det er heller bilder av tilstander, slik som kroppen viser dem frem som blir styrende for det å se eller sanse. Sykepleierne ser i praksis de levende menneskekroppene og ser etter meningen med de uttrykk de gir, mer enn de ser avgrensede kroppslige reaksjoner og prosesser. Dette er også en tradisjon som i sykepleiepraksis har stått sterkt, det å møte pasienter som hele personer eller levende kropper.

Sykepleierne er kastet inn i situasjoner med pasienter, og de ser pasienten for å avdekke og oppdage og slik forstå situasjonen pasienten befinner seg i. Den måten sykepleieren befinner seg på i situasjonen kan variere. Noen situasjoner er oversiktlige, og sykepleieren er trygg og fortrolig i situasjonen. Andre ganger er situasjonene komplekse og kaotiske, og sykepleieren

---

<sup>25</sup> Vesterdahl 1986, Sundheds- og sygepleje, Nyt Nordisk Forlag. Dette var et tobindsverk som i norsk sykepleierutdanning ble avløst av det norske verket; Generell Sykepleie 1-3, red. Nina Jahren Kristoffersen,

er utrygg og redd, *stemningen* de befinner seg i vil slik kunne variere. Gjennom å se pasienten prøver de å finne ut av mulighetene i situasjonen. Å være kastet inn i en situasjon er som Heidegger sier det, å overta og videreføre mulighetene i situasjonen. Dette korresponderer med tanker om sykepleie som handlings- og fremtidsrettet aktivitet.

Når sykepleierne ser, ser de *”for å se noe nytt”*. De vil forstå stadig mer og stadig bedre gjennom å oppdage nye forhold som *”den levde”* kroppen uttrykker. Det som opptar dem er det nye eller det endrede. De ser etter små, nye tegn som kan fortelle mer om pasientens situasjon som helhet, er det tegn på bedring eller tegn på forverring? *”Når jeg så tok i benet hennes for å ta bort puta som det hvilte på, skrek hun til, i går var det ikke slik”*, sier en av dem i samtalen. Det å se endring i tilstanden blir spesielt viktig i situasjoner der pasienten selv ikke kan fortelle om eller gjøre rede for slike endringer.

Sykepleierne er også veldig opptatt av å se mulighetene i situasjonen. Dette ser man tydelig i gjenopptrenings-situasjoner etter sykdommer eller skader. Fokus da er hvor mye greier pasienten, hva er tegnene på at hun greier mer og hva er tegn på at hun er overanstrengt. Det blir viktig alltid å utnytte det pasienten kan orke. I slike situasjoner kan de også prøve *”å strekke dem litt”*, som de sier. De ser etter mulighetene for denne pasienten i denne situasjonen. Det ser ut som om sykepleierne her kan gå nærmest metodisk frem for å prøve å strekke pasienten stadig lengre (dvs. til et høyere funksjonsnivå). Her kan ligge en fortrolighetskunnskap i å *prøve skrittvis* i forhold til hvor langt kan man strekke en funksjon, og vurderer; hva er mulig å få til.

Å se i bilder er også uttrykk som sykepleierne bruker i dette materialet. De kan ha bilder av *”en god stilling i senga, en god seng, en skånsom snuing og et behagelig leie”*. De ser det for seg, eller de har blikk for det. De kan også *”se at noe ikke stemmer”*. Dette kan fortone seg som en vag anelse, eller som en fornemmelse hos sykepleieren. Kanskje befinner de seg i en stemning som sier dem at noe er galt, selv om de ikke kan peke på ett enkelt tegn som bekrefter det, de har bare et bilde av at her er det noe som ikke stemmer. Vanligvis vil man i slike situasjoner gå videre med mulighetsutkast for å finne ut av dette. Slike bilder bærer i seg

summen av alle lignende situasjoner man har vært i, sier en, ”du bærer det med deg, du har sett det før”.

”Det å se, må man bare i sykepleien”, sier en av sykepleierne. Dette utsagnet kan forstås som at det å se hører med til den egentlige væremåte for sykepleiere. Det er sykepleierens ide og også ansvar å se pasienten på en slik sanselig måte. Faller man ut av denne ideen kan man overse forhold som er viktig for pasientens helbredelse og velvære.

### **Strukturen; sensende**

Sykepleierne i denne undersøkelsen bruker ofte ordet å sense. Det kan se ut som begrepsinnholdet er variabelt og nært knyttet til den situasjonen det brukes i. Imidlertid går det igjen at det er viktig å sense i ulike pasientsituasjoner nettopp for å vite hvordan pasienten har det, hva pasienten mener eller hva han vet og tenker om sin situasjon. Det kan se ut som om det å sense brukes som en kontrast til å stille åpne og direkte spørsmål, og brukes i situasjoner der det ikke passer seg eller der det av andre grunner ikke vil føre frem.

Å sense vil i denne sammenhengen kunne oversettes med å føle på seg. Å være sensitiv blir vanligvis brukt i betydningen; å være følsom. Å være følsom vil i sykepleiesammenheng kunne dreie seg om å tolke menneskelige uttrykk, både kroppslige og verbale, i spesielle situasjoner. Gjennom å sense eller å være følsom overfor disse uttrykkene, kan man da kanskje få vite noe om hvordan pasienten har det. Å være følsom blir ut fra dette en måte å befinne seg på, en stemning man er i og som man forstår ut fra.

Enkelt kunne man si at hvis både sykepleier og pasient kunne være mer direkte i sin tale og sitt uttrykk, ville mange problemer være eliminert. Kunsten i sykepleie sa Florence Nightingale, er å oppfatte hvordan den syke har det også når han selv ikke kan uttrykke det.

”Kan jag göra något för er?” säger den tanklösa sjuksköterskan och de uhövliga patient svarer ofelbart: ”Nej”, den hövliga ”Nej tack”. Faktum är att den verkligt sjuka patienten undvarer nästen vad som helst hellre än att göra ansträngningen att tänka ut vad det är sjuksköterskan försummat”. (Nightingale 1954, s.125)



Jeg har ut fra denne studien en oppfatning av at sykepleierne er innforstått med at det for pasientene av ulike grunner er vanskelig å skulle formidle seg om sin tilstand, og at noen spørsmål er for upassende, for krevende eller for vanskelige å stille. Derfor blir det å sense også viktig og basalt i sykepleiepraksis. Det er viktig for sykepleieren å vite hvordan pasienten har det, også i de tilfeller pasienten av ulike årsaker ikke meddeler seg.

Hvorfor er dette da viktig for sykepleierne? Jeg velger igjen å trekke frem den selvforståelsen som ligger i yrket. Det at sykepleieren vil være forbundet med pasienten, og derfor vil kjenne pasienten, har jeg tidligere vært inne på. Sykepleierens stemning av å befinne seg forbundet med pasienten er sentral i sykepleiernes forståelse av sin ide og sitt yrkesansvar. Det ser ut som det er viktig for sykepleierne å befinne seg på en slik måte i sin arbeidssituasjon at de ikke faller ut av denne ideen. Sentralt i denne ideen er å vite hvordan pasienten har det.

*”Imidlertid greier man aldri å lese alle mennesker”*, sier en av dem. I dette ligger også en forståelse av at man som sykepleier skal være en god menneskekjenner, *”man skal oppfatte ting selv om pasienten ikke sier det”* og *”man skal lese mellom linjene”*.

Spørsmålet blir; hvordan befinner pasienten seg i sin sykdom og sin lidelse? Slik sykepleierne fremstiller det, er det nødvendig for å kunne se de beste mulighetene og kunne velge de gode handlingene. En kan imidlertid også her se for seg at sykepleierne kan falle ut av sin ide ved å gå feil i sine tolkninger og gjøre feil bedømminger. Slik kan de komme til å sette pasienter i bås eller stemple dem. Imidlertid kan det se ut som om det er en forsiktighet også innebygget i denne forståelsen, man skal i sin sensing gå forsiktig frem. Det viser også de ordene sykepleierne bruker når de snakker om dette. De *”lister seg frem, fisker ut”*, og *”venter og ser om uttrykket står seg”*. Dette med å sense er derfor ikke noen hastig prosess, sykepleierne er også inne på at å sense tar tid.

Både å se pasienten og sense pasienten er for sykepleierne metoder for å forstå pasienters situasjon gjennom lidelse og sykdom. Man er i en situasjon med pasienter og har å være der, da har man en måte å være på for å finne ut av situasjonen, for å avdekke den og forstå den. Dette er nødvendig for å se de mulighetene for handling som ligger i situasjonen. Sykepleierne er i tillegg opptatt av å handle på en best mulig måte.

I dette ser det ut til å ligge et ønske om å *være* sykepleier, en dimensjon som går ut over det å gjøre sykepleie. Ramirez er inne på denne dimensjonen ved yrkeskunnskap når han sier til sine elever; *att de i skolan kan höra och lära sig saker om arkitektur, men att bli arkitekt är nogonting annat.*<sup>26</sup> Å være sykepleier er noe annet enn å lære seg noe om sykepleie. Å være sykepleier vil i følge denne tenkningen være; å befinne seg i sykepleiesituasjoner som man forstår. I forståelsen ligger det å reagere eller handle. Kanskje kan man også si at det er gjennom å utøve sykepleie at man blir sykepleier.

---

<sup>26</sup> Ramirez i en kommentar til programmet Tendens. Email datert 25. juli 2001

## 6. Å utføre sykepleie – å gjøre sykepleie

Heidegger gav meg inspirasjon til i det empiriske materialet å se fire grunnleggende strukturer i sykepleiepraksis. Disse strukturene er ikke å betrakte som faste og avgrensede områder i sykepleiekunnskapen. Imidlertid speiler de noe konstant som er nærværende i all sykepleiepraksis. Heidegger ga meg slik hjelp til å få dypere innsikt i en konstant dimensjon i den daglige sykepleiekunnskapen.

Det andre fenomenet som var tydelig ut fra det empiriske materialet, var som før nevnt bevegeligheten og variasjonene i den daglige praksisen. Den daglige praksisen er bevegelig, det kan se ut som ingenting står fast. Ut fra materialet fortøner det seg som om sykepleierne *avpasser* sine handlinger i de ulike situasjoner de er involvert i. Det er også et moment av *utforskning* og *oppdaging* i denne bevegeligheten. De utforsker pasienters ulike tilstander og de oppdager eller avdekker nye aspekt eller momenter i sykepleier – pasient situasjoner.

Heidegger er en filosof som utforsker det felles menneskelige og ”bygger” teori på et ontologisk nivå. Han gav meg derfor ikke inspirasjon til å utforske videre det bevegelige aspektet som empirien viser frem. En filosof som har arbeidet med en analytisk dimensjon hvor ingenting står fast, hvor hver situasjon er å se på som ny og unik, er Wittgenstein. Da jeg i det videre arbeid skulle utdype eller utvikle disse strukturene, var det et poeng å vise frem bevegeligheten og variasjonene i den daglige praksisen. Jeg har tidligere vært inne på at flere av dagens kunnskapsteoretikere henter inspirasjon fra Wittgenstein i det de skriver om yrkeskunnskap, praksiskunnskap eller den praktiske kunnskapstradisjonen (Nordenstam 1984, Johannessen 1984, 1989, 1998, Josefson 1991). I enkelte sammenhenger blir denne måten å tenke rundt praksiskunnskap, kalt Wittgensteintradisjonen (Molander 1993, Rolf 1991). Denne tradisjonen bygger særlig på tolkning av Wittgensteins senfilosofi og først og fremst verket *Filosofiske Undersøkelser*, (svensk utgave 1992). Gjennom min fordypning i begrepene praksiskunnskap og taus kunnskap (kapittel fire), var jeg kjent med denne tradisjonen. Jeg mente å se at her var det noe å finne som kunne gi innsikt i den bevegeligheten og de variasjonene det empiriske materialet viste frem. Jeg gikk nå inn i

skrifter av Wittgenstein som jeg tidligere ikke kjente til, for å se om hans tenkning kunne gi mer innsikt i det bevegelige og variable i sykepleiepraksis.

Hos Wittgenstein finner man ikke noen samlet teoretisk utlegning om kunnskap. Han var de siste årene opptatt av spørsmål om *hva vi med sikkerhet kan vite*. Mye av det han skrev om dette temaet ble skrevet ned på lapper som han etterlot seg. Dette materialet er senere samlet i boken *Om visshet* (Wittgenstein 1989, 1992b). Det er også kommet ut en bok om Wittgensteins syn på kunnskap; *Wittgenstein om kunnskap og visshet* (Svensson 1992). Denne boken kan sies å være en fortolkning av Wittgensteins kunnskapsyn ut fra hans egne skrifter.

Min ide har vært å bruke begrepet *språkspill* analytisk for å se på sykepleieres praksiskunnskaper. Begrepet er først og fremst utdypet i *Filosofiske Undersøkelser* (1992a, 1997), men ble først lansert i *Blå boken och Bruna boken* (1999). Språkspillbegrepet er et begrep for enheten mellom språk og virksomhet. Wittgenstein er tydelig på at handlingen er begynnelsen; *Im Anfang war die Tat*, (Wittgenstein 1992, §402). Svenson sier det slik; ”*Kort kan Wittgenstein sägas argumentera för att språklig mening intimt hänger samman med sätt att handla*” (Svensson 1992, s.14). Slik jeg leser Wittgenstein vil det alltid handle om bestemte *sätt* eller måter å handle på i konkrete situasjoner. Wittgenstein snakker om den plass språklige ytringer har i *språkets levande användning* (1958/1999, s.115). Han gir eksempler på ord som gir oss ulike bilder, forestillinger, følelser og opplevelser og som kan føre til ulike aktiviteter og handlinger.

Denne tenkningen har gitt meg inspirasjon til å tenke at sykepleiernes handlinger vil romme ulike forestillingsbilder, følelser og opplevelser, som igjen rommer ulike dimensjoner av kunnskaper. Ut fra Heideggers tenkning fikk jeg inspirasjon til å se en væredimensjon i den daglige sykepleierkunnskapen. Heidegger får frem at man blir gjennom å gjøre, og slik blir den tette sammenhengen mellom *å være* og *å gjøre* synlig. Det er handlinger som konstituerer språkspillene. Handlingen foregår alltid i en kontekstuell og kulturell sammenheng, man lærer å handle i en praksis gjennom å delta i den. Handlingene individuerer språkspillene (Meløe 1978). Sykepleiehandlinger gjør sykepleiespråkspillene konkrete og individuelle. Ords betydning er handlingsinterne. Dette understreker i min sammenheng at deltagelse i sykepleiepraksis er en forutsetning for å få del i eller tilgang til en daglig praksiskunnskap.

Livet i avdelingen har jeg tidligere beskrevet som et fortrolig fellesskap mellom sykepleiere, et fellesskap de også deler med pasienter. Dette er sykepleiernes arbeidsliv. De er fortrolige med situasjonene, utstyret og de rutinene som finnes der. Pasientene, som er en del av dette livet, ”skiftes” ut gjennom innskriving til og utskrivning fra avdelingen. Denne *livsformen* (i Wittgensteins term) er den virksomheten eller den arenaen hvor sykepleiernes praksiskunnskaper viser seg gjennom utøvelse

Den dimensjon av den daglige praksiskunnskapen jeg ønsker å kunne si noe om, er en levende kunnskap og en sammenflettet kunnskap. I dette ligger en tanke om at det i denne kunnskapen både er noe konstant og noe bevegelig (det konstante ble utdypet i kapittel fem). Det bevegelige vil kunne inneholde ulike kunnskapelementer av mer eller mindre fast karakter. Den faste kunnskapen er fagkunnskap av natur-, samfunns- eller humanvitenskapelig karakter som lånes inn som redskap for å fortolke en praksissituasjon. En praksissituasjon er alltid en unik situasjon som har sin egen logikk, og her ligger det bevegelige momentet. Likevel vil det i alle unike praksissituasjoner være trekk av likheter, fordi de tilhører en livsform.

Wittgenstein sier det slik:

”Jeg kan ikke finne noen bedre betegnelse for disse likhetene enn ordet ”familielikheter”; for de forskjellige likhetene overlapper og krysser hverandre helt som mellom medlemmene av en familie: kroppsbygning, ansiktstrekk, øyenfarger, ganglag, tempement osv. osv. – Og jeg vil si at ’spillene’ utgjør en familie (Wittgenstein 1997, §67).

Denne levende og sammenflettede kunnskapsdimensjonen, tenker jeg, artikuleres både gjennom ord og handling. Kunnskapen viser seg kanskje først og fremst gjennom handling, og ordene som brukes er flettet sammen med handlingen. Denne tette sammenfletningen av ord og handling er det Wittgenstein kaller språkspill. Et språkspill vil bære kunnskapen eller kanskje heller være kunnskap. Jeg vil i neste avsnitt gå videre på Wittgensteins egen utlegning av begrepet språkspill. Videre i kapitlet ser jeg sykepleiepraksis i lys av begrepet språkspill, for til sist å gi eksempler på noen identifiserte språkspill i sykepleiepraksis.

## Wittgensteins begrep, Språkspill

”-----: Språket skal tjene som kommunikasjonsmiddel mellom en A som er i ferd med å bygge, og en B som er hans håndtlanger. A oppfører en bygning av byggesteiner; til sin rådighet har han blokker, søyler, plater og bjelker. B skal rekke byggesteinene til ham, nemlig i den rekkefølgen som A trenger dem i. Til det bruk betjener de seg av et språk bestående av ordene: ”blokk”, ”søyle”, ”plate”, ”bjelke”. A roper ut ordene; - B kommer med steinen som han har lært å komme med på dette ropet. – Betrakt dette som et helt primitivt språk” (Wittgenstein 1997, § 2).

Når Wittgenstein skal forklare begrepet språkspill, gir han et eksempel hentet fra en byggeplass. A og B forstår begge språket her. B forstår hva A sier fordi han forstår hva A gjør. Språket er her en aktivitet og ikke utelukkende navn på objekter.

Det som kan “sees” av en utenforstående er at den ene roper ut ulike ord den andre reagerer på ved å bære frem en gjenstand (stein), som han har lært seg å bære frem når det ordet ropes ut. For en utenforstående kan det se ut som en meningsløs lek eller et ukjent spill.

Hva må så til for å gi handlingene identitet og dermed mening? Stedet de to mennene befinner seg på vil kunne gi informasjon om hva de bedriver. Kjenner man igjen dette stedet som en byggeplass, vil en del av meningen eller forståelsen være på plass. Mennene kan ha arbeidsklær på seg, redskaper rundt seg og kulisser (eks. en halvferdig mur, eller bygg) som sier oss at dette er to arbeidsskare som skal mure et hus. En forutsetning vil være at den utenforstående “seer” drar kjensel på stedet som en byggeplass, noe som forutsetter at han har sett slike steder før og har en viss forståelse for hva som foregår der. Wittgenstein bruker benevnelsen ’livsform’ om den formen for virksomhet som gir mening og identitet til de fire ordene.

Ordene som mesteren roper ut er altså ”blokk”, ”søyle”, ”plate” og ”bjelke” (Wittgenstein 1997, § 2). Var jeg en forbigående som hørte disse ropene, ville jeg ikke skjønne hva de skulle bety eller avstedkomme. I eksempelet handler den andre ved å hente en gjenstand som han har lært seg svarer til det ordet. Han forstår hva som sies, og gjør et trekk innenfor byggespråkspillet. Han vet hva en blokk er, hvordan den ser ut og kanskje også hva den brukes til. Han har tilgang til denne forståelsen ved å iakttå sin arbeidskamerat. De ordene

som her blir ropt ut, er betegnelser på ulike byggesteiner. Disse bygningssteinene bruker arbeideren i en bestemt orden eller etter et bestemt system.

En premiss som er lagt inn i eksempelet er at de to mennene har ulik posisjon i forhold til arbeidsoperasjonen. En er bygningsarbeider, den andre håndtlanger, dvs. den ene har ansvar for å utføre arbeidsoppgaven, den andre er en type assistent. En assistent som er opplært til å "håndtlange" i forhold til de fire ordene. Arbeidet "tenkes" gjennom de fire ordene.

Denne språkforståelsen kommer frem som en kritikk av den Augustinske språkforståelse, hvor ord representerer gjenstander i virkeligheten. Wittgenstein sier det slik: *"I denne bild av språket hittar vi rötterna till idèn: varje ord har en betydelse. Denna betydelse är tillordnad till ordet. Den är det föremål som ordet står för"* (Wittgenstein 1992a, s.11). Wittgenstein vil argumentere for at en slik forståelse er gjeldene bare for en liten del av språket.

Wittgensteins poeng er at for å få tak i hva ord og begreper betyr, må vi se på bruken av dem. I bruken ligger både eventuelle regler eller kriterier for bruk, og poenget eller formålet med bruken. Fremstillingsmåten og eventuelt den teknikk som ligger til grunn for anvendelsen, hører også med. Alle disse momentene hører sammen i begrepet og inngår i det Wittgenstein kaller *språkspill*. Språkspill er samtidig en praksis som ikke bare er av rent språklig karakter, men som utgjør en del av vårt liv. Å ha et begrep innebærer å inngå i en livsform eller praksis.

I Wittgensteins eksempel er de fire ordene å se som "talehandlinger" eller også ordrehandlinger. For å oppfatte dette språkspillet må man forstå den praksis som bygningsarbeid er. I denne praksisen knyttes ord og handling sammen til et primitivt, men likevel fullstendig språk.

### **Felles forståelse – livsform.**

Tenker man seg at de to arbeiderne hadde samme forutsetning for å kunne utføre arbeidet, ville dette kunne artet seg annerledes. De ville periodevis kunne avløse hverandre i å utføre de ulike operasjonene som var nødvendig. Ut fra at de begge da hadde forestillinger og kunnskaper om prosessen var det kanskje unødvendig å rope ut ordet i det hele tatt. Man kan tenke seg at når den ene hadde bruk for en blokk, så hadde den andre allerede skaffet den til veie fordi han så for seg at det neste trekket var å bruke en blokk i muren.

Prøver man i eksemplet å sette inn en arbeider som kan mure murer og en håndlanger som er helt ny i dette arbeidet, ville situasjonen endres igjen. Arbeideren ville måtte fortelle den nye noe om hva slags type arbeidsoperasjon dette var, hva arbeidet dreide seg om, altså hvilken livsform som ligger til grunn (Scheman 1998). Så måtte han fortelle hva den nyes funksjon var. Han ble vel her nødt til å vise frem de ulike steinene han ville få bruk for, og si hva “navnet” på dem var. Likevel kan man tenke seg at den nye kunne komme med en bjelke når arbeideren ropte blokk. Det ville kunne ta tid før den nye fikk en tilstrekkelig fortrolighet med steinene, og en forståelse for bruken som gjorde at han ikke tok feil av dem. Å få fortrolighet med steinene vil bety å forstå den sammenhengen de i denne situasjonen går inn i. Johannessen skriver det på denne måten: *“Det enkelte språkspill utgjør det logiske rom for å gi mening til et språklig tegn i en bestemt sammenheng.”* (Johannessen 1993, s.41)

Jeg har, ved å legge inn ulike premisser i Wittgensteins eksempel (en erfaren assistent, en nybegynner og en kompetent bygningsarbeider), forsøkt å belyse at ulike posisjoner i virksomheten vil kunne føre til at ord som er nødvendig for å få virksomheten utført, kan bli forskjellig. De to kompetente kunne kanskje utføre arbeidsoperasjonen uten ord. En kommunikativ samhandling kunne likevel være mulig på grunn av at de er sammenfallende i oppfattelse av arbeidsprosessen og av situasjonen. Ordbruk blir overflødig. For en utenforstående vil det kunne arte seg som om arbeidet går av seg selv.

Nybegynneren vil ha en annen oppfattelse av arbeidet enn den erfarne arbeideren. Oppfattelsen kan selvsagt variere ut fra det kjennskapet de har til byggebransjen fra før. Det jeg vil understreke er at en nybegynner utfører arbeidet for første gang. Kanskje har han lest i bøker om ulike steinsorter og sett bilder av dem, allikevel vil jeg tro at det er annerledes å se dem i virkeligheten og måtte forholde seg til dem i en arbeidsoperasjon. I en slik situasjon vil det ikke være tilstrekkelig med fire ord for å få utført arbeidsoperasjonen. En mer utfyllende forklaring vil være nødvendig og også en mer utfyllende samtale underveis. Eksempelvis “nå kan du komme med en søyle, det er den minste av steinene.” For den erfarne assistenten er det, som Wittgenstein viser, nok å rope ut søyle.

Det logiske rommet som Johannessen snakker om, vil i denne sammenhengen være murerarbeidet som virksomhet med alt det den innebærer av arbeidsoperasjoner og utstyr. I



denne virksomheten får de fire ordene den bestemte mening de har på byggeplassen. Denne virksomheten er det også som gir handlingene deres identitet, noe som er en forutsetning for at ordene får mening. Den "forbipasserende" som ikke forstår at her foregår det murerarbeid, vil kunne tolke både handlingene han observerer og ordene han hører som totalt meningsløse, eller gi det hele et helt annet meningsinnhold. Vi anvender våre egne begreper - som tilhører våre egne kulturelle ordninger - i møtet med det fremmede.<sup>27</sup> En felles forståelse av handlingers identitet blir slik helt avhengig av en felles forståelse av en virkelighet, en praksis eller en situasjon.

### **Språkspillenes bevegelse.**

Begrepet språkspill er basert på analogien om å være språkbruker og samtidig være deltaker i en virksomhet. Det ser ut til å være et mangfold av betydninger Wittgenstein legger i begrepet språkspill. Han bruker sjakkspill som eksempel der det går frem at enten er man innenfor spillets rom, dvs. kan spillets regler, eller man er utenfor, og spillet og språket blir uforståelig. Eksempelvis er kongen i sjakkspillet, utenfor spillet, en trefigur. Wittgenstein gir oss en hel liste med eksempler på hva som kan inngå i begrepet språkspill (som å spille teater, gjette på gåter, fortelle om en hendelse, løse en praktisk regneoppgave osv.) (Wittgenstein 1992a § 23)

I andre sammenhenger viser han til at det finns tilfeller hvor vi spiller og "make up the rules as we go along". Ja, endog den slags tilfeller hvor vi endrer dem - "as we go along" (Wittgenstein 1978 § 83). Her kan det se ut som om spillet henspeler på en samhandling, språkspillet konstituerer et univers hvor kommunikativ samhandling er mulig. Her blir begrepet språkspill brukt mer generelt om deler av det menneskelige språk. Et annet trekk ved språkspillene er at de ikke er fast avgrenset og gitt en gang for alle. Nye typer av språk, "nya språkspel, kan man säga, uppstår och andra föråldras och blir bortglömda" (Wittgenstein 1978 § 23). Språkspill gies her en historisk dimensjon, de oppstår, utvikler seg og endres, noen forsvinner, andre oppstår. Språkspillene vil slik følge den historiske endring av menneskers livsformer.

Slik sett kan begrepet virke både utydelig og vanskelig å ta i bruk. Mitt viktigste anliggende med å bruke begrepet er at det gir en sammenheng mellom språkbruk og aktiviteter, mellom språk og virkelighet. Uansett avgrensning av virkeligheten, mener jeg begrepet bærer i seg

---

<sup>27</sup> Fra forelesningsnotatet; Andres handlinger og egne. Språket i det tause rom. Forelesning av Jens Ivar Nergård, holdt på seminar på Høgskolen i Bodø, 11.nov. 1998

Wittgensteins tanke om at språk og virkelighet er uløselig knyttet sammen. Johannesen sier det slik : *“Et språkspill er således en skisse av en tenkt eller faktisk bruk av et språklig uttrykk i en gitt sammenheng* (Johannesen 1993, s.19). Wittgenstein selv formulerer seg slik: *“ Ordet “språkspel” är här avsett att framhäva att talandet av språket är en del av en aktivitet eller livsform”* (Wittgenstein 1997, § 23).

Dette synet på den tette sammenhengen mellom språk og aktivitet vil bryte med en oppfatning av språkets natur som en evig og uforanderlig logiske struktur. Et ord har ikke lenger en fastlagt betydning som gjelder i alle sammenhenger. Et ord kan snu og vende på seg og slik få forskjellig betydning i ulike språklige sammenhenger. Det å lære et språk vil i denne forståelsen være å lære og beherske en felles virkelighet med en felles forståelse av identitet.

Et språkspill er ikke lukket i den forstand at vi ikke kan flytte oss fra språkspill til språkspill, sier Meløe. (1978, 12.4.3) Han sier videre at språkspill heller ikke er lukket i den forstand at en virksomhet som er konstitutiv for ett språkspill dermed er fratatt andre språkspill. Et språkspill kan også selv være et kompleks av språkspill. Slik sett kan man ikke se på det helhetlige språket som summen av språkspill, men en fletning av språkspill, der mer eller mindre beslektede språkspill krysser hverandre og griper inn i hverandre. Innhold i samme ord som opptrer i forskjellige språkspill, vil slik nødvendigvis ikke ha samme betydning eller mening. Ut fra et eksempel viser Wittgenstein tre ulike betydninger av ordet "bli styrd" , og sier at hver betydning bare er *ett av en familj av besläktade användningssätt* (1958/1999, s.135). Familielikhet er et begrep Wittgenstein bruker. I en familie vil det kunne være et nettverk av likheter på kryss og tvers. Likhetene som finnes mellom medlemmene i en familie, griper inn i og krysser hverandre. Noen har lik nese, andre øyenfarge, temperament eller måter å gå på. Wittgenstein snakker om en familie av språkspill eller familie av mer eller mindre beslektede formasjoner (Wittgenstein, 1978, § 108 og 179). Et helhetlig språk kan slik sees som mengder av språkspill som alle er beslektet med hverandre på mange forskjellige måter. Dette gir et bilde av *språkets levande användning* (1958/199, s.115), med ulike variasjoner og stor bevegelighet.

Den daglige praksiskunnskapen vil slik kunne sees som en mengde språkspill som er beslektet med hverandre. Det å delta i disse språkspillene og kunne gå ut og inn av dem vil være å være fortrolig med og kjenne ulike livsformer eller kontekster. Det å kunne gå ut og inn av ulike

språkspill kan kanskje også sees på som en kompetanse i å se og gjenkjenne familielikheter, slik er det aktuelt å snakke om akkumulering av kunnskap og ikke bare løse kunnskapsblokker.

Livsformen i Wittgensteins eksempel var virksomheten murerarbeid. Dette vil være en form for liv som murere i første omgang deler og er en del av. I mitt prosjekt vil livsformen være sykepleiepraksis, eller det livet som leves i en sykeavdeling på et sykehus. Praksisen der vil bestå av ulike situasjoner og handlinger, noen forutsigbare og dagligdagse, noen uventede og uforutsette.

## **Sykepleiepraksis forstått gjennom begrepet språkspill**

I en sykehuskorridor står en sykepleier og en assistent. Sykepleieren rer en operasjonsseng til en pasient som opereres for å få innlagt protese i hoften. Sengen skal rees med ulike typer puter.<sup>28</sup> Det finnes et lintøyrom, et lager, hvor de ulike putene finnes. Assistenten rekker frem putene i den rekkefølge sykepleieren behøver dem. For dette formålet betjener de seg av et språk som består av ordene ”skumpute”, ”plogpute”, ”storpute” og ”fotpute”. Sykepleieren roper ut ett av disse ordene, og assistenten bærer frem den puten hun har lært å bære frem ved ropet. Sykepleieren legger den på plass i sengen.

Også i dette eksemplet kan man tenke seg aktører med ulik kyndighet. Det kan være en assistent som er helt ny og fersk og som derfor stadig vekk tar feil av putene og må ha tilleggsinformasjon av typen; fotputen er den som er kledd med plast eller skumputen er den firkantede flate. Eller det kan være to sykepleiere som begge vet hvordan sengen skal se ut og som vekselvis finner frem putene og legger dem på plass i sengen, og arbeidet går av seg selv uten samtale eller ytringer.

Det logiske rommet som dette språkspillet hviler i, er livsformen sykepleiepraksis. Sykepleie som handlingsfelt eller praksis består av ulike praktiske virksomheter og situasjoner. Ut fra en Wittgensteinsk betraktning vil de ulike virksomheter og situasjoner denne praksis består av,

være deler av det som i Wittgensteinske termer vil kunne omtales som en 'livsform'. Under omtalen av livsformen "murerarbeid" sa jeg at det er vanskelig å tenke seg at noen i vår kultur ville være helt fremmed overfor denne livsformen. Likedan er det med sykepleiepraksis i et sykehus. De fleste har nok hatt en eller annen befatning med et sykehus enten som besøkende, pårørende eller pasienter og/eller lest bøker eller sett filmer fra et slikt sted, og slik sett sykepleiere i virksomhet. Likevel tror jeg man kan si at livsformen er preget av en lukkethet, mye av virksomheten foregår innenfor lukkede rom med klare bestemmelser om hvem som kan være tilstede. Slik sett blir deler av virksomheten skjult (taus) eller meningsløs for de på utsiden. Det finnes også begreper i denne livsformen som vil være uten mening og slik sett være uforståelige for forbipasserende. Dette indikerer at i denne livsformen finnes det kunnskapsdimensjoner som kan være skjult (taus) eller meningsløs for de som er på utsiden av livsformen, og synlig og meningsfull for de på innsiden.

Som jeg har skrevet tidligere, bruker sykepleierne ofte betegnelsen "livet i avdelingen" om den praksisen de er en del av. I forhold til nye medarbeidere snakker man om hvorvidt de nye er kommet inn i praksisen på avdelingen. Med dette menes om den nye har fått en oversikt over de ulike situasjoner og handlinger som hører med akkurat i den avdelingen. Dette vil være situasjoner som går igjen fra dag til dag og slik er daglige situasjoner. Det kan også være situasjoner som dukker opp nå og da, men som i løpet av en viss tidsperiode tilkjenner at de er en del av praksisen. Selvfølgelig hører også en del uforutsette situasjoner som ikke er forventet, med i dette bildet. Det vil derfor også ligge et "vær beredt" på det uventede i denne livsformen.

Livsformen i avdelingen er sykepleiernes felles arbeidsvirkelighet. Det å være sykepleier i avdelingen innebærer å dele en felles forståelse av virksomheten der, de kjenner sykepleiearbeidet og derved sin rolle i virksomheten. Nyankomne som ikke er "kommet inn i" livsformen, har ikke den samme forståelsen. Det er kun gjennom deltagelse i virksomheten de blir fortrolig med den og finner sin plass der. Gjennom deltakelse i virksomheten blir de også kjent med de språkspill som finnes der. De forstår ordene som brukes med bakgrunn i forståelsen av virksomheten. Det er virksomheten som gir ordene deres betydning og identitet. Dette sammenfall i forståelse for virksomheten skaper det logiske rommet som er nødvendig

---

<sup>28</sup> En operasjonsseng er sengen pasienten skal ligge i etter han er ferdigoperert. Alt etter type operasjon skal sengen utstyres med ulike puter og evt. annet utstyr.

for at kommunikatív samhandling er mulig i en travel hverdag. Språket fungerer i virksomheten, og selv om det i situasjoner består av få ord, er det tilstrekkelig for at virksomheten skal fungere.

Pasienter er alltid en del av denne livsformen. De inngår i livsformen fordi de er syke og hjelpetrengende. Stadig nye pasienter vil derfor påvirke språkspillene og variere dem fordi de er ulike personer som står frem i kraft av seg selv. Nye arbeidsrutiner og redskaper vil også kunne påvirke og endre virksomheten og slik endre språkspillene. Livsformen sykepleiepraksis hviler på møtet mellom sykepleiere og pasienter. De har ulike roller og posisjoner, men begge parter er nødvendige deltakere i denne livsformen. Mitt fokus i dette prosjektet er sykepleiernes handlinger og gjøremål i denne livsformen. Det er her jeg mener å kunne identifisere den praktiske kunnskapsdimensjonen. De aller fleste handlinger eller aktiviteter vil imidlertid innbefatte sykepleiernes handlinger for, eller samhandling med, pasienter.

Sykepleierne i livsformen kan også ha ulike posisjoner i forhold til handlinger og aktiviteter som skjer. De har i utgangspunktet alle en sykepleierrolle og et sykepleieperspektiv, imidlertid kan de være nybegynnere eller mer eller mindre erfarne praksisutøvere. Slik kan de være mer eller mindre ”kommet inn” i livsformen og beherske språkspillene der ulikt.

En av de sykepleiesituasjonene jeg deltok i som feltforsker var ’stellet’. Stellet i sykepleiesammenheng vil ha et helt annet meningsinnhold enn i andre livsformer (eksempelvis stellet som uttrykk for det mannlige kjønnsorgan innenfor noen mannsdominerte idrettsmiljøer). I sykepleiepraksis har begrepet både et ”fast” og et ”bevegelig” innhold. Jeg har innledningsvis utdypet begrepsinnholdet i livsformen sykepleiepraksis. Det faste innholdet innbefatter konkrete fastlagte aktiviteter som vask, skifting av tøy, hudpleie og samtale. Det bevegelige aspektet ligger i det unike i situasjonene som gir det faste innholdet ulike uttrykk og ulik form.

Det å skulle hjelpe en pasient med for eksempel stellet vil variere med pasientens tilstand, sykdom og hvordan sykdommen virker inn på pasienten. Stellet av en pasient med en smittsom sykdom vil være en annen virksomhet enn stellet av en pasient med et ben som er operert. Stellet vil arte seg på forskjellig måte, kreve forskjellige arbeidsrutiner og forskjellig utstyr. De

sykepleiere som arbeider på en infeksjonsavdeling kjenner de arbeidsrutiner og det utstyr som er nødvendig for stellet i denne situasjonen. De vet hvordan de skal gå frem, hvilke prosedyrer som er gyldige i situasjonen. Et stell av en pasient på en ortopedisk avdeling vil være en annen virksomhet, eller et annet fenomen, med andre rutiner og prosedyrer.<sup>29</sup>

De som arbeider i infeksjonsavdelingen er alle fortrolige med hva som der menes med stellet. De kan utføre stellet der, de har de kunnskaper som hører til. Sykepleierne på en ortopedisk avdeling er på samme måte fortrolige med hva som der menes med stellet. Stellet i de to forskjellige avdelinger er som før sagt to forskjellige virksomheter. Skal en pasient med en smittsom sykdom stelles i en ortopedisk avdeling, er det behov for symbolord i tillegg til begrepet stell. Her kan f.eks. brukes stell av pasient på smittestue. Likevel vil de to 'stellene' ha så mange likhetstrekk at det innenfor sykepleiepraksis sett under ett vil være mulig å bruke begrepet stell for begge aktiviteter. Her er det familielikheten som slår inn.

I stellet vil ulike språkspill kunne være i funksjon. Disse griper inn i hverandre, krysser hverandre og er i familie med hverandre. Som nevnt tidligere, kan det sies at stellet har flere formål i sykepleiepraksis. Pasienten skal få vasket og stelt kroppen sin, han skal få rene klær på seg og sengen skal skiftes på. I tillegg skal han også ved behov få hudpleie. Sykepleieren samhandler og samtaler med pasientene med ord som går direkte på de konkrete handlinger og ord som anvendes i forhold til andre formål. Det kan for eksempel være samtale med det formål å få vite noe om pasienters plager i forhold til sykdommen, eller pasientens opplevelse og reaksjoner av å ha fått en sykdom eller skade. Her kan også ligge pasientens syn på sine fremtidsutsikter. Stellsituasjonen kan også av sykepleieren brukes til å gi informasjon om prøver og behandling, og pasienten kan bruke anledningen til å få svar på spørsmål han har. Et veldig viktig formål som stellsituasjonen brukes til av sykepleieren, er å vurdere pasientens tilstand fra dag til dag. Slik vil ulike språkspill tre i kraft i en slik situasjon, de vil imidlertid kunne gå over i hverandre og opptre på samme tid. Kanskje kan man her konstruere begreper som informasjonsspråkspill, spørrespråkspill og observasjonsspråkspill. Sykepleier og pasient går inn og ut av, eller veksler mellom, disse språkspillene i løpet av et stell. Wittgenstein sier at vi må ha klart for oss språkspillenes mangfold og gir oss ulike eksempler på språkspill (Wittgenstein 1978, § 23). Han sier også at dette mangfold ikke er fast avgrenset en gang for

---

<sup>29</sup> På en infeksjons avdeling ligger pasienter med infeksjoner som har et smitteaspekt ved seg. På en ortopedisk avdeling har pasientene skader eller sykdommer knyttet til beinsubstansen (skjelettet).

alle, nye typer av språk eller språkspill oppstår, mens andre foreldes og glemmes. Endres livsformen endres også språkspillene.

Skal man forsøke å forstå pasienters forskjellige situasjoner gjennom lidelse og sykdom, blir språket et fintfølede instrument som man prøver seg frem med. Både sykepleier og pasient prøver seg frem for gjennom språket (ord og handling) å få en felles forståelse av situasjonen man befinner seg i. Språket kan slik aldri løsrives fra situasjonen, men blir en del av helheten knyttet eller flettet inn i aktiviteter og handlinger. Ord og begreper brukes nært knyttet til kroppsuttrykk i situasjonen, og kan derfor i en annen situasjon gi en helt annen mening.

”Unvägbar evidenz” bruker Wittgenstein om dette ”belegget”, som ligger i situasjonene og gir ordene sin spesielle mening. Det kan dreie seg om nyanser i et blick, en gest eller et tonefall. En del av denne umiddelbare forståelsen som gir oss meningen i situasjonen, kommer til oss som bilder, sier Wittgenstein (1978).

Språkspill blir ut fra en slik tenkning et middel til å gjøre verden forståelig for oss fordi språket alltid vil være forankret i livsformer. Det er livsformen som gir identitet til språket. Et menneskes posisjon i forhold til en livsform vil avgjøre om språket er forståelig og meningsfullt, eller om det fremstår som uforståelig og/eller usynlig. Dette vil i min forståelse kunne bety at et menneskes posisjon til/i livsformen vil være avgjørende for å forstå livsformen, for å delta i den og derved å kunne den. Kan man livsformen, behersker man også de språkspill som har sin identitet og sin mening i denne livsformen. Man har kyndighet til å vite hvilket språkspill som i ulike situasjoner er gyldig og til å veksle mellom ulike språkspill, og eventuelt krysse dem. Sykepleieres praksiskunnskaper kan slik sees som et konglomerat av mer eller mindre beslektede språkspill. Kunnskapsaspektet i hvert enkelt språkspill vil alltid bestå av noe fast og noe bevegelig. Det faste aspektet kan være kunnskaper om det som ikke kan være på en annen måte. Her for eksempel navn på puter og andre typer redskaper, prosedyrer som er faste i henhold til å stelle pasienter og forståelse av hva et stell er i en sykepleiesetting. Det bevegelige aspektet vil kunne være å se for seg hvordan et stell kan gjennomføres i akkurat den situasjonen og så å planlegge og gjennomføre det på en for pasienten god måte. Det og slik *se for seg* et stykke arbeid har også tause aspekt, som i enkelte situasjoner er vanskelige å verbalisere og i noen situasjoner også unødvendige å verbalisere.

## **Noen identifiserte språkspill i sykepleiepraksis**

Rollen som feltforsker brakte meg inn i flere ulike situasjoner i sykepleiepraksis. Stellet som jeg har eksemplifisert med her, var i denne avdelingens livsform den mest omfattende situasjonen jeg deltok i. Det er den enkeltsituasjonen i avdelingen hvor sykepleier og pasient vanligvis tilbringer mest tid sammen i løpet av en dag. Stellet har også flere og ulike formål og kan slik sies å ha en kompleksitet som er større enn andre situasjoner jeg deltok i. Andre situasjoner jeg også deltok i av daglige situasjoner, var måltidet og opptrening. Disse situasjonene opplevde jeg som mindre komplekse, de hadde et kortere tidsperspektiv og hadde mer avgrenset formål. Alle tre situasjoner er imidlertid daglige delsituasjoner i livsformen i denne avdelingen.

Min hensikt med å gå inn i disse situasjonene har jeg klarlagt før gjennom å si at jeg ville prøve å identifisere det jeg har brukt begrepet sykepleiernes praksiskunnskaper om. Tanken om at denne kunnskapsdimensjonen ligger innbakt i de handlinger og aktiviteter som utføres førte meg inn i de ovenfor nevnte situasjonene. For å gå litt nærmere inn i denne problematikken vil jeg igjen trekke frem Wittgensteins eksempel om murerarbeid. Det var der fire ord som var nødvendige for å få arbeidet til å fungere slik han presenterer eksemplet. De fire ordene var blokk, søyle, plate og bjelke. Mitt spørsmål i denne sammenhengen vil være: hvilken kunnskap gir disse ordene meg om murervirksomheten? Jeg ville ikke ut fra disse ordene kunne forstå verken ideen i denne virksomheten eller konkret hva som kreves for å mure. Det å samtidig kunne observere hva ordene avstedkom av handling ville kunne gi meg noe mer kunnskap om virksomheten. Hadde jeg hatt mulighet til å delta i virksomheten, tenker jeg meg at jeg over tid ville kunne utvide kunnskapene mine ved hele tiden å forstå mer og å kunne mer.

Ord og handling vil som en sammenflettet enhet uttrykke handlingskunnskap. De praktiske situasjonene vil være terrenget eller landskapet som gir ordene mening, i de praktiske situasjonene er det handlinger og aktiviteter utspiller seg som meningsfulle. Handlingene og aktivitetene vil sammen med ordene vise frem kunnskapen. Denne kunnskapen vil være foranderlig og bevegelig slik som terrenget er det. Hvis jeg i denne avhandlingen greier å synliggjøre livsformen sykepleie, vil terrenget eller landskapet for sykepleiernes daglige



praksiskunnskaper kunne bli synlig. Det er dette terrenget eller landskapet som i de praktiske situasjonene gir ordene og handlingene identitet som kunnskap.

Ut fra dette resonnementet blir Wittgensteins begrep språkspill et godt analytisk verktøy i forhold til å kunne identifisere praksiskunnskaper i en virksomhet. Begrepet viser frem en bevegelighet og en variasjon mellom verbalspråk og handling. Å ”kunne” en praksis blir slik å være i ulike praktiske situasjoner, vite hvilke handlinger som kreves og kunne utføre disse handlingene. I dette ligger også en forståelse av ord som er flettet inn i og som er en del av disse handlingene. Slik blir språkspillene forståelig og talende for en. Ordene og handlingene får identitet i situasjonen, gjennom den livsformen som situasjonen er situasjon i.

Kunnskapene i handlingen eller kunnskapene i praksis vil slik være synlig for de som er innenfor språkspillet, det vil si den blir knyttet til kontekster og kulturer.

Jeg har gjennom språkspillbegrepet prøvd å vise frem en kunnskap som er levende og sammenflettet og som i stor grad bæres gjennom handling. Språkspillbegrepet slik jeg bruker det inneholder også et kulturelt perspektiv på kunnskap. Ulike livsformer konstruerer logiske rom som muliggjør samhandling mellom mennesker. Innenfor slike rom finnes det lik mening og forståelse av ord og handlinger. Den sammenflettede praksiskunnskapen artikulere seg slik i ord og handlinger innenfor et kulturelt rom. Jeg viser her i første omgang et språkspilleksempel innenfor hver av de fire grunnleggende strukturene.

### **Språkspill om pasientkjennskap**

Sykepleierne snakker mye om å kjenne pasientene. De snakker om hvordan de går frem for å bli kjent, og de er også inne på situasjoner der de velger å ikke bli mer kjent. Imidlertid er de lite eksplisitt i forhold til hensikten med å kjenne pasientene. Det kan se ut som om det her råder en innforståthet som det er vanskelig å verbalisere.

*Vi starter dagen som vanlig med en kopp kaffe og rapport på vaktrommet. Sykepleieren jeg skal være sammen med er den som var på senvakt i går kveld og er derfor den som skal rapportere. Da en av de andre sykepleierne på gruppa ikke har vært på jobb på ni dager, blir dette en grundig og omfattende rapport. Etter rapporten foretas arbeidsdelingen. Det samtales da om hva som er mest praktisk og best for å få arbeidet unna, men det er også snakk om kontinuitet for pasientene.*

*Jeg får vite at vi skal inn på en tosengs stue med to eldre pasienter. Den ene har fått operert inn nytt hofteledd, den andre har ett brudd i lårhalsen som også er operert. De må derfor ha hjelp til stell, til påkledning og til å komme seg opp av senga.*

*Vi kommer inn på et trivelig rom, men rommet er kaldt etter natta. Sykepleieren ønsker god morgen, går bort til den ene pasienten først og så den andre. Hun spør om hvordan de har det nå og hvordan de har hatt det i løpet av natta. Sykepleieren var hos dem i går kveld. Hun starter med å sette frem vaskefat og tøy til den ene pasienten og ber meg gjøre det samme til den andre. Vi hjelper pasientene med vask av rygg og ben. Sykepleieren har valgt å hjelpe pasienten som trenger mest stell selv og har delegert den mest selvhjulpne til meg. Hun ber meg om hjelp til snuing og løfting, inspiserer huden bak på setet og finner en overfladisk sprekk som hun smører salve på. Stellet glir lett. Hun velger å dele opp stellet til pasienten, dvs. hun vil vente med å vaske bena til etter frokost. "Jeg har i to dager tenkt å inspisere bena – den ene ser svart ut og det er viktig å finne ut om det er sår". Pasienten ligger med elastiske strømper for å bedre blodsirkulasjonen til bena. Etter måltidet tilbys pasientene tannpuss. Den ene pasienten, som ennå ikke har fått vasket bena, får hjelp til det. Pasienten blir under denne seansen motivert til å sitte oppe i stol, noe hun gjerne vil prøve. Sykepleieren instruerer meg og pasienten om hvordan dette skal skje. Pasienten er helt med på dette, og det går veldig greit. Imidlertid greier ikke pasienten å stå noe, hun sier sammen i knærne, og vi setter henne fort over i stolen. Vi går så ut av rommet.*

*I samtalen etterpå sier jeg: "Da vi kom inn til pasientene i morges virket det som om du kjente pasientene godt"? Sykepleieren svarer: "Ja, det stemmer det, for jeg var på seinvakt i går, og jeg var på dagvakt dagen før. Hun var forholdsvis ny hun i en - senga som vi kaller det, men jeg hadde jo stua i går kveld og jeg hadde det forholdsvis rolig. Vi fant ut at vi hadde litt felles kjente. Ja hun fortalte hvor hun bodde. Da har jeg vært ute hos naboen din og hentet lefser i dag, sa jeg, og da hadde vi en kobling med en gang. Så var det en nabo som er slektning med mannen min også. Og så prata vi litt om sykdommen hennes. Du vet aldri sikkert når du får dem hvor mye de vet og holdningene deres til det som har skjedd."*

*Jeg spør videre; når du skal bli kjent med pasienter, hva er viktig å dra frem for å bli kjent? "For mange, særlig for eldre er det en trygghet at sykepleieren kjenner noen i nærheten av dem. Så man må jo spørre litt om hjemmeforholdene, jeg som ikke er herfra har ikke så*

*mange knagger her som mange andre kan ha. Det er vanligvis ikke vanskelig å komme inn på pasientene. De forteller om sosiale forhold, om ektefelle og barn. Stort sett syns jeg folk er veldig lett å komme inn på. Du møter selvfølgelig noen som har litt sperre og ikke er interessert i å fortelle, men folk er stort sett fortrolige. Det er selvfølgelig noen som ikke ønsker å slippe folk innpå seg. Det må vi jo respektere. Jeg syns jo spesielt en sånn pasient som vi hadde i dag, som ikke kommer til å havne her i avdelinga igjen, må ha lov til å vegre seg. Men mange av disse møter du igjen, de kommer tilbake med plager senere og da er det en fordel å vite litt om nettverket rundt dem. Men jeg ser ingen grunn til å gå løs på en listepasient som skal opereres for hernie (dvs. en pasient som vanligvis ligger i avdelingen 2-3-dager, min kommentar) for å få greie på alt fra A til Å. På sykepleiedokumentasjonen vår har vi jo den der lista for intervju, men den føler jeg ikke passer helt når det er kortvarige, ukompliserte innleggelser. Men ved andre lidelser som fractura colli femoris (lårbensbrudd) og cancer så er det vel greit å vite litt om hvordan de har fungert tidligere. Ved å bruke den der "smørbrøddlista" (sykepleiedokumentasjonens intervju skjema, min kommentar), så kommer du veldig nær pasientene. Da får de lov å snakke litt om de dagligdagse tingene, om hvordan de fungerer i forhold til hørsel, syn, tale, hvile, søvn, mage – avføring og sånn. Det er det som er livet deres, det er det som er dagen deres. Især når man tar seg tid til de eldre folkene så føler jeg at jeg kommer veldig tett inn på dem. Men samtidig så tror jeg ikke de føler at vi går for nært innpå. Det vil du kanskje sense. Det er jo ikke alt jeg behøver å vite. Som regel får vi jo greie på mer enn det vi behøver å ha greie på, syns jeg.”*

### **Språkspill om medlevelse**

Sykepleierne lever med i pasienters liv og bryr seg om pasientene. En av sykepleierne sier det slik; vi lever jo med dem den stunda vi er rundt dem. Det er ulike måter dette kan komme til uttrykk på, og det vil kunne oppleves som godt eller mindre godt for pasienter. Dette språkspillet dreier seg om å involvere seg i pasienters ulike problemer og vise at man bryr seg om hvordan de har det.

*Sykepleieren rapporterer på morgenrapporten om en pasient som skal opereres, men som får operasjonen utsatt. Kona hans er tilstede i avdelingen for å være der under operasjonen. Når operasjonen så ble utsatt, mente sykepleieren at de ikke bare kunne jage kona hjem, for så å si til henne at hun kunne komme tilbake senere. Hun hadde derfor gitt henne en seng slik at hun kunne overnatte i avdelingen.*

*Pasienten det her gjelder er en eldre mann som skal opereres for kreft i maven. Kreftsvulsten ligger vanskelig til, slik at utfallet av operasjonen er usikkert. I tillegg har mannen problemer med hjertet og dette var årsaken til at operasjonen ble utsatt. Han var til en ny hjerteundersøkelse (EKG) og ble satt på nye medisiner. Sykepleieren hadde pratet en del med ham i forbindelse med det. Selv forteller hun: “ Ja, jeg prata litt med ham tidligere. Han er en beskjeden mann, forsiktig og selvfølgelig engstelig. Det har han all grunn til, tror jeg, for dette er en stor operasjon og man vet ikke helt utfallet. Det er ikke noe særlig god prognose og operasjonen i seg selv er en stor belastning. Det er eldre folk dette her. Så spurte han om det var muligheter for at kona kunne være her, det må man jo vurdere i hvert enkelt tilfelle.*

*Årsaken til at jeg lot henne få bli var at jeg hadde litt vondt av ham. En vet jo selv spenninga rundt en så stor operasjon. Jeg sa til kona; du kan sikkert få en pårørendeleilighet, men hun ville gjerne være i nærheten av ham. Det vet jeg selv fra egen erfaring, at det er det beste når noe står på. Det er ikke så veldig lenge siden vi hadde en veldig dårlig pasient her, det endte med dødsfall da. Han lå lenge på postoperativ avdeling og da fikk kona hans lov å bruke rommet hans, så hun kunne gå att og fram. Hun brukte det og lå der om natta. Han kom jo tilbake til avdelingen....., hun satt vel mye oppe da og lå litt på dagligstua. Så vi prøver å legge forholdene til rette når det er sånne situasjoner.*

*Som sagt så får vi se når han her kommer tilbake etter operasjonen, da får vi finne en løsning, for da er det ikke praktisk å ha senga hennes der inne. Bestilte mat til henne gjorde vi og, det hadde vi egentlig ikke trengt da, men det var kveld og ..... . Jeg tror vi skal stille litt pent med sånne pasienter. Det å vise omsorg for pårørende tror jeg er veldig viktig. For ham betyr det mye å ha kona her, han er selvfølgelig redd og engstelig for det som skal skje.*

### **Språkspill om å se pasienter**

I ”å se” legger sykepleierne ikke bare det å bruke øynene, men bruk av alle sanser for å kunne si noe om pasienters tilstand. Det knyttes til å sanse uttrykk fra den uttrykksfulle og meningsbærende kroppen, for å bruke begreper fra Merleau-Ponty ( Merleau-Ponty, 1994). Sykepleierne viser i disse eksemplene at de ”ser over” pasienters kropp, og de ser funksjonsnivået til pasienter. De gir også eksempler på at de ser bilder av ulike fenomener i sykepleiepraksis, for eksempel ser de smerteuttrykk. Her er ett eksempel på det.

*Pasienten er en mann på noen og sytti år. Han har nå fått operert inn nytt hoftede. For to år siden lå han inne i avdelingen og fikk også den gangen satt inn hoftede, da i den andre hoften. Sykepleieren husker ham godt fra den gangen, husker at det var mye snakk om smerter og at han høylydt gav uttrykk for smertene. Nå er han i en fase hvor han er litt oppe hver dag. Han kan sitte på sengekanten og med hjelp gå bort til stolen som står foran vinduet. Likedan kan han vaske seg litt selv, men det er han ikke så særlig lysten på.*

*Når vi kommer inn på stua, roper han at han har vondt. "Kom og hjelp meg", roper han. Sykepleieren tar seg av ham, hjelper ham opp på sengekanten, setter frem vaskefat og gir ham kluter og håndkle. De blir enig om en arbeidsfordeling. Pasienten gjør det meste selv, sykepleieren er der og hjelper litt.*

*I samtalen etterpå sier sykepleieren: "Det er klart det er forskjellige måter å vise smerter på. Enkelte kan ha mye vondt uten at det synes så veldig godt, mens på andre ser du at de er lidende og har smerter. Da ser du det på kroppsspråket, eksempelvis hvordan de rører seg, hva de er i stand til. Han jeg hjalp i dag, der ser jeg det når han reiser seg og går og når han legger seg igjen. Og også når han forflytter seg i senga. Det er jo også noe du lærer deg gjennom årene, hvor mye smerter forventer du i forbindelse med en hoftoperasjon. De fleste har vondt i forbindelse med løfting og snuing, så da har du et sammenligningsgrunnlag. Han her skriker fort hvis det gjør vondt. Så hvis jeg greier å snu ham på siden uten at han skriker, så tror jeg ikke han har så mye vondt. Noen kan jo også skrike uten at det er så veldig mye. Mens andre ser du er skikkelig lidende. Det kan være grimaser eller bevegelse i senga. Hvis det er noe med maven så krøker de seg litt sammen og blir mindre mobil. Stillingen pasienten inntar kan jo også si noe om hva årsaken til smertene er. Du vil jo gjerne finne årsaken dersom den ikke er kjent. Enkelte gangen kan du også forundre deg over om det er riktig at han skal ha så mye vondt. Da er det viktig å gå videre og undersøke. Hos en del ortopediske pasienten kan det for eksempel være hevelse og/eller at en gips er for trang"*

### **Språkspill om å sense hvordan pasienten har det**

Sykepleierne er opptatt av å vite hvordan pasienter har det i forhold til sykdommen sin. Om dette forholdet bruker sykepleierne ordet å sense. I det å sense legger de det å føle seg forsiktig frem. Det ligger varsomhet og en skrittvis tilnærming eller fremgangsmåte i dette. Sykepleierne senser når noe ikke er bra for pasienten. De senser når nok er nok i en samtale,

og de sender også pasienters humør og humor. Her eksemplifiserer jeg med en skisse om å ”fiske ut ” hvordan pasienten har det.

*Denne morgenen forberedte vi og kjørte en pasient til operasjonsstua. Dagen før hadde min sykepleier tatt imot pasienten og hatt ansvar for den sykepleien som skal utføres før en operasjon. Hun hadde vært litt stuss på diagnosen pasienten kom inn med og lurte på pasientens egen oppfatning av sykdommen. Det ”å fiske ut” hva pasienten vet, det kommer med erfaring. Det kan være aktuelt å fiske ut hvordan denne pasienten har det med seg selv, ja sånn psykisk sett. Da skal du ikke være for direkte, men allikevel må du kunne finne ut hva han tenker om sin sykdom.*

*Den mannen som kom inn i går kveld til operasjon hadde diagnosen cancer rekti spørsmålstegn (spørsmål om tilbakefall av kreft i endetarmen). Han var operert for et par år siden og da var det noen polypper i tarmen han var operert for. Så jeg synes denne diagnosen var veldig rar. Så skulle vi tegne på huden på maven på det stedet hvor det eventuelt skulle legges ut tarm. Og så tenkte jeg; hva vet den pasienten her. Jeg skulle prøve å fiske ut hva vet denne pasienten uten å spørre ”vet du at du har kreft”? Så da spurte jeg, hvor lenge har du vært plaget med dette her, og hvilke undersøkelser har du vært til? Da sa han at han hadde vært til colonscopi (undersøkelse av tykktarmen via et endoscopisk instrument). Jeg spurte videre, hva så de da? ”De så et trangt parti”. Sa de noe om hva som gjorde det, spurte jeg videre. ”Nei det er vel disse polyppene”. Da resonnerte jeg slik at han ikke er forberedt på at han muligens har kreft. Hvis det viser seg å være kreft, så er det min oppfatning at det er han ikke forberedt på.*

*Dette var eksempel på det å ”fiske ut”. Dette trenger du erfaring til. Du skal ha svaret fra pasienten. Du skal spørre på en måte som om du nesten ikke vet noen ting, men allikevel så vet du hva du skal spørre om.*

Disse fire språkspillene er praktisk daglig sykepleiekunnskap. De er innenfor fire områder som jeg tidligere har sett som grunnleggende strukturer i det å være sykepleier. Språkspillene får frem konkrete situasjoner som viser frem kunnskapen i bruk. De neste fire kapitlene vil være en presentasjon av det empiriske materialet. Her vil ulike språkspill presenteres innenfor hver av de fire grunnleggende strukturene. Jeg ønsker at de ulike eksemplene vil vise frem

ulike variasjoner av de grunnleggende strukturene og også vise bevegeligheten i den praktiske kunnskapsdimensjonen.

## 7. Om pasientkjennskap

### Å bli kjent med pasienter

Det å kjenne pasienter mener jeg kan sies å være grunnleggende i all utøvelse av sykepleie. Alle sykepleierne i min studie er inne på kjennskapet til pasienten. De snakker om viktigheten av det ”å vite litt” om pasienten, og flere er også inne på hvordan de går frem for å bli kjent med pasienten. I fremstillingen griper jeg først fatt i ”det å bli kjent med pasienten”. Jeg presenterer to skisser som omhandler dette.

#### Skisse 1

*Vi skal i dag inn å stelle en pleiepasient. Dette er et vanlig brukt uttrykk for en pasient som trenger mye stell og pleie og som er lite selvhjulpen. Pasienten har først brukket lårhalsen og siden fått satt inn hofteprotese. Fra rapporten fikk jeg inntrykk av at pasienten var spesiell. Ordbruk som ”mr.” og ”han selv” ble brukt i omtalen av ham. Han har ligget i avdelingen tidligere og er kjent for sykepleierne på gruppa. Sykepleieren sier hun er på bølgelengde med pasienten, noe jeg også opplever, og at hun kjenner pasienten godt.*

*Pasienten er stor, tung og lite bevegelig i senga. Han vil helst ikke ha for mye ”styr og stell”. Han gir uttrykk for at det blir for anstrengende og da får han vondt. Stellet blir preget av forhandlinger der pasienten vil at minst mulig skal gjøres, mens sykepleieren mener at noe vask og observasjon av huden må til. Etter denne type operasjon blir pasientene liggende den første uken på ryggen, med en spesiell pute mellom bena, før han etter hvert får ligge litt på siden.*

*Sykepleier og pasient gir ordrer hver sin gang og går på en måte inn i et spill. Begge godtar spillet. Det er et ”ordre-spill” med mye humor. Samtidig er det respekt og jevnbyrdighet i situasjonen. Pasienten viser klart at han også er med og bestemmer – han tillater ikke hva som helst. Sykepleieren: ”nå har jeg tenkt at du skal opp å prøve og gå –” Pasienten: ”Men det har ikke jeg tenkt”. Sykepleieren: ”Men det har jeg tenkt” Pasienten: ”Ja vel da –”. Etter denne ordvekslinger er ikke pasienten resignert eller overkjørt, selv om ordbruken kunne tyde på det. Det er måten ordene sies på, med snert og som en del av et spill, som er avgjørende.*



*Det er ikke slik at det er sykepleieren som vinner alle ordduellene. Sykepleieren er god til å få pasienten til å samarbeide. Det praktiske stellet blir preget av kompromiss og blir bare greit nok. Relasjonen er preget av bryskhet og humor.*

*I samtalen etterpå kommer det frem at relasjonene kan være så forskjellige. Det er jo så mange forskjellige folk man kommer borti. Derfor må man også gå frem på ulike måter. Sykepleieren sier det slik: "Det første er jo at man presenterer seg. Så går jeg rett på det det gjelder der og da. Så får du et svar fra pasienten som du bygger videre på. Du føler fort om dette er en person som du kan prate med, eller om det er en person som ikke sier så mye. Er det en person som snakker litt utenom seg selv, da blir det litt lettere. Det kommer an på hvordan personen nøster". Du henger deg liksom på, spør jeg. "Ja, du bygger liksom videre... Hvis du for eksempel sier at der du er ifra der kjenner jeg også noen, det kan kanskje være naboer, så virker det som de liker å møte folk som de har noe felles med. Dette står ikke i motsetning til å samtidig formidle at jeg er sykepleier og jeg er her for å hjelpe deg. Det er jo noe med at du skal ikke dra ditt liv inn i sykepleien, du skal være profesjonell og det ene med det andre -, men folk har behov for litt sånn identitet og liksom sette noe på plass. En annen ting er det om de kommer og spør oss ut; "om hvor gammel er du, hva heter du, hvor kommer du fra, har du mange søsken osv...." Det er helt annerledes og uakseptabelt, men du må liksom gi litt for å få et kontaktforhold".*

I denne skissen snakker sykepleieren om å ha noe felles med pasienten. I dette tilfelle brukes hjemsted og naboer. Begrunnelsen her er at det ser ut som pasientene liker å møte noen de har noe felles med. Sykepleieren er også inne på at det har med identitet å gjøre og det å få sette forholdet på plass.

Denne sykepleieren er ellers opptatt av prosessen i det å bli kjent. Hun sier hun prøver å bygge videre på det pasienten sier. Hva som da kommer ut av samtalen, avhenger av hvordan pasienten "nøster". Hun er inne på at man for å få til et kontaktforhold må både gi og ta imot informasjon. Et eksempel på et slikt gi og ta forhold er her "ordre-spillet". Selv om det her snakkes om at samtalen avhenger av hvordan pasienten nøster, er sykepleieren likevel veldig klar på at det er grenser i dette gi og ta forholdet. Enkelte ting er uakseptable. Denne sykepleieren viser vel klart at hun ikke ønsker å være privat i forhold til pasientene, "du skal ikke dra livet ditt inn i sykepleien".

Temaet som berøres her er; nærhet – distanse. Sykepleieren sier her noe om vurderinger som gjøres i dette rommet mellom nærhet og distanse. Det går frem av denne skissen at sykepleieren gjør vurderingene og definerer hva som er nødvendig å trekke inn i forholdet.

## **Skisse 2**

*Jeg møter på rapport kl.07.30. "Min" sykepleier har vært borte en hel uke på etterutdanning og vi får en grundig rapport. Vi skal ha ansvar for to damer på hver sin en-sengs stue. Vi går inn på det ene rommet og en blid dame møter oss. Sykepleieren kjenner henne fra et tidligere opphold, og snakker til henne som til en kjent. Hun spør hvordan pasienten har hatt det hjemme og sier hun husker godt sist hun var her. Pasienten er nå innlagt for en operasjon i maven. Dette er det imidlertid tre dager siden, så hun er nå noe mobil. Pasienten sier hun har hatt ei bra natt og så går vi i gang med stellet.*

*Sykepleieren blir enig med henne om at hun skal få sitte foran vasken og vaske seg. Hun greier noe selv og får hjelp av sykepleieren til vask av ryggen og nedentil. Hun får etter stellet hjelp til å komme seg opp igjen i senga som nå er skiftet på.*

*Senere på dagen kommer en ny pasient til avdelingen som sykepleieren skal ta i mot. Dette er en oppegående mann som i første omgang virker sprek. Han innlegges for fordøyelsesplager, og skal utredes for hva som kan være årsak til plagene. Sykepleieren tar imot ham, hilser på ham og finner et rolig sted for å samtale med ham. Dette er en del av rutinen i avdelingen når det kommer nye pasienter.*

*I samtalen etterpå kommer vi inn på det å bli kjent, og sykepleieren sier: "Jeg har ikke noen bestemt mal for det å bli kjent. Det avhenger jo litt av om pasientene har vært her før, om vi kjenner dem fra før. Vi fikk jo inn en ny pasient i dag som er en sprek og oppegående mann. Jeg spurte da om hvordan han har det hjemme, jeg pratet litt med ham og da blir du litt sånn kjent alt etter hvor åpne de er. Selv om det er lenge siden kanskje ett eller to år, så husker jeg at han har ligget her før. Da virket han litt nervøs, litt spent kanskje.*

*Det jeg gjør for å bli kjent med pasientene er å forklare hva som skal skje, altså gi informasjon. Det blir litt begrenset informasjon. Jeg må hele tiden tenke: Hva har de behov for å vite. Jeg bruker også situasjoner med praktisk arbeid til å bli kjent med dem, for*

*eksempel under stell og eventuelt andre praktiske prosedyrer som å sette klyster og barbere pasientene. Det syns jeg er fine anledninger til å prate med dem. Samtidig som du da avleder dem litt fra det som skjer, kan man benytte sjansen til å ta et lite innkomstintervju. Jeg graver ikke i privatlivet, men sier de nå at de har så og så mange unger, så forhører jeg meg litt om det. Det er veldig mange pasienter som liker å snakke om seg selv. Men jeg syns at pasienten selv må ta initiativet til å snakke om seg selv, unntatt de tingene som har direkte betydning for det som skal skje. Jeg har jo ingenting med pasienters privatliv å gjøre, det er jo ikke det vi skal behandle. Av og til syns jeg det er enkelt å bli kjent med pasienter, andre ganger føler jeg at vi ikke blir ordentlig kjent. Det siste syns jeg det er vanskelig å forholde seg til, for da vet jeg ikke helt hvor jeg har dem. Samtalene blir lett litt sånn i "skorpa". Hvis de er veldig lukket, hvordan skal jeg da kunne vurdere dem? Mange pasienter er jo gode skuespillere på lik linje med oss, slik at de greier å skjule veldig godt hvordan de har det. Men jeg føler at hvis du legger viljen til, så er sjansene tilstede for å kunne bli en god menneskekjenner i dette yrket, hvis du selv vil".*

I denne skissen etablerer også sykepleieren noe felles med pasienten. Her er det minner fra sist pasienten var innlagt i avdelingen. Sykepleieren fyller så på en måte ut tomrommet ved å spørre om hvordan pasienten har hatt det hjemme.

Sykepleieren reflekterer videre over hvordan hun vanligvis går frem for å bli kjent med pasienter. Dette gjøres ved å starte med å forklare pasienten hva som skal skje, noe som kanskje kan sammenlignes med å gå rett på det som gjelder der og da, som sykepleieren i skisse to formulerte det.

Her berøres også dimensjonen nærhet – distanse. Sykepleieren sier hun graver ikke i privatlivet, pasienten må ta initiativet til å snakke om seg selv. Men så er det altså de tingene som har direkte betydning for det som skal skje, og som altså sykepleieren må bry seg om å vite. Her tenker jeg meg at det må ligge en faglig vurdering til grunn for hva "man må vite". Jeg får inntrykk av at dette er et vanskelig område å bevege seg i, spesielt når pasientene er veldig lukket. Når sykepleieren her snakker om muligheten for å bli gode menneskekjennere i yrket, kan det oppfattes som at det går an å arbeide videre også med de vanskelige kjennskapssituasjonene.

Disse skissene viser frem ulike måter å bli kjent med pasienten på i sykepleiesammenheng. Ut fra dette materialet er det i denne avdelingen vanligst å bruke samtalen som grunnlag for å bli kjent. Dette forutsetter at man har å gjøre med pasienter som er i stand til å samtale. Også i de tilfeller der man er utrygg på om det pasienten sier er reelt, er samtalen viktig. Selv om man i slike tilfeller også tar kontakt med andre for å "bli kjent" med pasienten. I denne avdelingen er det vanlig at de fleste pasienter kan samtale og gjøre rede for seg og sine plager. Innimellom har man likevel pasienter som er demente eller uklare på grunn av smertepåvirkning eller medikamentpåvirkning.

Også gjennom praktiske gjøremål og samhandling med pasienten blir man kjent. Gjennom et stell kan det komme frem hvordan pasienter liker og er vant til å stelle seg. Pasientens bevegelighet avdekkes, likeså pasientens motivasjon og holdning til opptrening og hva pasienter liker av mat og drikke og spisevaner. Skal man som sykepleier få et godt bilde av pasienten, må man prate med ham og se ham i ulike situasjoner og aktiviteter. Noe de fleste sykepleierne er inne på, er viktigheten av å etablere noe felles med pasienten. Dette tror man gir pasienten trygghet og identitet. Det er ulike måter å gjøre dette på, noe skissene viser. Det ligger også en antydning i noen av skissene om at dette er et startgrunnlag, først når dette er gjort kan man gå videre; *"så prata vi om sykdommen hennes"*.

I et kjennsksforhold, sykepleier – pasient, viser skissene at det alltid vil måtte være en elastisitet. Det er grenser i dette rommet, men grensene er fleksible. Man beveger seg i enkelte relasjoner veldig nært, mens det andre ganger er større distanse. Det kan gjøres manøvrer fra begge parter for å åpne opp eller avgrense nærheten. Utgangspunktet for sykepleierne ser ut til å være at pasienten er den som skal styre dette. Likevel trekker noen inn at det kan være et vanskelig rom å bevege seg i, faglig sett er det alltid noe om pasienten som sykepleieren behøver å vite. Av og til kommer denne informasjonen av seg selv, det er vanligvis ikke vanskelig å komme inn på pasientene. Men andre ganger kan pasienten være lukket, og situasjonen blir vanskelig for sykepleieren. Tenkningen om at pasienten er den som skal styre i relasjonen vil i slike situasjoner ikke fungere. Dette ser ut til å være et dilemma for sykepleierne, og i dette dilemmaet må de *være* og *handle* som best de kan, de er og har å være der.

Sykepleieforskeren Kari Martinsen skriver i artikkelen ”Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie”, om å være i ”forenende motsetninger”. Hun henter begrepene fra filosofen Løgstrup. En slik motsetning er ’urørlighetszonen’ og ’åpenheten’. I artikkelen spør hun-, ”*hvordan bør jeg handle slik at tillit kan vokse frem i et forhold, slik at åpenheten kan bære samværet uten at vi bryter oss inn i hverandres urørlighetsszoner*” (Martinsen 1990a s. 62). Urørlighetszonen inneholder avstand og beskyttelse, beskytter motivene og sikrer sakligheten. Argumentasjon, teori og faglig viten hører denne sonen til. Åpenhet inneholder nærhet og sårbarhet, den lar motivene komme til sin rett for å bære samvær. Urørlighetszonen har den funksjon at den får oss til å holde oss til saken gjennom argumentasjon, teori og faglig viten. For å bære et samvær må man derimot være åpen, ”*tale rent ut af posen og handle spontant*” (Martinsen, 1990a, s. 63).

Disse motsetningene betinger hverandre ved å gripe inn i hverandre, sier Martinsen. Den ene kan ikke unnvære sin motsetning i den andre. Det betyr ikke, sier hun videre, at moralsk praksis er å få en balanse mellom disse motsetningene, da blir de uavhengig av hverandre og vår tilværelse stivner i forenklinger og utartinger.

Slik jeg forstår dette, lar ikke disse motsetningene seg balansere eller harmonisere. Det finnes ikke et balansepunkt som er ”passe faglige kjennskap” i sykepleie – pasientrelasjoner. I disse relasjonene er det både en menneskelig åpenhet som skaper nærhet og gjør oss sårbare, og en urørlighet som beskytter oss (våre motiver) og får oss til å holde oss til saken. Saken i dette tilfelle vil være at det dreier seg om rollene sykepleier og pasient. Sykepleieren har en klar og faglig rolle i forhold til pasienten, hun skal gi hjelp, pleie og omsorg. Forenklinger, vil satt på spissen, kunne være at sykepleieren ikke tør å være åpen og nær fordi hun da ikke ser seg selv som faglig eller profesjonell. Eller motsatt, sykepleieren er så saklig og faglig ”flink” at den åpne spontaniteten forsvinner.

’Åpenheten’ og ’urørlighetszonen’ er forenede motsetninger i oppriktigheten, sier Martinsen. Og hun sier videre at oppriktigheten og skjønnnet inngår som viktige bestanddeler i den moralske praksis.

I oppriktigheten ligger at man engasjerer seg til den andres beste. Da må jeg oppriktig ville sette meg inn i og vurdere den andres situasjon. Dermed kommer skjønnnet inn i situasjonen. (Martinsen 1990a, s.64)

En sykepleier i praksis sier det slik: *”Ja, du bygger liksom videre på..., du kan formidle at der kjenner jeg folk også, det kan kanskje være naboer og samtidig kan du formidle jeg er sykepleieren og jeg skal hjelpe deg. Det er jo noe med at du skal ikke dra ditt liv inn i sykepleien, du skal være profesjonell og det ene med det andre, men likevel, folk har behov for litt identitet og sette noe på plass”*. En annen sier: *”Det er nå forskjellig hvor godt kjent en blir med de forskjellige. Det blir nå som i dagliglivet ellers. En må ha litt profesjonelle grenser ja, dit og ikke lenger, men det kan være fleksibelt hvor de går”*.

Her brukes skjønn og vurdering eller kanskje ville sykepleierne si sunn fornuft i det å være både litt privat og samtidig formidle sin faglige rolle. Det er vel også slik å forstå at det er skjønnnet som må styre de fleksible grensene i dette landskapet.

## **Å velge å ikke bli mer kjent**

Det finnes også situasjoner der sykepleierne gjør bevisste valg i forhold til å ikke bli bedre kjent med pasientene. Det kan være ulike grunner til det. Jeg har her tatt med to skisser som eksempler på dette.

### **Skisse 1**

*Vi er inne på en tosenstue for å hjelpe pasientene opp av senga så de kan sitte i en stol en stund. Det er andre av pleiepersonalet som har vært inne tidligere på dagen for å hjelpe pasientene med stellet. Den ene dama har en dødelig diagnose, sykehuset har ingen behandling å tilby henne. Sykepleieren har vært inne på stua kvelden i forveien, men har tidligere ikke hatt kontakt med pasienten. Vi hjelper henne nå og forflytter henne over i stolen. Sykepleieren er preget av at hun ikke kjenner henne så godt og må underveis finne ut hvordan hun skal taes ut av senga og flyttes over i stolen. Sykepleieren og pasienten prater underveis om det som skjer, om hvordan pasienten skal forholde seg og hva sykepleieren og jeg skal gjøre.*

*I samtalen etterpå sier hun: "Jeg følte jeg ikke kjente henne fra før. Jeg snakka litt med henne i går da, men det var bare om sånne vanlige ting. Hun hadde mye besøk i går så jeg snakket ikke på tomannshånd med henne". Men du prata litt med henne nå, gjorde du ikke, spør jeg. "Ja jeg prata litt med henne nå ja. Hun virket jo fin psykisk nå, men jeg vet ikke jeg kjenner henne jo ikke. Jeg syns det der var litt vanskelig".*

*"Heldigvis er jeg kommet over at jeg syns det er vanskelig å prate med pasienter om alvorlig sykdom, men i denne situasjonen gikk det på at jeg ikke kjente henne og heller ikke vet hvor lenge hun blir her. Nå har jeg to fridager, da syns jeg ikke det passet å snakke med henne om hvordan hun tenker og føler og sånn. Dette var ikke en slik situasjon. Jeg syns også det kan være vanskelig hvis det er andre folk inne på rommet hele tiden. Hun begynte jo ikke å snakke om noe sånt heller. Selvfølgelig hvis hun selv bringer det på bane så er det greit nok. Imidlertid har det litt med å gjøre om hvor mye du skal være på jobb fremover. Kommer du mer i kontakt med henne, eller er det bare at man setter seg ned for å sette seg ned og prate".*

## **Skisse 2**

*Vi er inne på en stue med to kvinnelige pasienter. Den ene er en ung jente som er kommet inn etter å ha blitt grovt mishandlet av jevngamle. Hun har fått slag mot hodet, blitt sparket i maven og fått brukket en finger. I tillegg er håret skamklippet. Sykepleieren har ikke vært i kontakt med henne i den første fasen etter innkomsten. Pasienten har sagt til nattvakten at hun ønsker å komme seg opp å dusje, men vil vente til senere på dagen da moren kommer med rene klær. Vi vet heller ikke hvor aktiv hun kan være med hensyn til skadene før legen kommer og ser til henne. Hun har foreløpig fått beskjed om å holde senga.*

*Sykepleieren tar seg av den andre pasienten på rommet i første omgang. Hun går heller ikke bort for å hilse på pasienten og spør om hvordan hun har det. Først når hun er ferdig med å hjelpe den andre pasienten går hun bort og hilser på jenta. Hun gir henne klut og håndkle for å vaske ansikt og hender.*

*Etterpå forklarer sykepleieren situasjonen slik: "Når jeg skulle bort til henne så ville jeg ha litt mer tid enn bare å si hei og så gå igjen. Så derfor overså jeg henne på en måte til å begynne med. Det var sånn jeg tenkte, måtte ikke bare si hei og så gå videre til den andre pasienten. Men det var litt trasig. Hun lot som hun sov, jeg vet jo ikke om hun gjorde det. Jeg*

*tror ikke det. Hun så ikke på meg i alle fall, for jeg var borte med henne og hentet noe tøy. Hun så ikke på meg så derfor lot jeg henne være”.*

*Hva gjorde du når du var ferdig borte ved den andre pasienten, spør jeg. ”Jeg gikk bort og hilste på henne. Da var det kommet inn en annen sykepleier som kjente henne for å kontrollere blodtrykket og pulsen. Så de var allerede i snakk, så jeg hilste egentlig bare på henne. Fikk ikke noe mer kontakt. Hun snakket om det fysiske altså hodepinen, det virket som om det var det hun hadde et forhold til. Jeg spurte ikke noe mer. Syns det var vanskelig. Jeg vet ikke ..., jeg syns ikke det er rett å spørre og grave så mye heller. Hvis hun ikke hadde lyst å fortelle noe mer om det så har ikke jeg noe med å grave i det på en måte”.*

I disse to skissene gir sykepleierne uttrykk for at de oppfatter situasjonene som vanskelig og trasig. Pasientene er i begge situasjonene ukjente for sykepleierne. Den ene pasienten har en dødelig sykdom. Ingenting kan tilbys av behandling. Sykepleieren har ikke snakket med pasienten om hva hun i denne situasjonen tenker og føler. Hun har kun snakket med henne om vanlige ting.

Det hun her peker på og som hindrer henne i å gå inn i denne problematikken, er først og fremst at pasienten ikke åpner for det. Det er også vanskelig fordi hun ikke har vært på tomannshånd med henne. Sykepleieren sier at hun generelt sett ikke syns det er vanskelig å snakke med pasienter om alvorlig sykdom, men at det i denne situasjonen gikk på at hun ikke kjente pasienten og at hun skulle ha fri to dager. Det kan se ut som om sykepleieren vegrer seg for å bli mer kjent med pasienten, når hun ikke vet om hun treffer henne igjen. Innforstått her kan ligge en tanke om at når man skal snakke med noen om så alvorlige ting som døden, skal ikke det gjøres i ”forbifarten”. Det skal gjøres under fire øyne, og man skal kunne følge opp samtalen og forholdet videre. Her er det vel også et poeng at pasienten ikke på noen måte signaliserer behov for å snakke med sykepleieren om sin situasjon.

I den andre situasjonen har pasienten vært utsatt for vold. Her velge sykepleieren å ikke spørre og grave. Hun er helt avventende i kontaktforholdet, gir pasienten utspillet. Heller ikke her viser pasienten tegn til å ville prate om bakgrunnen for sin innleggelse.



Det kan se ut som det for sykepleierne i disse situasjonene kan ligge en norm til grunn om at de i slike situasjoner ”egentlig” skal prate med pasientene. I hvert fall skal de ta et initiativ og åpne opp for en slik samtale. Når de ikke får det til og/eller velger å ikke gjøre det, betegner de situasjonen som vanskelig. En er inne på at dette ikke var en slik situasjon. Det ser ut som hun da mener at her mangler noen forutsetninger som går på det å kunne skape en fortrolig situasjon. Det er flere på rommet, hun kommer ikke på tomannshånd med pasienten og hun vil ikke kunne utvikle relasjonen, hun skal ha fri. Hvordan den enkelte sykepleier velger å forholde seg i slike vanskelige situasjoner, vil bero på en skjønnsmessig vurdering i situasjonen. Disse sykepleierne vurderte å ikke gå videre inn i kjennsapsrelasjonen.

## **Å kjenne pasienter**

Det **å kjenne pasienter** kan sies å være et startgrunnlag for sykepleieren for å kunne samarbeide godt med ulike pasienter og gi god og hensiktsmessig pleie. Sykepleierne snakker om å ”*etablere noe felles*” med pasienten, eller å sette forholdet på plass. De prøver å skape en kobling mellom seg og pasienten gjennom å snakke om tema de oppfatter pasienten er interessert i. Det kan være å gripe fatt i hjemstedet til pasienten og pasientens yrkesliv, eller helt andre ting som for eksempel interesse for sport. Sykepleierne bruker også alle de dagligdagse sykehussituasjonene for å bli kjent med pasientene. Flere er inne på at skal man lykkes i å skape en kobling må man som sykepleier i relasjonen med pasienten åpne opp for ”hvem man er”. ”*Man må gi noe av seg selv for å oppnå et kontaktforhold*”. På den andre siden sier de også at man som sykepleier ikke skal dra ”livet sitt” inn i jobben.

Sykepleierne forhandler med pasienten for å sette det relasjonelle forholdet ”på plass”.

Å sette forholdet på plass vil i denne sammenhengen handle om å plassere relasjonen i forhold til dimensjonene; nærhet – distanse og elastisitet – fasthet. For sykepleieren vil dette kunne samles i begrepsparet; personlig – profesjonell. For disse sykepleierne vil det å være profesjonell også innebære å være ”litt” personlig. De vil gi litt av seg selv for å oppnå kontakt. Samtidig vil de ikke ”grafse” i pasientens privatliv og vil heller ikke at pasientene skal grave i deres.

Relasjonen skal være så nær eller så distansert at både sykepleier og pasient føler det komfortabelt. Sykepleieren skal kjenne pasienten ”passe godt”. Kanskje kan man her si at det for sykepleieren dreier seg om i hver enkelt relasjon å kunne være ”profesjonell nær”. Det går an å tenke seg at både sykepleier og pasient her befinner seg i et ”forhandlingsrom”. Der skal sykepleieren gjennom kjennskap forhandle seg frem til en for begge parter komfortabel relasjon. Grensene mellom personlig og profesjonell er elastiske og fleksible. Det må forhandles og avpasses i hver enkel relasjon, og kanskje også reforhandles underveis. Sykepleiere møter stadig nye pasienter som er ulik seg selv, og forholdet til den enkelte må settes på plass. En slik type avpassing vil inneholde en vurdering av hvor nært eller distansert forholdet skal være. Å sette relasjonen på plass vil slik kunne sies å være et sykepleieransvar som kan ivaretaes gjennom at sykepleieren utvikler denne praktiske forhandlingskunnskapen. Dette mener jeg er et kunnskapsaspekt som bare kan utvikles gjennom å være sykepleier i ulike pasientrelasjoner. Det vil si å stadig bli utsatt for å måtte vurdere grensene, som i dette rommet er fleksible og elastiske.

Det å kjenne pasientene sine og få satt forholdet på plass mener jeg også er sentralt i det å være sykepleier. Sykepleieren ønsker i kjennskapet å være forbundet med pasienten, og de ønsker å være forstående til pasientens situasjon. Dette er en måte for sykepleieren å befinne seg på og uttrykke seg på. Jeg har tidligere vært inne på den tradisjonen sykepleieryrket står i gjennom begrep som tjeneste for andre og nestekjærlighet. I dette materialet ser det også ut som slike idealer lever selv om de ikke uttales eksplisitt

Hvor de fleksible grensene går i de ulike relasjonene forhandler sykepleieren med pasienten om. Det er stemningen sykepleieren er i som kan si henne noe om hvordan hun befinner seg i dette forholdet. Det kan altså sies å være en ”følelsessak” å avgjøre når forholdet er på plass. Denne stemningen eller følelsen vil alltid henge fast i konteksten eller kulturen som omgir sykepleiesituasjonen. Det vil være livsformen sykepleie som gir sykepleie – pasientforholdet identitet og mening. Sykepleierens ansvar og kunnskap vil blant annet være å etablere språkspill som har gyldighet i situasjonen og veksle mellom ulike språkspill for at relasjonen skal fungere som sykepleier – pasient relasjon. Språkspillene vil spilles ut mellom nærhet og distanse. Det som er nært nok i en relasjon, er kanskje for distansert i en annen. Hvor stor fortrolighet relasjonen skal ha eller hvor anonymt forholdet skal være, vil også variere.

I enkelte situasjoner kan det tenkes at relasjonen ikke blir satt på plass. Sykepleieren kan velge å ikke bli kjent med pasienter og trekke seg unna. Sykepleierne kan da oppleve relasjonen som vanskelig, eller de opplever et ubehag ved ikke å få til et godt startgrunnlag for samhandlingen og derved hjelpen til pasienten. Det kan se ut som om sykepleierne i slike tilfeller har en opplevelse av ikke å nå frem, ikke å kunne være til hjelp og kanskje ikke være en ”egentlig” sykepleier. Pasientene på sin side kan også i enkelte situasjoner velge å sette forholdet på plass i et annet område i dimensjonen nærhet - distanse enn det sykepleieren ønsker. En uttalt ”regel” hos flere av sykepleierne ser ut til å være at pasienten er den som skal styre relasjonen. *”Det kommer an på hvordan pasienten nøster”*, uttaler en, og andre er inne på at de *”henger seg på”* de utspill pasientene kommer med. Dette ser ut til å være idealet i kjennsapsrelasjonen for sykepleieren. Det kan imidlertid anes et dilemma her i tilfeller hvor sykepleieren eller pasienten vil ha en fortrolighet eller nærhet, mens den andre parten vil ha mer distanse eller anonymitet. Sentralt for sykepleieren er det kanskje å skaffe seg kunnskaper om hvordan hun befinner seg i forhold til dimensjonen nærhet – distanse i den enkelte relasjon. Denne kunnskapen har mye med å være sykepleier i forhold til en pasient, å gjøre. Slik sett er den situasjonsavhengig, kontekstuell og knyttet opp til livsformen sykepleie.

## 8. Om å leve med pasienter

For noen tiår tilbake var det i søknadsskjemaet til sykepleierutdanningene stilt spørsmål til søkere om hvorfor de ønsket å bli sykepleier. Et veldig vanlig svar fra søkere var at de *var glad i mennesker* og ønsket å *være til hjelp* for syke og lidende. I den grad de søkende her skrev det de mente, kunne det tyde på at mange av de som søkte utdanningen hadde en beveggrunn som gjorde det lett for dem å leve med i pasienters liv. De kan tolkes som at de hadde et sterkt personlig ønske om å være til hjelp for pasienter. Dette er hva noen av sykepleierne har med seg inn i yrkesfeltet. I tillegg kommer den yrkesmessige selvforståelsen som gjennom utdanning og praksis nedfeller seg.

I dette materialet er det flere eksempler på at de lever med i pasientenes liv. De lever med i det daglige sykehuslivet til pasienter, de bryr seg her og nå, men de lever også med i pasientenes fremtidige liv og i deres fremtidsutsikter i forhold til den medisinske prognosen. Jeg vil vise frem noen skisser på dette. Først tar jeg imidlertid med en skisse som sier noe om forutsetningene for medlevelse i pasientenes liv.

### Å involvere seg i pasientenes liv

*Jeg var, som vanlig, assistent for en av sykepleierne. Vi skulle ha ansvar for fire kvinnelige pasienter denne dagen. Stellet av pasientene forløp greit. Sykepleieren valgte å gjøre stellet av en av pasientene annerledes enn hun på forhånd hadde planlagt. Begrunnelsen var at det var viktig å være åpen for pasientens ønsker. Denne sykepleieren sier om seg selv at hun er litt "skjør" som person. Derfor liker hun ikke å presse pasientene. Hun sier hun føler hva som er rett å gjøre i situasjonen, ut fra hvordan hun ser pasientene opplever den.*

*I samtalen etterpå blir det å involvere seg i pasientenes liv et tema. Sykepleieren kommer inn på at det først er de siste atten måneder at hun har hatt en arbeidssituasjon hvor hun har følt ansvar for å følge opp pasienter fra de blir innlagt til de eventuelt reiser ut. Hun har tidligere gått i deltidjobb eller i nattevakter. Det å gå full tid på dagjobbing blir noe annet. Man engasjerer seg mer i pasientene og planlegger mer, noe hun mener er positivt og spennende.*

*Den store forskjellen er, sier hun: "Du bryr deg mer, og spør mer med tanke på hvordan jeg best mulig kan planlegge fremover. Ja, du spør mer, er mer ute etter en målsetting for en pleieplan og hva som er reelle mål. Du er interessert i hvordan pasienten har hatt det før, du interesserer deg for pårørende. Dette er en helt annen måte å jobbe med pasientene på, enn når du jobber nattevakt. Da er du mer opptatt av at pasienten skal ha det bra der og da, på vekten din. Du tenker ikke på samme måte fremover. Det er helt annerledes slik som vi jobber nå. Vi er fast på en gruppe av pasienter, og du møter pasientene du jobber med hver dag, og har bare et par dager fri innimellom. Når du går på natt og vet at snart skal du ha 14 dager fri, så engasjerer du deg ikke på samme måte. Sånn er det bare."*

Sykepleieren er her inne på noen forutsetninger for å involvere seg eller leve med i pasienters liv. Det hun peker på har med organisering av vakter og pleiearbeidet å gjøre. Hun mener det er positivt og spennende å ha en type kontinuitet og et ansvar som gjør det mulig å involvere seg. Hun jobber med de samme pasientene over tid og tar ansvar fra innleggelse til utskrivelse. Har du ikke denne kontinuiteten og ansvaret, tenker du ikke på samme måte fremover, *sånn er det bare*. Dette sier at kontinuitet, ansvar og tid sammen med pasientene blir viktige elementer for å involvere seg, jamfør tidsstrukturen hos Heidegger, som binder sammen fortid, nåtid og fremtid.

Som jeg sa innledningsvis i dette kapittelet, er sykepleierne opptatt av å leve med pasientene både i det vanlige hverdagslivet på sykehuset og i de mer alvorlige spørsmål i livet som sykdom og lidelse kan aktualisere. Her tar jeg først frem noen skisser som angår det vanlige hverdagslivet.

## **Å leve med i formiddagslivet på sykehuset**

### **Skisse 1**

*Vi skulle denne dagen pleie to pasienter på hvert sitt rom. Den ene damen trengte hjelp til det meste og kommer under kategorien pleiepasient. Den andre damen var i en annen fase og kunne greie å vaske og stelle seg selv hvis hun fikk det nødvendige utstyret tilrettelagt. Sykepleieren mente hun kunne gå og stelle seg foran vasken fordi hun nå var så sprek at hun kunne komme seg ut av senga ved egen hjelp.*

*Sykepleieren satte frem vaskefat, kluter, håndklær og klær til henne. Vi gikk så sammen inn til den andre pasienten for å stelle henne. I samtalen etterpå sier sykepleieren: “ Dette var uheldig, det at jeg går inn til henne og setter frem og sier at nå kan du stå opp og stelle deg, det var ikke noe tilfredsstillende stell for å si det sånn. I stede kunne jeg vært der og sagt; skal jeg hjelpe deg med ryggen eller kanskje jeg skal vaske føttene dine? Hun har litt vanskelig for å bøye seg fordi hun er operert i maven. Da ville hun sikkert opplevd det som en bedre stellsituasjon. I dag mente jeg at jeg ikke hadde tid til det. Så i dag prioriterte jeg ikke å være rundt henne og hjelpe henne med ryggen og eventuelt føttene. Når vi var ferdige med å stelle for pleiepasienten vår, gikk jeg inn igjen til henne for å rydde opp. Det var da tydelig at hun var misfornøyd. Det første hun sa var; “nå må jeg få legge meg”. Da hadde ikke jeg redd senga, det skulle jeg jo gjøre da. Så sa hun videre, “Åh nå er jeg så sliten, skjorta du gav meg var for liten og bukse ville passet bedre til en liten unge”. De klærne jeg hadde tatt med var altså i for små størrelser. Jeg beklaget det og hentet ny skjorte og bukse, jeg beklaget også at hun hadde måttet vente på meg. “Ja, men det skjønner nå jeg, jeg vet jo at jeg ikke er alene.” Så hun hadde stor forståelse for situasjonen min, men gav likevel veldig klart uttrykk for at hun for sin egen del kunne tenkt seg dette annerledes. Hadde vi vært flere folk på arbeid hadde jeg valgt å være inne hos henne.*

## **Skisse 2**

*Vi skal denne dagen inn til en eldre dame som ligger på eget rom, for å hjelpe henne med stell og pleie. Sykepleieren har funnet frem det vi trenger av tøy og annet utstyr, og vi går inn. Der inne ligger pasienten i god søvn. Sykepleieren gir tegn til meg om at vi skal gå ut igjen av rommet. Utenfor sier sykepleieren at dette så så godt ut at vi lar henne ligge litt til, og hun fortsetter: “ Alle som sover har min fulle forståelse. Jeg synes det er litt brutalt å ta folk ut av den dypeste søvnen og liksom ruske dem opp og si at nå skal de stelle seg. På mandager har vi litt god tid, så da har vi anledning til å vente litt (mandager starter operasjonsprogrammet en time senere). Hvis rapporten fra nattevakten er at en pasient har sovet dårlig, da lar du han få sove hvis du har anledning til det, og det har vi som oftest. Så da snur jeg og går ut igjen. Jeg synes det er bedre enn å komme der og ....., jeg ville i alle fall følt meg litt overstyrt hvis noen kom slik til meg. Det er liksom en markering av makt å komme inn der og ruske dem opp.*

Disse to skissene kan stå som eksempler på å leve med i det dagliglivet pasienten er henvist til på et sykehus. Sykepleieren sier i det ene tilfellet at stellet pasienten fikk denne dagen ikke var godt nok for pasienten. Hun skjønner at det for pasienten måtte bli anstrengende. Ikke fikk hun hjelp til ryggen, og fotvask ble antagelig ikke utført. Sykepleieren vet at pasienten har vanskelig for å bøye seg ned å få tak i bena sine. Likevel valgte hun altså denne løsningen. I denne situasjonen blir rammevilkårene og de kompromissene sykepleierne må gå inn i veldig synlig. *Hadde det vært flere folk på jobb, hadde jeg valgt å være inne hos henne.*

I den andre situasjonen tenker sykepleieren at det må være godt for pasienten å sove og ikke blir “rusket ut av søvnen”. Her var det muligheter og tid til å gjøre det på denne måten.

I flere sammenhenger snakker sykepleierne om å bry seg og også at det er viktig at pasientene føler at sykepleierne bryr seg om dem. I slike utsagn ligger det en forståelse av at å bry seg er å se og ta hensyn til pasienten som person. Det er her ikke snakk om å bry seg om pasientens sår, hans blodtrykk eller medisiner noe som sykepleierne også selvfølgelig bryr seg med, men altså det å bry seg om mennesket som er sykt og lider. I slike situasjoner kan det også være aktuelt å prøve å være til hjelp ved å trøste.

## **Å bry seg her og nå**

### **Skisse 1**

*Sykepleieren skal denne dagen hjelpe en eldre dame med stell og mobilisering. Damen er kommet inn for en oppfylning i maven. Maven er blitt stor og hard og økt i omkrets. Hun har til nå tatt en del blodprøver og røntgenbilder av maven. Ennå er ikke resultatet fra disse undersøkelsene kommet. Når legene kommer på legevisitt har de som regel med seg opplysninger om slike resultat. Damen har tidligere ligget i avdelingen med en kreftdiagnose som hun nå er helbredet for.*

*Damen trenger noe hjelp til stellet, men greier det meste selv. Hun sitter oppe foran vasken og steller seg. Vi hjelper henne etterpå å komme opp igjen i senga. Da har hun litt vondt, ellers klager hun ikke over noe. Imidlertid ser vi tårene komme når hun igjen ligger i senga. Når sykepleieren går bort til henne, sier hun at hun har lyst hjem. Sykepleieren sier at når legene*

kommer vil hun få vite mer om hva dette er. De vil nok informere om de har sett noe på røntgenbildene. Hvis dette bare er oppfylning med avføring som nå holder på å tømme seg, vil hun snart få reise hjem, sier sykepleieren. Pasienten slutter å gråte og sier hun håper det ikke er noe galt.

I samtalen etterpå sier sykepleieren at hun forstår pasienten. “Jeg tror det er angsten for at det skal være noe alvorlig som plager henne. Angst for at hun ikke skal bli bra, at hun blir liggende her og blir avhengig av hjelp. Det er ikke så enkelt å trøste når man ikke vet sikkert hva det er. Hva skal man gripe tak i? Men man må jo prøve å trøste på et vis. Hun virket jo realistisk også. Skjønnte at hun måtte være her for å finne ut hva det er. Kanskje slo hun seg til ro med at det bare er obstipasjon også da. Det ble vel bekreftet på legevisitten også etter at legen hadde palpert henne (kjent på maven med spesielle fingergrep, min anm.). Senere var jeg med henne på klysterrommet hvor hun fikk et klyster. Nå føler hun seg lettere og dermed er denne tanken styrket.

Pasientene har jo lett for å henge seg opp i enkeltord. Hvis jeg hadde sagt at det kan være en svulst eller noe som stopper for, så hadde ordet svulst blitt hengende der med en gang. Så det er om å gjøre å avdramatisere det hele litt også. Og med henne synes jeg det var god grunn til å avdramatisere. Hun har jo ikke et sykdomsbilde som sier at dette tyder på svulst heller, men det vet man jo ikke hundre prosent da. Det er ikke enkelt å trøste når man ikke vet. Hva skal du ta tak i? Men du prøver nå å trøste på et vis.

## **Skisse 2**

Utgangspunktet denne dagen har vært å stelle og pleie på en firesengsstue. Det er få pasienter i avdelingen denne dagen, og det ligger bare tre menn på stue. Alle tre er operert i mage eller tarmregionen. De er nå kommet så langt i forløpet at de er oppe og trenger kun litt hjelp til vask og stell. En av dem går ut i dusjen og får litt hjelp av sykepleieren der. De to andre er oppe allerede.

Sykepleieren snakker etterpå om at det ikke er uproblematisk å ha ansvar for pasienter som trenger så lite praktisk hjelp. Det er viktig at de likevel føler at vi bryr oss, sier hun. “Slik som i dag når vi har en firesengsstue, det er da vanlig å snakke om pasienten i en-senga, to-senga etc. Det er jo en nummerplassering i avdelingen, men det betyr jo ikke at vi oppfatter



*dem som et nummer i rekka. Det er viktig at de opplever at vi ser dem som enkeltpersoner. Man kan vise at man bryr seg ved å gi seg tid til å snakke med pasientene. Hvis jeg ikke har tid, hvis det er masse som skal skje på en gang, må jeg i det minste hilse på pasienten og så si at jeg skal snakke mer med ham siden. Det er viktig at de ikke overlates til seg selv og for eksempel tror at de ikke skal få mer informasjon eller få vite mer. Hvis det er ei forklaring på hvorfor jeg må forlate dem, så vil de fleste forstå og godta det.*

Å bry seg er her å *trøste på et vis og gi pasienten tid*. Hva har så dette å gjøre med å leve med? Kanskje ikke så mye, men det er noe med å ville forstå pasientens opplevelser av ulike situasjoner og også legge til rette for at han skal ha muligheter for å følge med, og ha en oversikt over det som skjer med ham. Å bry seg vil i en slik mening kunne være å la seg trekke inn i pasientens problemstilling og også å trekke pasienten inn i problemstillinger som pleiepersonell og behandlerne ser i situasjonen. Det vil slik være en type samhandling, der sykepleierne som en “mervitende” stiller seg til disposisjon for pasienten.

Å bry seg vil også i mange tilfelle innebære å bry seg med de pårørende til pasienten. Det å bry seg om de pårørende vil kunne være å vise at man bryr seg om pasienten. Det er også viktig i mange sammenhenger å se på den enheten som pasient og pårørende utgjør for å gi best mulig støtte og omsorg, i en for dem, krevende situasjon.

## **Å bry seg med pasientens fremtidige liv**

Det å bry seg innbefatter i dette materialet også å bry seg om pasientens fremtid. Som sykepleier tenker man også på hvordan det man hver dag gjør for og i forhold til pasientene, kan få betydning for dem fremover. Slik sett bryr man seg som sykepleier også med pasientens fremtidige liv.

### **Skisse 1**

*Denne dagen hadde vi vært inne og stelt en dame som nylig har vært operert for tredje gang. Hun er operert i tarmen og har fått utlagt tarm på maven. I forbindelse med den siste operasjonen fikk hun etter operasjonen en kraftig influensa og hun var veldig syk. Nå er hun bedre av influensaen, men er blitt veldig tafatt og viser lite initiativ. Sykepleieren sier at dette*

*er en pasient som må “pushes”, for det er ikke noe som tilsier at hun ikke skal kunne gjøre noe selv. Imidlertid virker det som om hun er likegyldig til sin egen tilstand. “Jeg tror ikke hun klarer å se det positive i det å være mer selvhjulpent og uavhengig”, sier sykepleieren.*

*Etter stellet sier sykepleieren: “ Der må du hele tiden bruke veldig mye energi på å puffe henne fremover og jobbe med at hun skal gjøre ting selv. Hun kunne egentlig ligge helt passiv og blitt vasket fra topp til tå uten å ha tatt initiativ i det hele tatt. Så der må vi hele tiden inn, du bruker mye energi og blir veldig sliten. Hadde hun hatt lammelser, for eksempel vært lam i en arm, ville vi utført alt for henne uten å tenke, men her må du som sykepleier jobbe og dra for at hun skal gjøre noe selv. For hun vil jo ikke det, men du gjør henne en bjørnetjeneste ved å la henne ligge passiv og ikke bruke armer og ben. Da klarer du aldri å få henne videre, du må hele tiden styre litt. Spør du om hun vil opp, så vil hun ikke det.*

*I den tilstanden hun er i nå hadde hun kanskje følt mer tilfredshet med å få ligge i ro i senga. Ikke blitt fortalt at hun må opp, ikke blitt oppfordret til å ta kluten og vaske seg selv og ikke blitt mast på for å spise. Hun hadde kanskje følt det bedre. Imidlertid har jeg ansvar for henne, og jeg kan ikke gjøre det. Alt jeg vet sier meg at hun blir svakere i muskulaturen hvis hun bare blir liggende, den må beveges for å bli sterkere. Det er tungt for henne å bruke musklene når hun er svak og når psyken ikke er helt god. Nå sitter hun oppe i stol og jeg ser hun blir veldig fort sliten. Hun synes det er tungt og trasig å gå, hun synes ikke engang det er godt å være oppe og bevege seg. Hun er stiv og støl, har dårlig styrke og hun synes det er vondt. På sikt, hvis vi får henne i et annet stemningsleie, tror jeg imidlertid hun vil være glad for at vi ikke har latt henne bare ligge. Jeg tror ikke hun opplever det som positivt nå, men allikevel så kan ikke jeg ....., jeg må ta hensyn til hva jeg tror på lang sikt vil hjelpe henne.*

Her er det snakk om å bry seg om hva som på lang sikt hjelper henne. Sykepleieren virker sikker i sin sak på det. Kan hun egentlig være så sikker? Det hun trekker frem her er faglig viten om muskelkraft som forsvinner når musklene ikke er i bruk. Her kunne hun nevnt mye mer om hvordan sengeleie virker inn på ulike kroppsfunksjoner og komplikasjoner som f.eks. blodpropp, endring av bevegelse i ledd, beinskjørhet, lungekomplikasjoner m.m.. Hun gjør her det hun ut fra sin faglige viten tror er best for pasienten, ikke akkurat nå, men på sikt. Samtidig sier hun noe om at dette er en type arbeid som krever energi. Denne sykepleieren var i andre sammenhenger veldig opptatt av å samarbeide med pasientene og bli enig om felles

mål å arbeide mot. Her er det ikke uttalt noen felles målsetting. Sykepleieren har sine mål for pasienten, kanskje hadde pasienten selv helt andre?

Sykepleieren oppfatter at pasienten nå ikke klarer å se positivt på å være mer selvhjulpen. En av de andre sykepleierne sier i en lignende situasjon; *”Jeg tror vi er opplært til at hjelp til selvhjelp er det viktigste. Vi vil jo gjerne ha pasientene restituert, de som har muligheten for det i alle fall. Det er klart har du en dårlig pasient, en pasient som er cancersyk, ham vil du ikke presse. Så du må se pasientene an da, men akkurat det med å anspore dem og inspirere dem til å greie mer og mer selv, det tror jeg at jeg har hatt med meg hele veien”*.

Det ser ikke ut til å være vanskelig for disse sykepleierne å leve med i pasientens liv verken i det daglige på sykehuset eller å tenke dem inn i et fremtidig liv. De tar del i livet deres, involverer seg og lever med. Ett dilemma de tar opp i et gruppeintervju er vansken med å *”legge fra seg pasienten”* når de går hjem fra arbeid. Dette er ikke alltid like lett. *”Du må i alle fall til en viss grad legge dem fra deg”*, sier en. De er også inne på at det er grenser for å leve med, en for stor nærhet og identifikasjon kan gjøre at man mister det faglige perspektivet, og det er ikke alt man skal bry seg med. *”Vi har vel et mål med hver enkelt pasient med tanke på hva de er inne for, så vi behøver ikke å bry oss med alle fasetter i et liv, men det har noe med å være tilstede, altså å være tilstede der man er”*.

Flere er inne på at pasientene *”på en måte overlatt i ditt ansvar”*. I dette ansvaret ligger for disse sykepleierne å leve med eller å bry seg. *”Hadde vi ikke gjort, det skulle vi ha sluttet her. Da hadde ikke dette vært den rette arbeidsplassen. Når du skal jobbe med å få mennesker på beina, så må du bry deg om dem altså”*. Dette uttrykker en selvforståelse i det å være sykepleier. Ut fra slik jeg tenker vil det for disse sykepleierne være forbundet med bildet de har av å være *”egentlige”* sykepleiere.

## **Å leve med pasienter**

Skissene her viser frem at sykepleierne ønsker å leve med i det daglige livet pasienten er henvist til på sykehuset. De ønsker å vise at de bryr seg om både pasientene og deres pårørende. Måter dette kan bli synlig på er at de viser interesse eller bekymrer seg for

pasientens fremtidige liv. De ønsker å *trøste "på et vis"* og de *steller godt* med pasientene. Samtidig kan det komme frem at det er ikke alt man som sykepleier skal bry seg med. Man må også kunne *"legge pasienten fra seg"* og ikke involvere seg for mye. Noe av essensen i dette kunnskapsområdet ser ut til å være; *å kunne være tilstede der man er*, for pasienten.

Måten å være tilstede på for pasienten kan også sees på som et spørsmål om avpassing. Sykepleieren forhandler med pasienten om dette, men kanskje i større grad med seg selv. Hvor mye og hvor langt skal man involvere seg i pasienters sykdom og lidelser? Å være til stede for en annen kan inneholde ulike dimensjoner. Det mest håndgripelige vil være den fysiske tilstedeværelsen, som i sykepleiepraksis er en forutsetning. Tilstedeværelse kan imidlertid innbefatte også andre dimensjoner. Det kan snakkes om en mental tilstedeværelse der sykepleieren er tankemessig opptatt av pasienten, og det kan snakkes om en følelsesmessig tilstedeværelse der sykepleieren berøres følelsesmessig av pasienten. Hvordan sykepleieren greier og ønsker å være tilstede for pasienten vil variere fra situasjon til situasjon.

Også i denne sammenhengen vil sykepleie som livsform være det som kan gi tilstedeværelsen mening. Når sykepleieren er tilstede for pasienten, er det som sykepleier hun er tilstede. Det er som sykepleier hun tankemessig er opptatt av pasienten, for eksempel ved å bry seg om mennesket som er sykt, ved å prøve å trøste den som lider og ved å bry seg om de pårørende til den syke. Det er også som sykepleier hun følelsesmessig berøres ved å prøve å ta inn eller forstå den sykes opplevelse gjennom å kjenne på følelser som *å synes synd på, kjenne godhet for og ha vondt av* pasienter. Slik sett er livsformen sykepleie også sentral, og språkspillene som spilles vil være en del av denne livsformen. Sykepleierne uttaler for eksempel; *"det er ikke alt man skal bry seg med"* og *"for mye nærhet kan gjøre at man mister det faglige perspektivet"*. For å bruke Løgstrups formulering om forenede motsetninger, kan man her snakke om involvering og tilbakeholdenhet (Martinsen 1990a). Som sykepleier skal man i relasjon med pasienten være både tilbakeholden og man skal involvere seg. Språkspillet vil kunne være både "involveringsspill" og spill hvor man trekker seg tilbake. Jeg kan se for meg at det ligger et kunnskapsaspekt både i å være trent i slike spill og også å vite hvilke spill som har gyldighet i ulike situasjoner. Sykepleieren må som sagt før kunne forhandle med sin egen oppfatning av faglighet og yrkesfunksjon. Her kan jeg se for meg at livsformen i ulike

avdelinger i betydningen kulturen vil kunne differensiere språkspillenes gyldighet, sagt med andre ord, hva som er god eller mindre god sykepleie.

Væremåten i denne kunnskapsdimensjonen vil være nært knyttet opp mot Heideggers omsorgsbegrep. Skissene viser frem at sykepleierne interesserer seg for, bryr seg om og bekymrer seg for pasientenes ve og vel. For å knytte det an mot Heidegger, vil de være på denne måten fordi de har omsorg for seg selv som sykepleier. I sykepleietilværelsen inngår pasienter som viktige personer. Det å ha omsorg for seg selv vil igjen bety å ha omsorg for pasientene. I denne omsorgen er det å være forbundet med og det å være forstående viktige strukturer. Å involvere seg i en annen person, her pasienten, vil kunne ligge i livsformens forståelse av ansvaret en sykepleier har. Ansvaret for å bry seg og hjelpe pasienten. Sykepleierne vil gjerne hjelpe pasienten *"over en terskel"*, de vil hjelpe pasienten *"til å gjenvinne funksjonsnivået"* og slik *"hjelpe pasienten til å bli selvhjulpen"*, der det er mulig. Dette vil de i tillegg gjøre gjennom å være forbundet med pasienten eller leve med i pasientens liv.

Et dilemma i dette ansvaret er problemer med *"å legge pasienten fra seg"*. Noen av sykepleierne er inne på det å greie å legge pasienten fra seg når man går av vakt. Den fysiske tilstedeværelsen er da brutt, men sykepleierne kan oppleve å være både mentalt og følelsesmessig tilstede hos pasienten. Å kunne sykepleiepraksis vil kanskje også innbefatte, som jeg har vært inne på før, kunnskaper i både å involvere seg og å legge fra seg den andre. Det å kunne gå inn i og gå ut av tilstedeværelsens ulike dimensjoner. Viktig i dette blir en utforskning av egne strategier for å gå inn og ut av tilstedeværelse. En utforskning eller avdekking av hvordan man forholder seg og befinner seg i ulike situasjoner i forhold til å være tilstede. Dette har mye å gjøre med den type kunnskap Ramirez sier man erverver seg gjennom *övning, uppmärksamhet och reflektion*, (Ramirez, 2000). Dette ser jeg som en levende og bevegelig kunnskap som både er kulturell og kontekstuell.

Mye i denne kunnskapsdimensjonen har de samme karakteristika som det Johannesen beskriver for fortrolighetskunnskapen. Denne kunnskapsdimensjonen :

"synes å ha sitt mål i seg selv og kan ikke brukes til noe annet som ligger hinsides den selv.

Den kan ikke meddeles andre gjennom påstandsmessig form. Likevel er den ikke umiddelbar. Et stykke på vei kan den overføres til andre ved hjelp av analogier, metaforer og konkrete eksempler.

Den kan bare erverves ved egenhendig å omgås den gjenstand eller det fenomen som er opphav til den, den er kun tilgjengelig som førstehåndserfaring". (Johannessen 1984, s.9-14)

Sykepleierne snakker om at de er eller i dette yrket kan bli, gode menneskekjennere. Ut fra hvordan de bruker begrepet kan det forstås som at dette yrket gir dem rike muligheter til å *"trenes opp til"* å kjenne igjen menneskelige reaksjonsmåter og adferd i forhold til ulike fenomener. Her kan fenomenene være lidelser, smerter, angst og sorg med mer, som de ser hos pasienter, men man kan også her tenke seg at de trenes opp til å bli oppmerksomme på egne måter å forholde seg på i ulike situasjoner. Gjennom å kjenne igjen egen måte å befinne seg på og uttrykke seg på, kan man tenke seg at de stadig kan bli bedre på å forhandle og utforske eget ståsted i sykepleier – pasientrelasjonen.

## 9. Om å se pasienter

Jeg har tidligere i avhandlingen vært inne på at når sykepleierne bruker begrepet ”å se pasienten”; ser de, lukter de, hører de, kjenner og føler de. Hele sanseapparatet tas i bruk for på en sykepleiefaglig måte å se pasienten. Sykepleierne i dette materialet uttrykker et ansvar for å se, flere av dem er inne på at det er en del ting man i sykepleie ”bare må se”. Hva er det så sykepleierne mener når de sier at de ”bare må se”? Det ser ut som de tar på seg et ansvar for å avdekke, oppdage og forstå pasientens tilstand i forhold til sykdom og behandling. Alle sanser tas i bruk for å se ”hva kroppen uttrykker”. De ser over for å kartlegge pasientens tilstand, i denne sammenheng ser de også etter forandringer i tilstanden. Videre ser de etter grensene for pasientens funksjon. I denne avdelingen er det en målsetting at pasientene etter operative inngrep skal gjenvinne sin funksjon hvis dette er mulig. Flere av sykepleierne er i tillegg inne på blikket, det trenete blikket som ser noe annet og noe mer enn et blikk som ikke er trenet. Jeg starter her med en skisse som viser det å se over, eller å saumfare pasienten.

### Å ”saumfare” pasienten

*Etter morgenrapporten blir sykepleieren jeg skal være sammen med tildelt en stue med to pasienter. Jeg skal assistere sykepleieren ved stellet av den ene damen. Dette er en dame som vanligvis bor på sykehjem fordi hun trenger daglig hjelp og pleie. Hun er nå kommet inn på sykehuset fordi hun har falt og brukket lårhalsen. Behandlingen har vært at to nagler er satt inn for å sette ben-endene på plass i forhold til hverandre. Pasienten har etter operasjonen vært slapp og sengeliggende. Begrepet som brukes i denne avdelingen, er at pasienten er pleiepasient.*

*Vi går i gang med stellet av pasienten. Sykepleieren finner ut at hun må endre stell - prosedyren fordi pasienten er forandret fra i går. Hun er mindre mobil, svarer ikke og reagerer lite. Underveis i stellet skriker pasienten opp når vi tar i det ene benet hennes. Sykepleieren samtaler med meg om hvorvidt benet er hovent og konkluderer med at det er det. I tillegg ligger det i en rar og unaturlig stilling. Hun synes også å se at det er rødt bak på leggen. Videre kommenterer hun at den ene hånden er slapp, mens den andre er spastisk*

*(stiv). Pasienten blir vasket, og vi skifter tøy på senga. Sykepleieren inspiserer huden og smører og masserer hælene.*

*Da vi kommer ut igjen av rommet etter endt stell, gjentar sykepleieren at pasienten er forandret fra i går. Hva kan det være? Har det skjedd noe cerebralt, kan det ha vært et lite drypp? Og hva har skjedd med benet? Symptomene kan tyde på at det kan være blodpropp i leggen. Alle sykepleierens observasjoner og tanker blir rapportert videre til den ansvarlige sykepleieren.*

*I samtalen etterpå spør jeg henne om hva hun så etter mens hun stelte. ” Nei – hos henne som er overvektig og litt kompakt er det veldig ofte det kan være sår under brystene. Det hadde ikke hun. Hun hadde veldig fin hud. Så er det viktig å se nedentil hos de som blir liggende slik. I tillegg er hun inkontinent, dvs. urinen kommer uten at hun får sagt i fra. Hun var fin nedentil også og setet var i grunnen bra. Så er det bona. Hun var ikke rød, kanskje en liten antydning på høyre hæl, i hvert fall var den øm. Den andre foten var fin. Nå så ikke jeg på neglene for det var jo betennelse, neglerot- betennelse står det. Når jeg så tok i benet hennes for å ta bort puta som det hvilte på, skrek hun til. I går var det ikke sånn. Da snudde vi henne både på rygg og på den andre siden. Tre ganger snudde vi henne, og da var det ikke noe med benet. I dag var det så tydelig. Jeg syns at benet var litt blåmarmorert på baksiden. Det kunne jo også være av puta det hadde ligget på, jeg vet ikke - . Dette er slikt en må se når pasientene ikke greier å si noe om det. Hun sa heller ikke noe om armen”.*

Dette illustrerer noe av det innlærte i forbindelse med observasjon. Dette er en pasient som er sengeliggende og pleietrengende. Da har sykepleiere gjennom sin utdanning lært at hun er utsatt for sengeleiets komplikasjoner. I litteratur kan disse være listet opp, forklart og begrunnet ut fra hva som skjer med oss når vi blir liggende til sengs. Det kan her se ut som om en slik liste er bakgrunnsteppe for denne sykepleierens observasjon. Imidlertid blir det i denne situasjonen tydelig at denne spesielle pasientens situasjon får komme frem og tale. Sykepleieren ser etter i *sømmene*, det vil si de svake punktene eller på utsatte steder. Denne pasienten var overvektig, og hun var inkontinent for urin for å nevne noe.

Skissen viser også at sykepleierens blikk er rettet inn mot å oppdage forandringer. Er det noe nytt å se, noe man ikke så i går eller sist. Det med å oppdage og eventuelt registrere endring i



forhold til kropp, symptomer og sykdom er også noe sykepleiere er opplært til. Dette er en pasient som ikke selv kan fortelle eller gjøre rede for slike endringer og ”da er det slikt som du må se”, sier denne sykepleieren.

## **Å se grenser i funksjonsnivå**

Jeg har tidligere vært inne på ”livet” i denne type avdeling. Noe av det som karakteriserer dette praksisfeltet er at her får pasienter foretatt operative inngrep av større eller mindre omfang. Felles for denne pasientgruppen er at de er utsatt for komplikasjoner etter inngrepet (vanlige postoperative komplikasjoner), og videre at de, etter inngrepet, må trene seg opp igjen til vanlig funksjonsnivå. En konsekvens av dette er at det for sykepleierne blir viktig å få pasienten ”på beina” snarest mulig etter en operasjon. En tommelfinger-regel i dette feltet er at alle pasienter skal opp av senga første dag etter operasjonen. Det blir videre viktig for sykepleieren å hjelpe pasienten i opptreningen til sitt vanlige funksjonsnivå. Jeg tar her med to skisser som eksempler på det å se i forhold til funksjonsnivå.

### **Skisse 1**

*Pasienten er en eldre dame som ligger på en-sengs stue. Hun har på grunn av sykdom i tarmen måttet ta bort deler av denne. Dette har medført at hun etter operasjonen (for fire dager siden) har vært veldig slapp. Hun får fortsatt ikke spise mat, men får nå flytende kost i form av forskjellige supper og annen drikke. Etter operasjonen har hun også hatt problemer med å puste godt nok. Derfor får hun tilført oksygen gjennom et rør som festes i det ene neseboret. Hun ligger også med et rør inn i urinblæra som drenerer ut urinen. Dette er fordi operasjonen er i et område som ligger i nærheten av blæra, og den kan derfor midlertidig tape sin vanlige tømingsrefleks.*

*Når vi kommer inn på stua, vil pasienten straks opp for å gå på toalettet. Vi kobler da fra surstoffslangen og tar med oss urinposen og følger henne ut. Denne stua har sitt eget toalett i tilknytning til rommet. Mens pasienten sitter på toalettet, steller vi sengen hennes.*

*Sykepleieren ber meg som står nærmest tette inn til pasienten, hun er litt usikker på hvor mye hun orker ennå. Jeg tittet inn to ganger og pasienten sier det går bra. Jeg synes nok at hun ser veldig bleik ut. Etter at hun er ferdig på toalettet sier hun at nå går det ikke så bra lenger. Sykepleieren får henne likevel med på å vaske seg foran vasken, og hjelper henne med å vaske*

*seg. Jeg syns pasienten ser dårlig ut, hun er bleik, blikket er litt flakkende og jeg er redd hun skal besvime av overanstrengelse. Vaskingen blir fort utført, både pasienten og sykepleieren vasker. Pasienten får pusset tennene sine og børstet håret. Så hjelper vi henne opp i senga igjen.*

*I samtalen etterpå sier jeg: Du hjalp henne med å vaske ryggen samtidig med at hun selv vasket ansiktet. Du sa det var fordi det skulle gå fortere. ”Ja, fordi jeg syns hun virket så slapp. Hun støttet seg, og hun ble veldig slapp i armene. Hun tok kluten opp i ansiktet og uff, et drag så var hun ferdig. Jeg så at dette holdt ikke så veldig lenge. I stedet for å løse henne til sengs igjen og begynne med et stell som ville vært til stor belastning for henne, så var det ikke så veldig mye om å gjøre før vi hadde tatt det stellet som egentlig var nødvendig. Det var å få vasket ryggen og nedentil. Av og til må man vurdere at kattedvask er godt nok. Det er ikke bestandig man trenger å gnikke og gnure så mye.*

*Jeg tror dette var den beste løsningen for pasienten. Vanligvis tror jeg de føler de har fått stelt seg mer når de er oppe isteden for når de ligger i senga. Da vi var ferdig å vaske ba hun faktisk om å få pusse tennene og å gre håret, så hun kom seg igjen underveis. Dette er ei vurdering du som sykepleier må gjøre underveis. Hadde jeg sett at dette ikke går måtte vi bare fått henne opp i senga igjen. Da hadde vi måttet kutte både tannpuss og hårstell. Så det er ei vurdering du gjør underveis. Du tøyer dem også litt, pasienter blir vanligvis veldig oppløftet hvis de ser at de greier det, en liten seier i hvert fremskritt”*

*Jeg syns hun i perioder var gråbleik, sier jeg. ”Hun var gråbleik og hadde ganske små pupiller. Jeg tror ikke hun hadde så veldig vidvinkelsyn. Imidlertid så jeg at hun kom seg igjen, jeg så det på bevegelsene hennes. Vi så vel akkurat det samme, men det kan hende at jeg så fortere enn deg at hun kom seg og at dette ville gå over”.*

## **Skisse 2**

*Pasienten vi har vært inne hos er en middelaldrende mann som tidligere har fått fjernet nedre del av magesekken. På grunn av plager med fordøyelsen har de nå operert ham igjen for å bedre overgangen mellom magesekk og tarm. Dette er første dagen etter operasjonen. Han gir ikke uttrykk for smerter eller annet ubehag denne morgenen. Han har fått smertestillende i løpet av natten.*

*Sykepleieren har på forhånd orientert meg om at det er best vi er to tilstede når vi skal hjelpe ham opp. Videre er det viktig at pasienten får noe føde i seg på forhånd, i dette tilfelle bare drikke, og at han ikke har sterke smerter. Vanligvis vil de kjenne litt ved bevegelse, det er ikke til å unngå, sier hun.*

*Noe av det første pasienten tar opp med sykepleieren er at han vil prøve å stå opp. Det er tydelig at han er spent på hvordan det vil gå. Han vil helst opp fortrest mulig. De blir enig om at han skal få vaske seg lett og så prøve å stå opp.*

*Det går veldig greit å hjelpe ham opp. Vi lar pasienten få bestemme tempoet og prøver å støtte ham på best mulig måte. Han sitter litt på sengekanten og går fra senga og bort til vinduet. Dette er nok for ham nå. Vi hjelper ham til sengs igjen. Han er fornøyd og synes dette har gått bra.*

*I samtalen etterpå spør jeg sykepleieren om hvordan hun vanligvis går frem når hun skal hjelpe pasienter opp første dag etter en operasjon. "Vi setter dem først på sengekanten og så hører vi om de er svimmel. Hvis de ikke er det og hvis huden er tørr og varm, prøver vi frem på gulvet også. Hvis vi imidlertid kjenner at de holder på å bli hvite, blir stille og klamme og ekle i huden, da er det bare å legge dem tilbake i senga. Det er tydelige tegn og dette skjer når de blir overanstrengt. Det samme kan skje hvis de blir for mye oppe. Det er bedre å ta det veldig forsiktig første gangen. De kvier seg ikke til neste gang, hvis de lykkes første gangen. Vi presser ikke pasienter som ikke føler seg i form til å stå opp, det går an å vente. De vi ser ikke er bra i forhold til lavt trykk, smerter og puls, de tar vi uansett ikke opp.. Av og til når du skal hjelpe pasienter opp, så spretter de opp før du får sukk for deg. Da hender det de blir hvite. Hvis en pasient står for fort opp, kan han besvime. Ellers kan det hende at pasienter blir uvel når de kommer frem på sengekanten, også de som en i utgangspunktet ikke skulle forvente skulle bli det. Da er det bare å legge dem ned igjen".*

Skissene sier noe om å se kroppslige tegn som i situasjonen tolkes på bestemte måter. Tolkningen eller forklaringen er her knyttet til bestemte faglige forutsetninger. Sykepleierne som arbeider i denne type avdeling vet noe om hva det vil si å gjennomgå et operativt inngrep. De vet ut fra naturvitenskapelige kunnskaper at en operasjon ødelegger celler, vev og

blodkar. Mye energi vil gå til å bygge opp igjen og lege det som er ødelagt. Smerter som følger en slik tilstand krever også energi. Når den kroppslige energien blir bundet opp til reparasjonsarbeidet, blir pasientene det vi kaller slappe, de orker ikke så mye. I det daglige er det ikke sikkert det er denne faglige kunnskapen som er operativ i situasjonen. Selv om den ligger der, kan det for en erfaren sykepleier ha blitt en selvfølgelighet at pasienter er slappe etter operasjoner. Ut fra en slik forståelse blir det viktig for sykepleierne å finne ut hva pasientene orker av aktivitet etter en operasjon. Aktivitet er nødvendig for å unngå at pasienten får komplikasjoner etter operasjonen. Komplikasjoner som kan oppstå kan være blodpropp, nedsatt lungefunksjon og eventuelt lungebetennelse og problemer med de normale refleksene i blære og tarm. Aktivitet er ofte det som skal til for å få ulike kroppslige funksjoner i gang igjen.

En god balanse mellom aktivitet og hvile vil kunne variere fra pasient til pasient. Sykepleieren må se pasienten, se hva han kan orke. Det finnes tegn som sykepleieren i slike situasjoner ikke må overse. Disse to skissene fokuserer på pasientens hud, bevegelser og blikk. Dette er tegn som i denne type situasjoner sier sykepleieren noe om grensen mellom å orke og ikke orke (sees som besvimelse), det er tydelige tegn, og dette skjer når de blir overanstrengte. Antennene er her på en måte forhåndsinnstilt i forhold til de tegn man forventer i situasjonen. Sykepleierne er programmert eller ”matet” til å se etter helt spesielle tegn når de ser pasienten. Blikket er trent opp til å se disse spesifikke aspektene.

### **Å se med et trent blikk.**

I andre sammenhenger og situasjoner kan sykepleiere snakke om at de ser bilder av ulike situasjoner. De har bilder av hva som er behagelig for pasienter eller hva som kan kalles skånsomt i forhold til utføring av ulike aktivitet. De har bilder av hva det vil si å sitte godt og ligge godt og hva som er en god stilling å spise i når man ligger til sengs. Sykepleiere ’behandler varsomt’, ’setter til rette’ og ’legger til rette’. Bakenfor slike ord og vendinger ser det ut til å ligge en norm eller en forståelse av at pasienter i sin lidelse og med sin sykdom skal ha det så godt eller behagelig som mulig. Her tar jeg først med en skisse som sier noe om bildet av en god seng. Deretter viser jeg frem to bilder på pasienter med smerter.

### **Skisse 1**

*Det er 20 år siden denne sykepleieren var ferdig med sin utdanning og hun har vært i aktiv jobb alle disse årene. I samtalen forteller hun meg at hun ser hvordan en god seng skal se ut for at pasienten skal ligge godt. Jeg spør henne hvordan hun kan se dette. "Når du har jobbet så lenge som meg så har jeg prøvd å legge mange pasienter til rette i senga. Hvis pasienten selv kan gi uttrykk for det så spør vi om hvordan de ligger. Hvis de sier de ligger godt, og hvis mange pasienter sier de ligger godt når de ligger sånn, så må vi jo tro at det stemmer. Selv om det kan være litt ulikt, kanskje må vi forandre litt fra gang til gang, så danner du deg likevel et bilde etter hvert av hva som er behagelig. Da prøver du å hjelpe pasienten så de kan ligge behagelig.*

*Dette er slik som det er med kaker. Du ser da forskjell. Likedan er det med en god og en dårlig seng, du ser det. Den som er feinschmecker eller de som er konditor de ser det med kaker og smørbrød bedre selyfølgelig, de har trening. Jeg har nå jobbet her i mange år. Det har med trening å gjøre, men det er nå helst øynene da. Du danner deg et bilde av hva som er bra, og så lærer du av å gå sammen med andre som har jobbet lengre enn deg. Noen ganger føler du at du ikke får til å legge pasienten godt når du arbeider sammen med en person, fordi de legger puta litt annerledes. Men hvis du går sammen med noen som har gjort det mange ganger før så ser du at; Åh, nå ligger pasienten godt, og så sier de at de gjør det. Slik lærer man egentlig av hverandre også".*

Noe som går igjen er bildet av en naturlig kroppsstilling når pasienten ligger til sengs. Det kan se ut som sykepleierne ut fra sine kunnskaper i anatomi og fysiologi og ut fra å ha sett ulike pasienter i ulike kroppsstillinger, har klart for seg hva en naturlig kroppsstilling er og hvordan kroppen og lemmene (armer og ben) da ligger. I dette tilfellet gjelder det i forhold til å ligge behagelig. Sykepleieren har her i tillegg til faktakunnskaper dannet seg et erfaringsbilde av hvordan det er å ligge behagelig i motsetning til å ligge ubehagelig eller vondt.

I denne type praksissted er smerter et vanlig fenomen. Når pasienter gjennomgår et operativt inngrep og blir skåret i, berøres sanseceller og varsler i form av smerter om ødeleggelser som er blitt påført pasienten. En norm i denne avdelingen er å forvente at alle pasienter etter en operasjon får smerter. Også andre pasientgrupper som ligger i avdelingen, for eksempel pasienter med langt fremskreden kreft, har vanligvis smerter. Smerter er et stort og

omfattende fenomen innenfor medisin og sykepleie, som det er skrevet mye om. I dette lille avsnittet er mitt fokus kun fra sykepleiernes side å si noe om hvordan de i dette praksisfeltet ser at pasienter har smerter. Jeg har her plukket frem to skisser som sier noe om dette fokuset.

### **Skisse 1**

*En av pasientene vi har hatt med å gjøre denne dagen er en mann på rundt femti år. Han hadde etter en operasjon i mageregionen blitt svært dårlig og hadde ligget ca. en uke på intensivavdelingen. På grunn av sviktende lungefunksjon lå han tilkoblet respirator (pustemaskin). Etter at han kom tilbake på avdelingen, har han hatt fin fremgang. Han er litt oppe, greier mer og mer selv av det daglige stell, men er svært taus. Han prater ikke uopppfordret verken til personalet eller til medpasientene. I samtalen etterpå kommer vi inn på at det kan være vanskelig å finne ut hva pasienten vil når han gir så lite respons. I forhold til om pasienten har smerter sier imidlertid sykepleieren: "Hvis jeg stiller spørsmål om smerter og pasienten ikke svarer, så går det an å finne ut av akkurat det. Når du steller pasienten så vil du kanskje merke det på grimaser og uttrykk i ansiktet, men ikke minst når pasienten blir stelt og snudd. De kan si ting, for eksempel at de har det slik noenlunde, men steller vi og snur på dem da merker vi om de har vondt. Ellers ser man som sagt etter grimaser i ansiktet, en ser på uttrykket om pasienten har det bra, om de ligger godt, eller har det vondt".*

*Hva ser du da, spør jeg. "Nei, du kan se noen skrukker opp i panna, det er noen rynker. Spesielt opp i panna mellom øynene kan du se det. Og du ser egentlig om en pasient ligger godt eller ikke. Altså det vises hvis de ligger å knyter seg, du ser på kroppsholdningen om de ligger anspent. Jeg vet ikke hvordan jeg skal forklare det, men det går an å se det. Du ser om de ligger avslappet og de tegn du ser på smerter blir bare forsterket når pasienten blir snudd og stelt".*

### **Skisse 2**

*Pasienten er en dame på rundt seksti år. Hun ble operert for brokk dagen før. Vi hilser på pasienten, og sykepleieren begynner å legge til rette for stell. Pasienten vil imidlertid først opp av senga for å late vannet. Det ble sagt på rapporten at hun ikke fikk latt vannet når hun ligger til sengs. Sykepleieren ordner det slik at hun får sitte på en stol for å prøve å late vannet. Pasienten ynker seg og gir uttrykk for å ha vondt idet hun skal ut av senga. Mens hun sitter oppe, skifter vi på senga. Alt må skiftes da pasienten har kastet opp flere ganger i løpet av natten. Pasienten sier hun er litt svimmel og kvalm. Sykepleieren antyder at vi kanskje må*

*ta henne opp i senga igjen før vi har skiftet ferdig. Vi jobber fort med å få senga klar. Pasienten sitter nå foran vasken og vasker seg foran selv. Jeg hjelper henne med ryggen. Etterpå hjelper vi henne opp i senga igjen, nå også ynker hun seg når hun må bevege seg for å komme oppi. Sykepleieren har, mens jeg hjalp pasienten med vasken, vært ute og hentet smertestillende. Hun tilbyr pasienten dette, og pasienten tar imot.*

*I dag hadde vi en pasient med smerter som gav tydelig uttrykk for det, tror du du ville oppdaget det hvis ikke, spør jeg etterpå. ”Ja, som regel ser du det på pasienten. Man ser det på måten de beveger seg på. Hvis de ligger i senga ser du at de har vondt når de skal prøve å snu på seg. Da vil de som regel ynke seg. De beveger seg veldig forsiktig og prøver liksom å holde igjen bevegelsene. Ellers kan det være et tegn at de graver seg helt ned i dyna. At dyna kommer helt over nesen og nesten over øynene. De kan selvfølgelig også ligge å gråte”*

Det disse skissene viser klarest er vanlige tegn eller uttrykk for smerter. Hva kan sykepleieren se når pasienten har smerter? Det er tydeligvis vanlig å kunne se tegn i pasientens ansikt. Pasienten gjør grimaser eller får spesielle ansiktsuttrykk. En trekker for eksempel frem skrukker i pannen, mellom øynene. Noen pasienter gir også verbale uttrykk. De kan ynke seg eller skrike. Noe av det som er mest avslørende i følge sykepleierne, er bevegelse. Det å bevege på pasientens kropp vil kunne avsløre smerter som pasienten kan holde i sjakk hvis han ligger helt stille. Dette gjelder også for de pasientene som ikke vil si at de har smerter. Det å observere hvordan en pasient beveger seg, snur på seg eller kommer seg ut av senga, kan også fortelle om hvorvidt han har smerter.

Hva skulle så hensikten med denne type ”avsløring” av pasienters smerter være? Her er vi tilbake ved et aspekt som er nevnt tidligere. Av ulike årsaker kan pasienter ønske å ikke fremstå med smerter, eller de kan ønske å greie seg uten smertestillende midler. I andre tilfeller kan pasienten på grunn av sin tilstand ikke være i stand til å redegjøre for om de har smerter eller ikke. Ut fra kunnskaper om smerte er det viktig at smerter behandles. Bli pasienter liggende med smerter over tid, vil de bli utslitte og tappet for krefter, i tillegg til at de har det vondt og lider.

Det kommer også frem i disse skissene at sykepleiere har en norm om hva som er forventet smerte ved ulike lidelser og operasjoner. Det er mer utydelig hvordan de bruker denne

normen. Så lenge pasienter har smerter som forventet er dette sikkert ikke noe problem. Det blir det først i de tilfellene der pasientens uttrykk for smerter ikke stemmer med forventningene. Gir pasienten uttrykk for mindre smerter enn forventet, begynner kanskje sykepleieren å lete etter tegn eller uttrykk de kan ha oversett. Dette ser ut til å være en sjelden variant. Mer vanlig er det antagelig at pasienten gir uttrykk for smerter over det forventede. Da vil kanskje tanker om hvorvidt dette er reelt eller om det er spill melde seg.

### **Å se pasienter - sansning**

Wittgenstein snakker i Filosofiske Undersøkelser om å se aspekter. Han snakker om en illustrasjon som i ulike sammenhenger kan tolkes som ulike ting. ”Vi tolker den altså, og ser den slik vi tolker den” (Wittgenstein 1997, s.222). Wittgenstein snakker også i denne sammenheng om to måter å se på. Den ene måten illustrerer han ved å la en person si: Jeg ser dette, som etterfølges av en beskrivelse, tegning eller lignende. Den andre måten å se på illustreres ved å si; jeg ser en likhet i disse to ansiktene. I første tilfelle ville personen kunne tegne de to ansiktene nøyaktig, den andre ville i tegningene kunne se den likheten som den første ikke så. Han utdyper dette ved å legge til:

”Jeg betrakter et ansikt, med ett legger jeg merke til dets likhet med et annet. Jeg *ser* at det ikke har forandret seg ; og ser det ikke desto mindre på en ny måte. Jeg kaller denne erfaring ”det å bemerke et aspekt” ” (Wittgenstein 1997, s.222).

Wittgenstein er videre inne på at det går an å se og ikke se på samme tid. Det kan gå an at så å si øynene ser, men uten bevissthet om hva de ser. Merleau-Ponty snakker om at blikket får fatt i tingene i større eller mindre grad, og det avgjørende er om de går lett over dem eller hviler på dem (Merleau-Ponty 1994, s.111). Det begge disse uttalelsene sier noe om, er at det *å se* dreier seg om noe mer enn fysiologi. Wittgenstein er inne på at å se er å tolke, *vi ser den slik vi tolker den* (Wittgenstein 1997, s.222). Merleau-Ponty sier at persepsjonen er en helhet som allerede bærer en mening som ikke lar seg redusere. Det sansemessige og det meningsfulle er umiddelbart flettet inn i hverandre (Rasmussen 1996).

Det å se noe som noe bestemt vil i følge Wittgenstein innebære å se et aspekt ved det man ser. Videre er han inne på kontekstens betydning for hvilke aspekt man ser: ”*Og alt etter hvilken*



*historie jeg omgir det med, kan jeg se ulike aspekter. Og her er det nært slektskap med det å oppleve et ords betydning” (Wittgenstein 1997, s.239).*

Det å mangle evnen til å se noe som noe, kaller han aspektblindhet. I de skissene jeg har vist frem fra dette praksisfeltet, ser det ut som om ”antennene” er innstilt i forhold til å se visse aspekt. Dette har her sammenheng med historien rundt sykepleier- pasient relasjonene. Sykepleieren skal observere og oppdage tegn som kan si noe om sykdommen pasienten er innlagt for. Mye av det sykepleierne da ser er ut fra kunnskaper om den aktuelle sykdommen eller tilstanden. Dette blir i en sykehusavdeling forsterket gjennom at det er dette legen vil ha greie på når han kommer på sine visitter.

Det ser ut til å være på dette av mine fire navngitte områder, at sykepleiernes naturvitenskapelige kunnskaper slår mest inn. Her kan det se ut som om teori fra anatomi, fysiologi og sykdomslære styrer oppmerksomheten eller synet. Man er programmert til å se etter spesielle tegn og uttrykk, og disse tegnene har med kropp og sykdom å gjøre og settes inn i rammen av en naturvitenskapelig forklaring. Dette blir særlig synlig der sykepleieren ”saumfarer ” pasienten. Det kan se ut som om det her skjer en objektivisering, kroppen som objekt ”sees over” i forhold til tegn man vet kan opptre ved ulike tilstander eller sykdommer. Objektbegrepet er her brukt i betydningen av å tre ut av samhandlingen med den andre for å få en oversikt. Et slikt oversiktsblikk har, som vist her, noe skjematisk over seg. Når man ”saumfarer” noe(n), leter man bevisst etter å se noe man vet hva er, noe man har sett før og som er kjent. Øynene er innstilt. Dette er en arbeidsmetode eller en posisjon som er nødvendig i ulike situasjoner. En slik posisjon behøver ikke stå i motsetning til at pasienten også her blir sett som en levende og uttrykksfull kropp.

Å se funksjonsnivå og å se med trenet blikk tror jeg ligger på et litt annet plan. Dette vil i begge tilfeller være sammensatte bilder som krever å se relasjoner mellom ulike forhold. Dette ser ut til å gjøre seg gjeldende når sykepleierne ser smerter. Her er det også noe visst skjematisk over seende. Man ser også her etter tegn, men disse tegnene opptrer mer som uttrykk som kan variere i ulike situasjoner. Her kommer tolkningsaspektet litt sterkere inn i seende. Ansiktsuttrykk eller kroppsholdning er i seg selv ikke entydige uttrykk for smerter. I en konkret situasjon og sammenholdt med eventuelt andre uttrykk er de likevel relativt sikre. Man kan kanskje si at historien rundt lar sykepleierne se de riktige aspektene. Men det å se

smerter er likevel noe mer enn ”å se over”. Uttrykkene kan her være mer sammensatte og situasjonsbundne.

Inn i dette seende ligger også et syn for hva som i en helhet kan sies å være fokus og hva som er bakgrunn. Wittgenstein snakker også om det man kan kalle organiseringsaspekter og sier at når aspekter veksler, blir deler av bildet knyttet sammen som ikke var det tidligere (Wittgenstein 1997, s. 238). Eksempelvis ser man, når man ser funksjonsnivå, etter hvor grensen går for hva pasienten orker. Fokus er altså en type grense mellom å orke og ikke orke, mens bakgrunnen er de aktiviteter pasienten er involvert i eller holder på med. Samtidig vil ulike aktiviteter knyttes sammen for å tydeliggjøre denne grensen. Hvordan relasjonene mellom ulike forhold sees, vil være påvirket av kunnskaper (for eksempel hva ser man når pasienten er blek, kaldsvettende og blikket glir bort), men også av erfaringen med å fokusere de riktige fenomenene og sette dem sammen. Å se forskjell på en god og en dårlig seng forutsetter trening, sier en av sykepleierne.

Det å se et funksjonsnivå eller å se et behagelig leie er i stor grad å kunne se likheter med et bilde man har med seg fra før. Bilder som et behagelig leie eller en skånsom snuing, kan man tenke seg blir skarpere og mer finslipet gjennom trening og erfaring. Når det er skarpere sees kanskje også likheten fortere. Fokuseringen skjer raskere. *”Vi så vel akkurat det samme, men det kan hende at jeg så fortere enn deg at hun kom seg og at dette ville gå over”*, sa sykepleieren til meg.

Å se pasienten er for sykepleierne i denne sammenhengen å ta inn pasientens kroppslige uttrykk, sansemessig. De bruker øynene og ser, de hører, lukter, berører for å se og forstå pasientens situasjon. Sykepleierne saumfarer pasientene, de ser etter forandring og grenser for funksjonsnivå.

For å utforske pasientens tilstand mener jeg flere av skissene viser hvordan de tar i bruk den teoretiske fagkunnskapen som redskaper i utforskningen av pasientens situasjonen. De viser at de gjør et organiseringsarbeid av ulike aspekt, hva er fokus eller ”det viktige” i situasjonen og hva er for bakgrunn å regne. Denne utforskningen kan plasseres i dimensjonen mulighet – risiko for pasienten. Sykepleieren utforsker pasientens kroppslige uttrykk for å prøve stadig bedre og forstå pasientens muligheter i situasjonen. Samtidig vil det utforskende blikket også

være fokusert på de risikoer sykdommen medfører for pasientens liv og helse. Et utforskende blikk vil i denne sammenheng kunne differensieres fra et betraktende blikk. I blikk ligger her som tidligere nevnt bruk av alle sanser for å avdekke, oppdage og slik utforske. Et utforskende blikk mener jeg krever en oppmerksomhet og en aktivitet som ikke finnes i samme grad i en betraktning. Her ligger kanskje forskjellen i det som Merleau-Ponty benevner som å la blikket hvile på noe, eller gå lett over (Merleau-Ponty, 1994). I utforskning må man la blikket hvile, noe som krever både oppmerksomhet og tid.

I arbeidet med å organisere aspekter i forgrunn og bakgrunn, mener jeg livsformen blir styrende for det som i ulike situasjoner sees. I mange tilfeller vil hva som er gyldig språkspill kunne gi seg i situasjonen. Det ”slår inn” som en visshet eller det kommer til oss som bilder, dette kan for eksempel gjelde bilder av et behagelig leie eller en skånsom snuing. I aspektseende vil det sansemessige og det meningsfulle flettes sammen. Aspektseende vil slik være avhengig av kontekst og historie. I en utforskningsfase kan man tenke seg at også forhandling kan forekomme. I enkelte situasjoner kan en forhandling om hva som er gyldig og derved meningsfullt være aktuelt. *”Når jeg så tok i benet hennes for å ta bort puta som den hvilte på, skrek hun til. I går var det ikke slik. Da snudde vi henne både på rygg og på den andre siden. Tre ganger snudde vi henne, og da var det ikke noe med benet. I dag var det så tydelig. Jeg synes at benet var blåmarmorert på baksiden. Det kunne jo også være puta det hadde ligget på, jeg vet ikke - - - .”*

Sykepleieren lurer på hva er skjedd her. Hvis benet er blåmarmorert, vil det i denne konteksten bety at det er noe som har tilstøtt sirkulasjonen i benet. Det kan for eksempel være en blodpropp som har satt seg fast i en åre i benet. Er det puten, er det en ytre faktor som også kan klemme sammen blodårer og slik hemme sirkulasjonen i benet. Dette må utforskes videre, ut fra flere eller andre tegn eller uttrykk kan man etter hvert finne ut hva som her er gjeldende. Dette er forhold som ikke øyeblikkelig slår inn eller gir seg.

I andre sammenhenger blir begrepet situasjonsforståelse brukt i slike sammenhenger. Aristoteles brukte begrepet *synesis* om det å lese eller forstå en situasjon, og ser på det som grunnlaget for å handle rett eller godt i en situasjon. Heidegger bruker begrepet forståelsesutkast, som kan trekkes tilbake og fornyes ut fra en betydningssammenheng (Heidegger, 1993).

Å se vil i denne sammenhengen også bety å utforske pasientens tilstand gjennom et sykepleiefaglig aspektseende. Sykepleieren ser nøye, er oppmerksom og har antenner for det i situasjonen som er aktuelt. I det å se bruker de vendinger som å *"saumfare"* og se med *"konditorblikk"*. De sier noe om å se nøye og å se med et *"trenet"* blikk. Også i slike forhold vil teoretiske fagkunnskaper være gode redskaper eller hjelpemidler. Likevel vil det til syvende og sist komme an på *"øynene som ser"*, som en av sykepleierne sier det. Jeg oppfatter at hun her ikke snakker om øynene som sanseorgan, men en trening i å se de i situasjonen viktige aspektene.

En annen sykepleier sier; *"enkelte ting må man bare se"*. I dette ligger ansvaret de tar på seg, et ansvar for å være seende. De er forbundet med pasienten i et ansvar for å være seende i forhold som pasienten selv ikke i sin sykdom eller lidelse kan håndtere. Hjelperollen her omfatter blant annet å være forstående og gjennom å se kunne forstå noe pasienten selv ikke kan forstå.

## 10. Om å sense pasienter

Er det noen forskjell på å sense og å sanse kan man spørre om. I mitt materiale kommer det tilsyne en forskjell. Når sykepleierne bruker begrepet å sense, er de opptatt av hvordan pasienten har det, hva han tenker og føler i forbindelse med sin sykdom. De er opptatt av å tolke det pasienten gir uttrykk for både verbalt og kroppslig i den hensikt å finne ut noe om hvordan han har det.

Noen av sykepleierne uttrykker at det ikke alltid er mulig å sense i den travle hverdagen. En sier det slik når vi samtaler litt generelt om temaet: *”Det ville du sense litt da....Jeg føler at når du tar deg tid, kommer du veldig tett innpå især eldre folk. Samtidig så tror jeg ikke de føler vi går for nært innpå.”* Jeg spør henne om hva som skjer når hun senser, og hun sier; *”det er kanskje litt vanskelig å sette ord på. Det kan være at pasienten sier ting som avslører noe. Men det er jo mye kroppsspåket da. Og også åpenheten. Noen forteller og forteller, andre er ganske korte og avmålte. Det som de kaller ”det kliniske blikk”- det er vel noe man opparbeider seg etter hvert. Det har med livserfaring å gjøre, tror jeg. Det kommer kanskje litt an på en selv og dagsformen også, jeg vet ikke. Så er det litt avhengig av hvor mye du har å gjøre ellers. Enkelte dager hvor det er så stressa at du bare løper fra oppgave til oppgave, da får du ikke tid til å stoppe, får ikke tid til å sense i det hele tatt. Det med å sense og observere pasienten på den måten er veldig avhengig av at du har tid. Akkurat det der å registrere et sår og et dren og sånn det kan du gjøre altså, men går det litt på følelser og tanker – så er det vanskelig”.*

Sykepleieren er her inne på at det å sense, som hun her også bruker begrepet klinisk blikk om, er noe som læres underveis, det har med livserfaring å gjøre, sier hun. Det hun ellers legger vekt på er at å sense tar tid. Hun trekker frem at hun kan sense på bakgrunn av noe pasienten sier (noe som kan avsløre noe), eller også ut fra kroppsspråket. Det er tydelig at det tar tid å finne ut hvordan det som sies ”skal avsløres rett”, eller hva ulike kroppsuttrykk skal formidle av følelser og tanker. Er man stressa og løper fra oppgave til oppgave, kan man likevel observere et sår som er ”utenpå”. Vanskeligere er det altså å finne relasjonen mellom indre prosesser og ytre uttrykk, *går det litt på følelser og tanker - så er det vanskelig.*

Flere sykepleiere er inne på hvordan de senser gjennom en aktivitet eller en handling. Sykepleie er jo et praktisk yrke og et veldig handlingsorientert yrke. Mye av den erfaring sykepleierne får, får de vel nettopp fra handlinger og samhandling med pasienter. Det kan være i forhold til et stell eller i forhold til å gi informasjon eller opplæring til pasienter. Jeg har plukket ut to skisser som viser noe av dette.

## **Å være følsom for menneskelige uttrykk**

### **Skisse 1**

*Vi skal denne dagen inn på en stue og stelle en dårlig pleiepasient. Pasienten har i utgangspunktet en kreftdiagnose, har vært sendt til Regionalsykehuset og kommet tilbake til Fylkessykehuset med beskjed om at ingen behandling kan gies. Hun har ligget i avdelingen en tid. For en uke siden ble tilstanden hennes radikalt forverret. Hun får et hjerneslag og kan ikke prate mer. I tillegg er høyre arm og fot lammet. Pasienten gir nesten ingen respons på stell og kontakt.*

*Under samtalen etterpå kommenterer sykepleieren stellet slik: “Jeg kjenner henne ikke godt nok til å vite hvilket forhold hun har til sin kropp og dette med nakenhet. Så da vil jeg i utgangspunktet tenke at hun er litt blyg, i all fall gjør jeg kanskje ikke noe galt i å tro det. Altså det er ikke sikkert hun hadde syns det var nødvendig at hun ble tildekt, det vet jeg jo ikke. Da må du prøve å gjøre det på best mulig måte, slik som du tror er best mulig for pasienten, derfor dekket jeg henne til.*

*Det å gå inn å vaske et menneske nedentil, det er .....” En spesiell situasjon, spør jeg. “Ja det er en veldig spesiell situasjon for pasientene som ligger der. For oss er det jo en dagligdags situasjon, men for pasienten er det jo ikke det. Da er det om å gjøre å gjøre det så skånsomt som mulig, så naturlig som mulig og signalisere til pasienten at dette er en naturlig situasjon for meg, ikke gjøre det spesielt ----, for da vil jo pasienten føle at dette er en veldig spesiell situasjon”.*

*Hvordan kan du gjøre det til en naturlig situasjon, spør jeg videre. “Nei, altså - da er det jo å fortelle hva jeg skal gjøre. Jeg sier at nå skal jeg vaske deg nedentil. Jeg sier hele tiden hva jeg skal gjøre og da føler jeg liksom om jeg får tillatelse av pasienten eller ikke. Du kan tolke*

*kroppsspråket til en pasient. Hvor villig er de for eksempel til å skrive med bena når de blir vasket nedentil? Merker du motstand eller merker du at det er greit. Du føler hele tiden enten en spenning eller en avspenning i kroppen til pasienten. Du kan se det på ansiktsuttrykket, du kan se det på øynene. Føler pasienten seg trygg i denne situasjonen, vil han fortsatt møte øynene dine og kanskje fortsette å prate hvis han er i stand til det. Du føler da at han sier: Okey, det her godtar jeg at du gjør med meg. Er det en pasient som protesterer vil du merke at de blir unnvikende i øynene, de slutter å prate, de slutter å kommunisere, du vil merke en slags spenning i kroppen. Hele uttrykksmåten sier: “det her er ikke naturlig for meg”, “vær forsiktig”, “trå forsiktig her” - det blir liksom et “vær varsomt skilt” som dukker opp da. Dette må du ha litt sånn menneskekunnskap for å se”.*

I dette tilfelle blir det svært viktig for sykepleieren å sense hvordan hun kan stille denne pasienten på en god måte. Pasienten er ute av stand til å gi verbal tilbakemelding, slik at det her i stor grad vil gjelde å tolke pasientens kroppslige uttrykk. Sykepleieren viser her hvordan hun går frem i denne fortolkningen, og det blir tydelig at situasjonen er utslagsgivende for tolkningen. Dette er en situasjon som sykepleieren antar er spesiell for pasienten, den har med kropp og nakenhet å gjøre. Hun tolker kroppens “villighet” og kroppens “spenning”, og gir dette mening ut fra denne spesielle situasjonen. Det kommer også frem noen generelle betraktninger om hva øyekontakt og ansiktsuttrykk betyr i denne type situasjoner, her knyttes det til dimensjonen å være trygg/utrygg. For å se dette må man ha *“litt sånn Menneskekunnskap”*, sier sykepleieren, uten å utdype dette videre.

Denne skissen viser at en vanlig arbeidsmåte eller metode i forhold til sykepleiehandlinger eller aktiviteter nettopp er å “føle seg frem” eller å sense hva pasienter vet, føler eller tenker. Man utfører ulike handlinger på den måte man tror er best for pasienten. Noe av denne utførelsen kan nok begrunnes ut fra faglige teorier, men man kan tenke seg at noen måter å føle seg frem på innenfor en avdeling alltid vil være personlige og bli skapt i den aktuelle situasjonen. Her vises nettopp hvordan uttrykk fra pasienten står i relasjon til neste steg i handlingsrekken. Likevel kan det se ut som det innenfor enhver praksis også finnes erfaringskunnskaper som vil bli oppfattet som “riktige” og som ligger til grunn for handlingsvalg. Wittgenstein sier at *“det finns ett otal av almänne erfarenhetssatser som för oss gäller som säkra.”* (Wittgenstein 1992, s.273)

## **Å sense når nok er nok**

Flere av sykepleierne er inne på at det er viktig å sense når man bør stoppe å prate med en pasient om et tema. De er inne på at det er grenser for hvor nært man skal gå og at her kan marginene være små. Jeg tar med to skisser som berører dette temaet.

### **Skisse 1**

*Vi har vært inne på en stue med fire menn. Den ene av dem er “ferdigbehandlet” fra sykehusets side. Det vil si at han er operert i mageregionen, såret gror godt og han steller seg mye selv. Imidlertid er han svært slapp, greier å sitte oppe bare små stunder og orker nesten ikke å stå eller gå. Han har fortsatt mye smerter fra maveområde. I slike situasjoner vet sykepleierne at det snart vil bli tatt opp fra legehold om ikke pasienten kan sendes hjem. For å ligge litt i forkant prøver sykepleierne gjerne å ta dette opp med pasienten.*

*“Jeg spurte om han hadde lyst til å reise hjem. Jeg sa ikke at nå måtte han reise hjem, men jeg spurte om han hadde lyst til å reise hjem. Nei, han kunne ikke hjem for han kunne ikke sitte og fikk nesten ikke til å gå, så da måtte han hjem på bære, sa han. Jeg gikk ikke videre på det, men jeg kunne ha tenkt meg det. Han sa det på en slik tverr måte. Da begynte jeg å snakke om OL i stedet. Så snakket jeg litt om smertene hans, om det han får av smertestillende hjelpere. De hjalp sa han, så smertene var blitt bedre. Derfor kunne jeg egentlig sagt litt mer, jeg kunne sagt at du ligger nå like godt hjemme som her, du greier jo å stille deg selv. Men jeg sa det ikke. Hadde jeg sagt det tror jeg han ville blitt irritert på meg, for han var så tverr. Da stoppet jeg opp og så går det an å ta det igjen senere. Jeg valgte å ikke gå videre fordi jeg følte at han ikke var interessert i å snakke om det nå. Hadde jeg presset han, for det hadde blitt press, så kunne det ha gjort vondt verre i forhold til at han absolutt ikke ville hjem. Så da er det bare å vente til han kanskje har tenkt litt selv på det, sånn er det. Å spørre hvor lenge han har tenkt å være her, er et vanskelig spørsmål. Han må liksom komme med utspillet, når han har sagt hva han mener kan jeg si hva jeg tror. Jeg følte det var bedre å slutte å snakke om hjemreise i dag, å gå videre der kunne ødelegge”.*

### **Skisse 2**

*En av pasientene vi denne dagen hadde vært i kontakt med, hadde vært veldig syk. Han hadde ligget på intensivavdelingen i respirator i lengre tid. Siden han kom tilbake til avdelingen fra intensivavdelingen, har det gått fint fremover. Han er nå mye oppe, greier mange ting selv og*



*prater litt mer. Han har den første tiden vært veldig taus. Nå prater han til medpasientene sine. I samtalen etterpå kommenterer sykepleieren tausheten hans.*

*“Det er vanskelig, det kan oppleves som pasienten kanskje er taus fordi han ikke vil snakke, altså at han vil ha fred eller han kan være taus fordi han ikke greier å si så mye. Når man ikke vet, da må han få fred og så får vi heller prøve senere. Men hvis det er at han ikke orker eller at han trenger litt lang tid for å kanskje komme med svar, da må man gi pasienten tid. Hvordan man finner ut det ene eller det andre? Nei, da må jeg jo stille spørsmål, jeg kan ikke bare gi meg med ett forsøk hvis pasienten ikke svarer. Da kan en lett misforstå, da må jeg spørre litt videre.... Men det kan resultere i at pasienten kan bli irritert fordi jeg ikke oppfattet det i første omgang. Av og til går det an å stille direkte spørsmål om de vil ha fred. Og så må de selvsagt få fred hvis de vil ha fred, vi skal ikke provosere. Det kommer jo også an på hvordan man sier ting - . Sier jeg det på en litt sur måte, da er det liksom jeg som bryter av. Men det kan også være pasienten som bryter av. Jeg bør ikke gjøre det”.*

Disse skissene tar opp problematikken rundt det å vite når man skal stoppe opp og ikke gå videre i forhold til en pasient. I den første skissen ble uttrykket fra pasienten oppfattet som entydig fra sykepleieren. Hun oppfattet pasientens holdning som tverr og ikke interessert i å snakke om det aktuelle temaet. Her ser det ut som om sykepleieren er så sikker i sak at det er snakk om *“erfarenhetssetter som för oss gäller som säkra”* (Wittgenstein 1992, s.273). *“...till slut förlitar jag mig på dessa erfarenheter eller på rapporterna om dem, rätter uten skrupler mina egna handlingar därefter* (Wittgenstein 1992, s.603).

Sykepleieren stoler på disse erfaringene og bygger handlingene sine på at de er sikre eller riktige. Hun begynner i stedet å snakke om OL, å gå videre på temaet ville bare ødelegge.

I det andre tilfelle hvor uttrykket er taushet, sier sykepleieren at det er vanskelig. Tausheten kan i denne situasjonen tolkes på flere måter. Hun føler seg da tvunget til å gå videre, men ser samtidig at hun kan komme til å provosere pasienten, noe hun mener sykepleiere ikke skal.

Kanskje er det slik for sykepleierne at sensing i enkelte situasjoner vil kunne være så sikker og entydig at handlingen gir seg selv, mens man i andre situasjoner ikke har erfaringer som oppfattes som sikre å støtte seg til. I slike situasjoner må man gå videre, *da må jeg jo stille*

*spørsmål, jeg kan ikke bare gi meg med ett forsøk.* Sykepleieren er her inne på at måten man sier noe på kan spille inn for hvordan det blir oppfattet. Det snakkes om å si noe på en sur måte, noe som da vil bryte av. Jeg tenker at det er kommunikasjonen som her brytes av. I den første skissen berøres også dette, her sier pasienten noe på en tverr måte. Dette viser det de fleste av oss har erfart, at det alltid er noe “ved siden av”, som er med å gi et budskap en spesiell betydning eller mening. Wittgenstein kaller dette Unvägbar Evidenz og snakker om gester, stemmeleie, ansiktsuttrykk og kroppsholdning, det “uveielige” i situasjonen som gir ordene sin mening (Wittgenstein 1978, s.262). Det kunne tenkes at sykepleieren i slike tvilstilfeller hvor de føler de “må gå videre”, kan greie det uten å *bryte av* og uten at pasienten blir irritert ved å vektlegge en måte eller en form som kan virke åpnende.

### **”Å liste frem” hvordan pasienten har det**

Mange av sykepleierne er inne på at de i situasjoner fornemmer at *det er noe som ikke er helt slik som det skal være*, for pasienten. Det kan se ut til at det i kirurgiske avdelinger er vanlige observasjoner. De fleste pasienter har etter operasjoner ubehag av ulik art. Helt vanlig er det etter en operasjon å kjenne smerter og å være kvalm. Pasienter kan ellers være redd for at de ikke blir frisk igjen, eller de kan oppleve sorg fordi sykdommen for all fremtid vil gi tapt funksjon (eks. ved utleggelse av tarm eller amputasjon av ben) og slik føre til radikale endringer av livsførsel.

Av og til kan det være greit å stille direkte spørsmål til pasienten i slike situasjoner, men like ofte kan det være uklokt å gjøre det. Noen av sykepleierne er i samtalene inne på dette.

#### **Skisse 1**

*“Du blir jo en veldig god menneskekjenner da vet du. Hvis pasientene ikke snakker kan kroppsspråket vise tanker. Hvis for eksempel en pasient ligger der og ikke sier noe og gjemmer seg vekk, da er det noe som ikke er bra. Det kan være ubehag eller andre ting. Jeg er litt forsiktig da, prøver liksom å la pasienten få ro. For det tror jeg er litt viktig, for så å liste det frem etterhvert. Ikke gå for brått på. I alle fall når du har jobbet noen år, så har du endel*

*slike situasjoner som du bygger på. Du vet hvordan ..... ja du venter litt før du går inn og spør hva det er for noe. Ikke med en gang altså. Du går heller tilbake om en stund for å se om det er likedan. Er det det, kan du begynne litt.....”*

*“Det er jo noe med at du ikke skal krype helt under huden på dem heller da, sånn med en gang. Du må sense hvilke personer du har med å gjøre når de kommer inn. Jeg opplever at de kan bli fortrolige, men jeg er veldig var for å gå for tett innpå. Du må sense hvilket humør de er i den dagen”.*

## **Skisse 2**

*“Hvis en pasient er lei seg så behøver jeg ikke å kunne registrere det. Enkelte er sprudlende, eller er helt normal og kan allikevel være lei seg. Andre kan være lei seg og vise at de er lei seg. Så har du de som er så oppstemt at du ser at de er veldig nervøs eller frustrert over situasjonen. Men det er ikke bestandig at du greier å se det”.*

*De som viser det, hvordan viser de det, spør jeg. “Hvordan de er lei seg? Nei, de er lite pratsom og vil helst ligge. Alt blir et lite ork tror jeg, for de som er veldig lei seg.*

*Kroppsspråket deres viser at det er noe som kanskje ikke er helt som det skal være. Men det er sikkert mange reaksjoner som går oss hus forbi rett og slett. Selv om vi liksom skal kjenne mennesker etterhvert, så tror jeg at jeg aldri greier “å lese” alle mennesker. Det er mange som går ut og inn her uten at vi har kommet inn på dem i det hele tatt. Vi tror vi har fått det til og så ..... Det er mange pasienter vi liksom lurere på, lurere de oss nå? Det kan være noe vi aldri får svar på. Imidlertid må vi ta oss av det vi greier å se og gjøre noe med, og prøve å støtte.*

Disse skissene sier noe om at kroppsspråket kan vise om pasienten har det bra. I fortolkningen av ulike kroppsuttrykk er det tydeligvis ingen oppskrift eller regel å følge. En vanlig fortolkningsmåte kan i denne avdelingen se ut til å være at når pasienten glemmer seg vekk eller er lite pratsom og vil ligge, så er det noe som ikke er bra.

Når man som sykepleier opplever at noe ikke er bra for pasienten, går man sjelden rett på med et direkte spørsmål. Pasienten får ro, man venter litt for så kanskje å begynne litt forsiktig for å liste det frem etterhvert. Det kan se ut som om det er en lærdom å gå forsiktig frem og gi seg tid. Dette stemmer også med utsagnet om at å sense tar tid. På en måte prøver man om

uttrykket “står seg” over tid, om det er gjenkjennelig etter en stund. Da kan man eventuelt gå inn for å prøve å finne ut mer.

Sykepleieren i den siste skissen setter også fokus på hvor vanskelig relasjonen mellom det indre og det ytre kan være. Det er en stor variasjonsbredde når det gjelder uttrykk for å være lei seg. Ingen kan greie å lese alle mennesker. Her berøres også ekthet i uttrykk, sykepleieren lurert på om pasienten lurte henne. Man kan spørre seg om hva et “ekte” uttrykk for å være lei seg er. Eller rettene, hva godtar den enkelte sykepleier og miljøet som ekte uttrykk. I kirurgiske avdelinger blir det med ekte uttrykk kanskje enda mer synlig i forhold til smerteuttrykk som tidligere omtalt.

Ut fra mitt materiale kan det se ut som om det å sense bygger på at man får en “fornemmelse av noe”. Av og til bygger denne fornemmelsen på noe pasienten sier, men kanskje oftere bygger den på pasientens kroppslige uttrykk eller en kombinasjon av det verbale og det kroppslige. Ut fra disse skissene kan det se ut som om sykepleierne i slike situasjoner gir seg tid, de går ikke rett på. Man venter litt for så å prøve seg frem på eller liste det frem, det er viktig å se om uttrykket “står seg”.

Det kan videre se ut som om det innenfor dette praksisfeltet finnes vanlige fortolkningsmåter i forhold til observasjoner man gjør av ulike uttrykk. Her kan det se ut som om det å ville ligge og trekke dyna godt opp, blir fortolket til at det er noe som ikke er bra for pasienten, men det kommer også frem at det er mange og ulike uttrykk for det å være lei seg.

## **Å vite hvordan pasienten har det – sensing**

Jeg har prøvd med utgangspunkt i det empiriske materialet å vise frem hvordan sykepleiere bruker begrepet å sense i sin praksis. Skissene viser frem ulike situasjoner og forhold som sykepleiere senser i. Skal man ut fra dette materiale også si noe om hva det vil si å sense i sykepleien, må det kanskje være at å sense er et utforskningsarbeid. På en annen måte kan man kanskje si at man ved å sense beveger seg inn i et fortolkningsrom. Dette er et rom hvor det ikke er klokt, passende eller mulig å stille direkte spørsmål og få direkte svar. I dette rommet blir det derfor helt sentralt å tolke pasienters uttrykk, både verbale og kroppslige. Det

som ser ut til å være sentralt i dette utforskningsarbeidet er at den situasjonen uttrykket kommer frem i, blir betydningsfull for den mening det gis.

”Vad kan en sjuksyster veta?”, spør den svenske sykepleieren og filosofen Ullalina Lehtinen i en artikkel som diskuterer hva sykepleiere kan vite om andre menneskers fornemmelser og følelser. Hun er i artikkelen inne på at kunnskap om andre og oss selv lærer vi oss så å si ”unterwegs”, først gjennom oppvekst og oppdragelse, siden i alle de møter vi har med andre mennesker i de sosiale sammenhenger vi inngår i (Lehtinen, 1991).

Det er imidlertid ikke alltid like enkelt verken å være følsom eller å vite at man tolker de menneskelige uttrykk rett. Flere spørsmål reiser seg i dette feltet. Lehtinen deler dem inn i tre grupperinger.

- De som angår relasjonen mellom indre prosesser og ytre adferd.
- De som angår et uttrykks ”ekthet” - hvordan karakteriseres et ekte uttrykk
- De som tar for seg hvordan den verbale ytringens relasjon til de handlinger som aktørene utfører eller planlegger å utføre, er.

Mange av skissene berører relasjonen mellom indre prosesser og ytre adferd. Det er snakk om kroppsuttrykk som, alene eller sammen med verbale uttrykk i spesielle situasjoner, gir sykepleierne mer eller mindre sikker informasjon om indre prosesser. Det være seg tanker om sykdommen eller behandlingen, det å gi tillatelse til å gå inn i en privat og kanskje intim sfære eller rett og slett det å være lei seg.

Et uttrykks ektehet er også noen innom i skissene. Lurer pasientene oss, spiller de skuespill? Det kan være vanskelig å tolke uttrykk riktig fordi variasjonsbredden i menneskelige uttrykk er stor. De fleste sykepleierne lar også noe av det usikre i dette tolkningsarbeidet komme frem. Det kan ut fra noen skisser se ut som en metode eller arbeidsmåte er å gå stegvis frem for å kunne få mer og mer sikkerhet inn i tolkningsarbeidet. De lister seg frem, fisker ut og merker seg når vær varsom skiltet dukker opp. Dette berører nettopp Lehtinenes tredje spørsmålsgruppe, nemlig relasjonen mellom de verbale ytringer og de handlinger som planlegges og/eller utføres.

De fleste sykepleierne er inne på at i dette rommet finnes det ingen oppskrift å følge. Det er vanskelig i seg selv å ikke ha oppskrifter å følge, men innenfor sykepleievirksomheten kan dette kanskje være ekstra vanskelig. Virksomheter har tradisjonelt sett inneholdt mange prosedyrer, regimer og rutiner og slik er det fortsatt og kanskje spesielt i denne type praksisfelt. Her finns utallige prosedyrer for sykepleie før operasjoner og regimer for forløpet etter operasjoner. Sykepleierne er vant til ulike oppskrifter som styrer handlinger og aktiviteter. Det å sense blir opp i dette en annen og kanskje usikker måte å måtte forholde seg på. Her er det snakk om å føle seg frem og å fornemme. Tenkningen blir her annerledes enn å skulle følge oppskrifter.

Til tross for at dette kan være usikkert og vanskelig, ser det ut til at man likevel ikke famler i blinde. Mange av sykepleierne er inne på at denne type kunnskap, som flere her også benevner som menneskekunnskap, kommer underveis med erfaring. Noen av erfaringene oppfattes selv i dette usikre rommet som helt sikre slik at handlingene gir seg selv. Det er kanskje i de tilfeller hvor man har mange lignende situasjoner med seg, eller som Lehtinen uttrykker det "*from hundreds of Cases*" (1991, s.26). Det kan også se ut som det finnes vanlige fortolkningsmåter som oppleves som mer eller mindre sikre for den enkelte. Slik kan man få en forståelse av at dette tolkningsarbeidet også er "litt" institusjonalisert. Det å dele en praksis eller en virksomhet slik som sykepleiere innenfor et felt gjør, vil kunne skape et felles erfaringsområde som igjen gir et fellesskap i måter å sense og tolke på. Selv om dette blir vanlige fortolkningsmåter, oppfatter jeg det som grunnleggende annerledes enn oppskrifter.

Sykepleierne er forbundet med pasientene i et ansvar for å sense eller føle seg frem, for å finne ut hvordan pasientene har det i sin sykdomssituasjon. Her er det pasientens befinnende som er i fokus. Hvordan befinner pasienten seg med sin sykdom og lidelse. Hva kan ytre adferd fortelle om "befindtlighet", eller den stemning pasienten er i. Jeg har tidligere vært inne på at å sense er å være i et utforsknings – eller fortolkningsrom. Der finnes ingen oppskrifter å følge, man må føle seg frem og fornemme skritt for skritt hva som er en rett "avsløring", for slik å kunne hjelpe pasienten på en god måte. Det er her snakk om kroppens villighet og kroppens spenning. Utforskningen av hvordan pasienten har det, eller befinner seg, omfatter i stor grad pasientens egne reaksjoner og opplevelse av sin tilstand. Her viser også sykepleierne frem en skrittvis systematisk fortolkningsprosess. Ved hjelp av sanselig følsomhet føler de seg, som oftest, forsiktig frem for å utforske hvordan pasienten har det.

Mange av dem viser frem ”metoder” for hvordan de lister ut eller fisker frem pasientens synspunkter. Også i dette rommet finnes institusjonerte fortolkningsmåter som regnes som erfaringsmessig sikre, men i mange situasjoner må man prøve seg frem og gi seg tid for å gi uttrykket en sykepleiefaglig mening. Dette kan sies å være en forstående måte å være på eller befinne seg i som sykepleier. De vil på best mulig måte forstå hvordan pasientene har det, og slik finne ut av pasientens ”befindtlichkeit” (Heidegger, 1993). Denne utforskningskunnskapen blir viktig for å være til hjelp for pasienten.

Noe forstår vi sanselig uten ord, og noe forstår vi språklig på sansningens vilkår, sier Martinsen (1993). Sykepleierne snakker i det å sense om viktigheten av å føle seg frem og ha antenner for. Å sense tar tid, sier en av sykepleierne. Det å være følsom og å kunne tolke menneskelige uttrykk gjennom en kanskje tidkrevende fortolkningsprosess, ser ut til for sykepleierne å ligge i en yrkesmessig selvforståelse. Det er sykepleiernes ansvar å finne ut hvordan pasienten befinner seg. I enkelte situasjoner er dette lett og kommer av seg selv. I andre situasjoner må det listes ut eller fiskes frem.

Dette er kunnskapsdimensjoner det kan være vanskelig å verbalisere. Som Martinsen sier det, forstår vi noe sanselig uten ord. Dette kan i en språkdrakt sies å være en taus kunnskap. I en annen forståelse vil det ikke betegnes som taust, men som innforstått i en livsform. Situasjonen ulike uttrykk sanses og senses i, blir betydningsfull for den mening de gies.

Noe av det sentrale i denne kunnskapsdimensjonen er bevegeligheten. Mer faste teoretiske redskaper er nødvendig, men i de ulike praksissituasjoner vil det kontekstuelle og slik det bevegelige være av avgjørende betydning. Slik sett kan denne dimensjonen også benevnes som ”øyeblikkets kunnskap”. Den må realiseres der og da, i den bestemte situasjonen, gjennom ord og handling.

## 11. En bevegelig handlingskunnskap

Det empiriske materialet er varierte eksempler på en levende og bevegelig sykepleiekunnskap. Forståelsen av de fire hovedemnene fra empirien som kunnskap, mener jeg best blir synlig i skissene som beskriver ulike sykepleiesituasjoner. Denne sammenflettede kunnskapen kan lett bli noe annet hvis man trekker den ut av situasjonene den hører til i. Det tautologe landskap er nødvendig for å gi kunnskapen identitet og mening. Tar man dette bort, kan man bli stående igjen med kun mekaniske eller instrumentelle beskrivelser.

De to kunnskapsdimensjonene som jeg ved hjelp av mine teoretiske perspektiver har fokusert på, er en *væredimensjon* og en handlings- eller *gjøredimensjon*. De er sammenflettet og kan ikke sees som isolerte fenomener. Praksiskunnskapen som bevegelig handlingskunnskap, forutsetter en tilstedeværelse som innbefatter å være og å gjøre samtidig. I sykepleiepraksis er det i første omgang lettest å feste seg ved *gjøredimensjonen*. Det fokuseres ofte på det sykepleierne gjør. I mange sammenhenger har det blitt sett som et uttrykk for hva sykepleie er. Dimensjonen ”å være sykepleier”, eller mer generelt å være yrkesutøver, kan lett bli oversett. Det er denne dimensjonen Heidegger har gitt meg inspirasjon til å stoppe ved og studere videre; det å være sykepleier i en sykepleieverden.

### Væredimensjonen

Sykepleie er et yrke som tradisjonelt har rommet noe av denne væredimensjonen. Helt tilbake i diakonissetradisjonen var begrepet kall et levende begrep. Unge kvinner ble kallet til å bli sykepleiere og mange så det som et kall fra Gud. De ville tjene Gud gjennom å tjene medmennesker, i dette tilfelle syke og lidende. Tjeneste for andre og nestekjærighet er begreper som har hatt stor betydning i denne tradisjonen (Martinsen 1984). Disse begrepene rommer noe mer enn bare å gjøre.

I dag har ikke disse begrepene en så naturlig plass i sykepleielitteraturen. Imidlertid finner jeg i mitt materiale at sykepleierne har en måte å befinne seg på som svarer til noe av innholdet i disse begrepene. Det kan se ut som om de ønsker nære øyeblikk hvor de er forbundet med



pasienten og hvor de får et gjensvar fra pasienten som gir en bekreftelse eller en stemning som sier dem at de er ”egentlige” sykepleiere. I dette ligger at de i sin forbundethet med pasienter kjenner at de er til hjelp, at de når frem og at de på en måte ”tjener pasienten”. Dette er øyeblikk eller stemninger som enkelte sykepleiere regelmessig kan være i, gjennom en yrkespraksis, mens det for andre kan være sjeldne øyeblikk. Det ser ut til å være en god eller en egentlig måte å befinne seg på, forstå på og uttrykke seg selv på, i sin yrkespraksis. Slike øyeblikk oppleves bare *når man er tilstede der man er*, som en av sykepleierne uttrykker det.

Heidegger viser hvordan strukturene befindlighet og forståelse henger sammen og har betydning for forståelsen av egen eksistens og sammenhengen man er i. Dette blir et viktig poeng for meg i min forståelse av en væredimensjon i sykepleiekunnskapen. Ut fra empirien har jeg benevnt innholdet i denne dimensjonen som; *å være forbundet og å være forstående*. Det å være forbundet kan innebære å la seg forbinde med pasienter gjennom kjennskap og medlevelse. Viktig kan det også være å være forbundet med pasienter gjennom å ta ansvar for å være seende og sensende som sykepleier. Dette kan igjen ha sitt utgangspunkt i å ta ansvar for sin egen sykepleieeksistens. Gode øyeblikk av forbundethet og samhørighet er kanskje noe sykepleiere gir seg selv eller prøver å oppnå for å kunne fortsette sin sykepleiereksistens. Den forstående dimensjonen har mye med en sammenhengsforståelse og slik en yrkesmessig selvforståelse å gjøre. I en slik yrkesmessig forståelse vil det ligge dimensjoner både av å forstå seg selv og av å forstå pasienter.

### **Å være forbundet**

Sykepleierne i min studie kommer inn på en væredimensjon i ulike sammenhenger. De nevner det i å bli kjent med pasienter, og de viser følelsesmessig engasjement i det å leve med pasienter. De har ondt av, vil trøste og bry seg om. Dette vitner om en følelsesmessig måte å være forbundet med pasienter på. Selv om fokuset er borte fra dem selv og på pasientene, er det i disse situasjonene ikke langt borte.

Heideggers struktur befindtlighet, har med hvilken stemning man befinner seg i, i ulike situasjoner. Det å befinne seg i en stemning innbefatter for meg en sanselig og slik kroppslig tilstedeværelse. Denne stemningen blir også omtalt som følelsen av ”hvordan man har det”. Det er vanskelig å få tak i hvordan stemningen oppstår, den kommer verken utenfra eller

innenfra, men stiger opp som en måte å være i verden på (Heidegger 1993). Når sykepleieren er sammen med sine pasienter, er hun alltid forbundet med dem i en eller annen stemning. Selv snakker sykepleierne ikke så mye om hvordan de har det. Likevel berøres denne dimensjonen gjennom utsagn som; *jeg følte at jeg ikke strakk til* eller *den pasienten nådde jeg ikke frem til*. Det kan se ut som om sykepleierne ikke har noen tradisjon for å fokusere på hvordan de selv har det i sin yrkesfunksjon. Da tenker jeg her på hvordan de befinner seg i forhold til ulike pasienter. Det ser ut som om de er rettet inn mot å ha fokus på hvordan pasientene har det. I de ulike skissene mener jeg likevel å kunne se en dimensjon som går på å ville "være noe(n)" for pasienten. Jeg kommer ikke nærmere denne dimensjonen enn at sykepleierne har noen tanker de omtaler som det å være egentlige sykepleiere. Det ser ut som de har et bilde av en tilstedeværelse for pasienter som innbefatter noe nært og fortrolig, kanskje til og med en slags samhørighet. De bruker også betegnelser som *å føle at de virkelig er til hjelp* eller *og at de virkelig når inn* til pasienten. Det kan med andre ord sies å ha noe med måten å være forbundet på i en sykepleier – pasientsituasjon.

Hvordan sykepleieren er forbundet med eller er tilstede i forhold til å kjenne pasienter og å leve med i pasienters liv, vil ligge i dimensjonen nærhet/anonymitet. På en måte kan man ut fra dette si at sykepleiere må "føle på kroppen" hvor i denne dimensjonen det kjennes rett å være i forhold til ulike pasienter. Det å føle noe på kroppen, som et dagligdags uttrykk, innbefatter nettopp det å finne ut hvordan man har det med seg selv i situasjonen. Noe som igjen forutsetter at man i de daglige aktivitetene ikke bare kan handle eller gjøre, men også å være, her å være forbundet. Kanskje er det noe av dette sykepleierne er inne på når de sier at det det kommer an på; *er å være tilstede der man er*, altså å befinne seg tilstedeværende både fysisk, mentalt og følelsesmessig.

I en av skissene som handler om å se pasienten, snakker sykepleieren om det *man bare må se* som sykepleier. Dette kan forstås som at man som sykepleier har, og tar, et ansvar for å befinne seg som seende. I enkelte situasjoner kan det få katastrofale følger for pasienten hvis sykepleieren ikke ser. Jeg har tidligere utdypet at det å se i en sykepleiesammenheng ut fra min empiri, vil innbefatte å bruke hele sanseapparatet. Både det å se og det å sense vil innbefatte å være sanselig tilstede for å finne ut av hvordan pasienten befinner seg.

Sykepleie blir i mange sammenhenger definert innunder begrepet omsorg. Slike omsorgsbeskrivelser inneholder ofte det sykepleiere gjør for og sammen med pasienter, og ut fra Heidegger må det også være slik, *det må i enhver situasjon også dreie seg om å gjøre..* (Fløystad 1993, s.200). I den relasjonelle praksis som sykepleie er, er det likevel rart at det ikke er fokusert mer på hvordan sykepleieren befinner seg i situasjonen. Det kan ha en historisk forklaring fra den tiden sykepleiere ikke skulle være verken privat eller personlig i sin omgang med pasientene.<sup>30</sup> I de senere år er det imidlertid i utdanningen av sykepleiere blitt fokusert mer på hvordan studentene har det, både gjennom etablering av veiledningsgrupper og ved å ta i bruk mer konfluente metoder i undervisningen.

Den menneskelige væremåte er primært brukende i sin omgang med ting, det vil si at ting for mennesker er til noe. Vi mennesker ser primært på ting som bruksting, og en bruksting viser hen til en annen ting som i sin tur viser hen til en tredje (blyanten til papiret, papiret til brevet etc.). For å kunne bruke ting på en relevant måte, må vi på forhånd være fortrolig med en sammenheng som betinger bruksforståelsen. Sykepleieren må for å se på tingene eller redskapene i ulike situasjoner som relevante, kunne bruke dem på en relevant måte. I dette ligger en forbundethet med ting og redskaper. I sykepleiepraksis er sykepleierne forbundet med tingene rundt seg gjennom at de er avhengig av dem for å kunne gi hjelp og omsorg. Gjennom en praktisk omgang med ting blir ens tilværelse derfor en medtilværelse med andre mennesker. For sykepleieren blir bruken av ulike redskaper en nødvendighet i medtilværelsen med pasienter og kolleger. Det å kunne bruke ting blir i Heideggers betydning et sosialt fenomen, det blir noe som forekommer ”i den offentlige verden” (Heidegger 1993, s.100).

Jeg har tidligere vært inne på sykepleiernes utsagn omkring å være egentlig sykepleier, å gjøre det de egentlig skal gjøre, å gjøre noe skikkelig og ikke bare halvveis. Heidegger snakker om at mennesket i sin daglige væremåte er forfalt. Hans forståelse av det er at vi er forfalt bort fra oss selv og til tingene. I følge sykepleierne er en god og egentlig måte å befinne seg på, en stemning av forbundethet med pasientene. En forbundethet eller et nærvær hvor sykepleieren er både sansende og sensende, kjennende og medlevende. Jeg mener disse strukturene er grunnleggende for å ”være egentlig sykepleier”. Heidegger minner oss om at vi ofte i det daglige livet forfaller til en uegentlig væremåte. Det kan forstås som at vi som mennesker

---

<sup>30</sup> Fra intervju med sykepleierne Kitty Dahl og Ruth Petersen, utdannet henholdsvis i 1948 og 1951.

ikke har mulighet til å være forbundet og medlevende med andre mennesker kontinuerlig. Vi må så å si ha ”pauser” fra en slik ”være-egentlig” væremåte. Vi må, som Heidegger sier; avlaste oss selv for ansvaret for oss selv og andre (Heidegger 1993).

Kanskje er en viktig kunnskapsdimensjon i dette det å vite at man også i sin yrkespraksis, som innbefatter samhandling med andre mennesker, er både egentlig og uegentlig. Det å kjenne til øyeblikk eller stemninger av forbundethet og medlevelse mener jeg da blir viktig kunnskap i dette. Det å ha vært i slike stemninger og ønske seg tilbake er kanskje forutsetningen for å utvikle en slik kunnskap. Denne værekunnskapen har slik et sterkt emosjonelt preg og også et erkjennelsesmessig preg. For sykepleieren må også ha kunnskap om at det å kontinuerlig være i disse øyeblikkene, er en menneskelig umulighet. De er ikke dermed ”dårlige” sykepleiere som utfører ”dårlig” sykepleie. Erkjennelsen om at man faller ut av sitt egentlige ansvar og forbundetheten med pasienter er derimot helt sentralt i denne dimensjonen. Dette er en dimensjon ved denne kunnskapen som jeg ser på som en erfaringsbasert utviklingskunnskap.

Jeg tror sykepleiere kan være egentlig og uegentlig både i en nær og i en anonym posisjon i forhold til pasienter. De kan være tilstede på en nær måte, eller de kan være tilstede på en anonym måte. Begge måter å være forbundet med pasienter på kan være egentlige ut fra ulike relasjoner og situasjoner. Slik sett kan denne kunnskapsdimensjonen kanskje sies å inneholde to aspekt. For det første må sykepleierne ”trene” seg opp til å vite gjennom å kjenne etter når de er egentlig og når de er uegentlig. Dernest må de i konkrete situasjoner viljemessig styre seg inn mot en egentlig sykepleieværemåte. Dette innbefatter en etisk dimensjon hvor man stadig kjemper for å være i sitt ansvar som sykepleier ved å vise omsorg og å gi hjelp. Av og til kan dette imidlertid være en umulighet som man også må kunne godta. Kanskje var dette tilfelle i de situasjonene sykepleieren valgte å ikke bli mer kjent med pasientene.

### **Å være forstående**

Nært knyttet til strukturen befindlighet hos Heidegger er strukturen forståelse. Man befinner seg forstående i verden, og sykepleierne befinner seg forstående i en sykepleieverden. Det er to forhold jeg ut fra mine data vil trekke frem som viktige i forhold til å befinne seg forstående. Sykepleierne forstår *ulike pasienters situasjon* under sykdom og lidelse, og de forstår seg selv og sin rolle i ulike situasjoner, altså *en yrkesmessig selvforståelse*.

Noen av skissene viser frem forståelsens mulighetskarakter på en tydelig måte. I en skisse går sykepleieren inn for å stelle en pasient som ligger i dyp søvn. Hun går da umiddelbart ut igjen uten å vekke pasienten. *Alle som sover har min fulle forståelse, jeg synes det er litt brutalt å ta folk ut av den dypeste søvnen og liksom ruske dem opp å si at nå skal du stelle deg.* Det forståelsesutkastet som legges til grunn her, er at alle som sover har det godt, eller at når man sover skal man ikke ruskes ut av søvnen. I et slikt forståelsesutkast ligger også en sammenhengsforståelse av at pasienten trenger søvn, at det er godt og viktig for pasienten å få sove og hvile seg og slik samle krefter for å komme til hektene og bli frisk. En annen sammenhengsforståelse kunne vært at denne pasienten snudde døgnet, sov om dagen, var våken om natta og at pasienten hadde et stort behov for å komme seg opp av senga og i aktivitet. Eller også at sykepleierens arbeidsdag var så travel at hun ikke kunne la stellet av pasienten vente. Mulighetene kan være mange, og sykepleieren prøver seg frem med et utkast ut fra sin forståelse av den situasjonen pasienten er i. I en sammenhengsforståelse i sykepleie, spiller både kjennskapet til pasienten inn og det å leve med i pasientens liv. Sykepleierens erfaringer, tanker og følelser er samlet i en sammenhengsforståelse.

En sammenhengsforståelse kan sees i sammenheng med Wittgensteins begreper språkspill og livsform. Tenkningen ut fra disse begrepene skal få oss til å forstå at ulike språkspill har gyldighet i ulike sammenhenger eller situasjoner. Livsformen som gir identitet til språkspillet kan nettopp være sykepleieres forståelse av sykepleie, det vil si sin rolle eller funksjon i utøvelsen av sykepleie. Et språkspill kan sees som et forståelsesutkast. Opplever man at det ikke har gyldighet i situasjonen, må man prøve seg frem med et nytt. Forståelsens mulighetsutkast vil slik hver gang utgjøre en måte å være på, her i dette prosjektet en måte å være sykepleier på.

Å se og sense pasienter er viktige områder i forståelsen av pasienters tilstand. Det å forstå en pasients tilstand er å forstå den i en bestemt kontekst. Det kan se ut som om sykepleierne bruker tid på sine forståelsesutkast. De *lister frem* noe eller *de fisker ut* hvordan pasienter har det. Dette er en annen måte å forstå på enn å betrakte og konstatere. Det er en annen deltakelse og tilstedeværelse i en slik forståelsesmåte. Når Heidegger sier at forståelsen aldri mister sin mulighetskarakter, kan dette forstås som at det ligger mulighet både for fortolkning og refortolkning. (Heidegger 1993). Her kommer bevegeligheten i denne kunnskapsdimensjonen tydelig frem. Sykepleierne forstår ikke en gang for alle. De forstår

mer eller mindre i ulike pasientsituasjoner. Heidegger sier også at vår forståelse er vår væremåte. Den vil alltid kunne være både tildekkende og avdekkende. Det vi forstår vil være avdekket på en bestemt måte for oss. En slik avdekking vil på samme tid tildekke eller avsperre andre måter å forstå på. Det å forstå i sin helhet, eller i og for seg, gir ut fra dette ingen umiddelbar mening (Fløystad 1993). Jeg mener også skissene gir eksempler på prosesser for å forstå stadig mer av pasienters situasjoner og lidelser.

Jeg har tidligere vært inne på at det i følge Heidegger er en nær sammenheng mellom et menneskes selvforståelse og dets forståelse av verden, vi forstår det som er relevant for oss i situasjonen. *”Å ha et yrke innebærer generelt en yrkesmessig selvforståelse, og forståelse av de relevante tingene på den relevante måten”* (Fløystad 1993, s.93).

Ut fra dette vil sykepleierne forstå både sin egen og pasienters situasjoner på en yrkesmessig relevant måte. Sammenhengen er her sykepleie, og fenomenene blir forstått i en sykepleiesammenheng.

I følge Heidegger vil forståelsen aldri være forutsetningsløs. I og med at man befinner seg i en sammenheng, er det også avgjort hvilke begreper eller aspekter som er relevante.

Sykepleierne har slik med seg både sin fortid og fremtid i sin nåtid. De bringer sin fortid inn i nåtiden gjennom sine tidligere erfaringer og kunnskaper, og de bringer inn fremtidsbilder. Tidligere erfaringer og kunnskaper blir slik en forutsetning for det som forstås i den nåtidige situasjonen, *”hele livet må være samlet i hvert av dets øyeblikk”*, (Fløystad, 1993 s.106). I utleggingen av forståelsen i den hermeneutiske sirkel sies det at enhver forståelse er betinget av at noe er forutforstått. Som en del av det nødvendige forutforståtte, vil det hos sykepleieren ligge både faste teorikunnskaper og kunnskaper av annet slag. Slik blir en helhetsmessig kontekstuell forutforståelse nødvendig for delforståelsen.

All forståelse og all sansning skjer også i siste instans ut fra en stemning (Fløystad, 1993). Slik sett vil hvordan man har det som sykepleier virke inn på det man sanser og forstår av pasientens tilstand og situasjon.

Det sykepleierne sanser og senser i sin væremåte som sykepleier, vil i henhold til dette være avhengig av en god og relevant helhetsforståelse av sykepleievirksomheten. De enkelte delene

vil i lys av helhetsforståelsen kunne forstås rett, og den enkelte delforståelse vil i sin tur kunne påvirke helhetsforståelsen.

Det å være sykepleier blir ut fra dette en forbundethet og en forståelse med en verden som består av ting, redskaper og andre mennesker. I en slik forbundethet og forståelse ligger kunnskaper om å være sykepleier og kunnskaper om å gjøre sykepleie. Gjennom å omgås kolleger og i bruken av ting og redskaper, vinnes en fortrolighet med den verden man er en del av. Det å kunne sykepleie er slik både betingende og betinger en fortrolighet med sykepleierverdenen. En slik fortrolighet vokser først og fremst frem gjennom førstehåndserfaring med denne verdenen, men også gjennom en forutforståthet bygd på teori om denne verdenen og eventuelt andres erfaringer fra sykepleieverdenen. Ut fra dette vil det å kunne sykepleie stå og falle med sammenhengsforståelsen eller forståelsen av livsformen sykepleie, og det å inngå i en forbundethet med denne verdenen. Dette kan med andre ord uttrykkes gjennom at sykepleierne må vite *hvem de er* når *de gjør* sykepleie.

## **Gjøredimensjonen**

En samtidighet i å *være* og å *gjøre*, er grunnlaget for den praktiske sykepleiekunnskapen. Selvforståelsen må i hver pasientrelasjon være tilstede og blir grunnlaget for en forhandling om eller en avpassing av forholdet til pasienten. Pasientforståelsen må utforskes på nytt og på nytt for å bli mer relevant i sammenhengen. Viktige strukturtrekk i en sykepleiefaglig sammenhengsforståelse vil ut fra min empiri være; å kjenne pasienter, å leve med i pasienters liv, å se pasienter og å sense hvordan pasienter har det. Disse strukturene vil peke tilbake både på en *gjøredimensjon* og en *væredimensjon*. Sykepleieren er kjennende når hun blir kjent med pasienter, hun er medlevende når hun lever med og involverer seg med pasienter og sende og sensende når hun ser eller sanser pasienten og senser hvordan pasienten har det.

Jeg har tidligere gitt innhold til begrepet språkspill ved å bruke Wittgensteins eget eksempel om murerarbeid og videre anvendt begrepet på sykepleiepraksis. I begge forhold er begrepet brukt om arbeidsvirksomheter. Til disse virksomhetene hører en opplæring/innføring eller utdanning, og vil slik dreie seg om en avgrenset del av livet, arbeidslivet. Ut fra et slikt resonnement kan man tenke seg at vi som mennesker tilhører ulike livsformer som vi “går inn

og ut av”. På denne måten kan man se på Wittgensteins livsformsbegrep som hans forståelse for et begrep om kultur. Kulturbegrepet blir brukt i ulike sammenhenger og på ulike nivå (kultur, arbeidskultur, bygdekultur etc.).

Språkspillbegrepet åpner opp for en forståelse av språk som et vidt begrep og med ulike artikulasjonsmodi. Empirien om sykepleiernes praksiskunnskaper viser frem at kunnskapene viser seg både gjennom ord og handlinger. I min sammenheng vil det si at handlinger i like stor grad som ord viser frem sykepleiernes praksiskunnskaper. Et annet trekk ved begrepet språkspill er at det konstituerer en verden av de som er innenfor og en verden av de som er utenfor. Er man innenfor, forstår man det som foregår og ordbruk og handlinger blir synlige og får identitet. Er man utenfor, kan handlingene og ordene bli tause og uforståelige. Slik sett kan man også si at språkspillbegrepet går bakenfor begrepet taus kunnskap, som har vært mye brukt i diskusjoner om yrkeskunnskap.

Begrepet taus kunnskap, slik det har vært brukt i debatten om sykepleiernes kunnskaper, har åpnet opp for at det finnes kunnskaper i denne praksisen som det ikke er så lett å sette ord på. Etter hvert kan man kanskje si at begrepet har fått en nesten ideologisk funksjon eller i hvert fall en manipulativ funksjon, brukt i settinger som; vi sykepleiere har taus kunnskap. Å påberope seg å ha taus kunnskap er slik sett bare å anvende et uttrykk, man viser ingen kunnskaper ved det. Hvis begrepet blir brukt som merkelapp uten at det gies mer konkret innhold, kan det brukes manipulerende. Det kan da også fungere som lukkende på en debatt, man tror man har fanget inn kunnskapen gjennom å ha funnet et navn for den.

Jeg vil i fortsettelsen her utdype *gjøredimensjonen* ved sykepleieres praksiskunnskaper slik den ut fra mitt materiale viser seg. Først tar jeg for meg den dimensjonen som knytter seg til å kjenne pasienter og å leve med i pasienters liv. Begge disse områdene kan sies å gå på dimensjonen nærhet/anonymitet.<sup>31</sup> Tidligere i prosessen har jeg brukt begrepsparene nærhet/distanse og involvering/tilbakeholdenhet for å si noe om det rommet disse språkspillene spilles i.

---

<sup>31</sup> Begrepene er hentet fra Ingunn Elstad i boken Et kvinnefag i modernisering.



Sykepleiernes aktiviteter innenfor denne dimensjonen vil alltid utspilles sammen med pasienter. Mye av pleiepraksisen er preget av en samtidighet av det nære og det anonyme. Overfor den syke kan pleieren være både den anonyme søster og den personlige navngitte søster. Sosiologen Album bruker begrepet 'nære fremmede' om pasientfelleskapet i sykehusavdelinger (Album 1996). Det å både skulle være anonym og nær samtidig vil være å manøvrere i et elastisk rom med fleksible grenser. Man skal være nær, men ikke for nær, man skal involvere seg, men ikke for mye, man skal bry seg men også legge fra seg, man skal være personlig, men også profesjonell. I enkelte situasjoner kan man som sykepleier være navnløs, historieløs og uniformert, mens man i andre situasjoner trer ut av det uniformerte og er nær og personlig (Elstad 1995). Jeg mener kunnskapen her ligger i å vurdere de fleksible grensene i dette rommet. Når og hvor nær skal man være? Når og hvor saklig eller profesjonell skal man være? Dette kan sammenlignes med å gå inn og ut av ulike språkspill med fortrolighet, eller det å pendle mellom ulike "verdener". Det krever en omkobling i forhold til hva som er gyldig eller gir identitet og mening til de ulike språkspillene.

Denne kunnskapen er en bevegelig kunnskap som kommer frem gjennom en *avpassing* i dette rommet. Sykepleierne avpasser gjennom kjennskap og medlevelse med pasienter, og sikkert også gjennom andre språkspill, grensene i den enkelte relasjon. Det kreves elastisitet, åpenhet og også kreativitet av sykepleierne, å finne ut hva som er mulig i situasjonen. De prøver seg gjerne frem med ulike språkspill som også kan krysse hverandre. Denne kunnskapen preges også av å måtte gjøre flere ting samtidig, eller sagt på en annen måte; å alltid måtte gjøre "noe ved siden av". Det er en samtidighet i denne kunnskapsdimensjonen, som sykepleierne må kunne håndtere.

Kunnskapsdimensjonene å se og å sense pasienter, peker kanskje enda mer i retning av å *oppdage* det mulige i pasienters situasjoner. Gjennom handling og ord ser og senser man hvordan pasientens tilstand er og hvordan pasienten har det. Sykepleierne utfører ulike handlinger og aktiviteter og viser gjennom det sin forståelse for og sin hjelp til pasienten, *da sluttet jeg å spørre mer om han ville hjem og snakket i stede om De Olympiske Lekene*. Dette er en oppdagende måte å handle på, som er forsiktig og skrittvis. Sykepleierne prøver seg frem for å finne de gode handlingene som tar vare på mulighetene i situasjonen. Ofte kan denne skrittvis prøvingen fortone seg som en prøving mellom muligheter og risikoer. Gjennom trenede blikk, ser det likevel ut som om risikoer kan elimineres. Trenede blikk

fokuserer på de relevante aspekter i situasjonen hurtigere enn utrenede blikk, ”*dette har med trening å gjøre*”. Jeg mener også å kunne spore en metodisk fremgangsmåte gjennom beskrivelser av hvordan sykepleierne *fisker ut* og *lister frem* hvordan pasienten har det, hva han tenker og mener i situasjonen. Samtidig som metoden er skrittvis og forsiktig, er den også fremadrettet. Sykepleierne prøver å ligge foran det som skjer med pasienten. De tenker seg en mulig fremtid for pasienten, det kan dreie seg om noen dagers fremtid, år eller et helt liv.

De viktigste elementene i denne kunnskapsdimensjonen kan sies å være; *avpassing og utforskning/oppdaging*. En avpassing og oppdaging som kommer til syne mest gjennom det sykepleierne gjør og ikke så mye gjennom ordene som brukes. Det å avpasse og å utforske vil oftest skje i samhandling med pasienter og pårørende. Denne kunnskapen er derfor noe sykepleierne har, eller kanskje er det riktigere å si at de har ”redskapene” i seg. Kunnskapen blir det som avpasses og oppdages i den enkelte situasjon. Sykepleierne sier dette har med trening og erfaring å gjøre. Kanskje går det an å tenke at det her også kan finnes metoder som er ”trenet frem” og erfart av sykepleiere og som gjennom eksempler og eventuelt annen verbalisering kan overføres til andre. Det kan hende det her ligger potensialer for mer systematisk utvikling av en handlingskunnskap som nå kan være overlatt til tilfeldig personlig utvikling og i enkelte sammenhenger også blir definert som personlige egenskaper.

Jeg har tidligere sagt at man hos Wittgenstein ikke finner noen samlet utlegning om kunnskap. Dette var vel heller ikke noe sentralt område for hans filosofi. Imidlertid sies det at han i de siste leveårene skrev og var opptatt av *hva man med sikkerhet kan vite* (Svensson 1992). Imidlertid er hans syn på sammenhengen mellom språk og virkelighet, vist gjennom begrepet språkspill, brukt av senere filosofer og kunnskapsteoretikere i diskusjoner om kunnskapsbegrepet og den tause dimensjonen ved kunnskap (Nordenstam 1983a og b, Johannessen 1988, 1999, Josefson 1991, Molander 1993). Det er også dette begrepet, sammen med begrepet om livsform, som jeg har tatt i bruk her.

Det Wittgenstein fremholder er at handlinger er bærere av tanker og tro. Han henviser til Goethes Faust og uttrykker; i begynnelsen var handlingen (Wittgenstein 1989, 1992). I hans filosofering omkring hva vi kan vite med visshet, sier han at erfaringsdommer spiller en vel så avgjørende rolle som logiske slutninger. Dette kan forstås som at våre handlinger, som altså er fra begynnelsen (menneskenes første aktivitet), er bygd på en type visshet som ikke logisk

lar seg begrunne, den er av et annet slag. Den bygger på en annen type kunnskap eller visshet, og vår erfaring begrunner den for oss. Bare det praktiske livet viser holdbarheten av denne vissheten som vi bygger våre handlinger på. Ut fra en slik tenkning vil handlinger kunne vise frem tenkning og antagelser om verden, og slik kunnskap om verden.

Sykepleierhandlinger vil vise frem sykepleieres tenkning og antagelser, og handlinger vil her være både verbalspråklige og aktiviteter uten ord. Det vil her være snakk om det sykepleieren vet og kan. Denne kunnskapen vil inkludere visse legemlige ferdigheter, og den vil være knyttet til en horisont av mangfoldige handlemåter og enkelttilfeller.

*”Jeg ved alt det. Og det vil vise sig i min handlemåde og i min omtale af de pågjældende ting”* (Wittgenstein 1989, §395). I sykepleie vil kunnskaper vise seg i handlemåter og måter å omtale forhold på. Med Wittgensteins tenkning kan man legge handlinger til grunn for kunnskap, eller som Molander sier; sentrum for kunnskapen er handlinger (Molander 1993). Dette bryter med en tro på at man kun har kunnskap hvis man kan utrykke den verbalt.

Et annet viktig poeng i Wittgensteins tenkning i forhold til kunnskap er hans livsformsbegrep. Jeg har tidligere vært inne på at et menneskes posisjon i forhold til en livsform vil avgjøre hva som er synlig og forståelig av en handling og hva som er usynlig og eventuelt uforståelig. I forhold til sykepleie betyr dette at en nybegynner må sosialiseres eller vokse inn i livsformen sykepleiepraksis for å forstå og fungere i den. Ved å delta i sykepleiepraksis vil de etter hvert forstå hva som er verd å vite, kunne og gjøre.

Å vokse seg inn i kulturelle praksiser på denne måten vil innebære å kunne handle innenfor anerkjente normer og å se likheter mellom sammenlignbare fenomener og situasjoner. Kunnskaper innenfor et praksisfelleskap blir på denne måten også en kollektiv kunnskap. Livsformen skaper et logisk rom som gir mening og identitet til den virksomheten som foregår der. Meningsinnholdet i å stryke en pasient over kinnet blir slik et annet enn om sykepleieren hjemme stryker kjæresten over kinnet. Hva som er tillatt eller akseptabel handling innenfor en livsform, vil blant annet avhenge av den historie og tradisjon livsformen har som samfunnsinstitusjon.

Hva så om en virksomhetskulturs verdier og normer ikke er gode i etisk forstand?

Wittgenstein er inne på at språkspill endres når livsformer endres, men sier ikke mer om mekanismer ved slike endringer. Dette gjør at det i forhold til sykepleiepraksis blir viktig å se på hans begreper som skisser og rammer. I sykepleiepraksis finnes daglige etiske dilemmaer. Sykepleierne leter seg frem etter de best mulige handlinger i situasjonen. De er opptatt av hva som er best for pasienten og hva som faglig kan sies å være riktig der det er snakk om forhold som kan være på, eller løses på flere måter. Likevel vil det i følge Wittgensteins tenkning være et grunnlag for å handle etisk som oppfattes som sikkert i kulturen. Mye i dette grunnlaget er innforstått og blir tatt for gitt av utøverne. Hvis dette grunnlaget aldri blir tematisert og utsatt for kritisk gjennomgang, kan det bevisstløst styre utøverne, både nybegynnere og erfarne. Det er derfor innenfor en virksomhet viktig å kunne se forskjell på de forhold i virksomheten som ikke kan være på annen måte og de som kan være på ulike måter. Dette har jeg tidligere prøvd å sette ord på gjennom det faste og det bevegelige momentet i kunnskapen. Det vil alltid være et samspill mellom kunnskaper som omhandler det som er riktig og sant (episteme), og det som er gode handlinger i ulike situasjoner (phronesis).

Hva kan ut fra dette sies å være den innsikt jeg har fått om sykepleieres praksiskunnskaper ved hjelp av elementer fra Wittgensteins tenkning? Å kjenne pasienter og å leve med i pasienters liv mener jeg er en kunnskap i å avpasse relasjonen sykepleier – pasient, eller sette den på plass. For sykepleierens vedkommende har dette mye med yrkesfaglig selvforståelse å gjøre. Sykepleierne kan streve med å finne sin profesjonelle rolle. De strever med å være profesjonell og samtidig litt privat, sier noen av dem. De snakker om de fleksible grensene i dette landskapet. Jeg ser for meg at de i hver ny pasientsituasjon må avpasse relasjonen. I noen tilfeller glir dette av seg selv, mens det i andre situasjoner vil kreve tid og energi. Det er viktig for sykepleieren å skape en kobling eller en allianse.

Sykepleierens hjelpe- eller omsorgsrolle kan sies å bli avpasset i hver ny pasientsituasjon. Sykepleieren bringer inn sin livserfaring og arbeidserfaring i situasjonen, og hun bringer inn og tar i bruk perspektiver fra sykepleiefaglig teori. Dette grunnlaget, som med andre ord kan kalles livsformskunnskap, blir hennes forhandlingsgrunnlag i situasjonen. Ut fra dette grunnlaget spilles ulike språkspill som på bakgrunn av dette grunnlaget har gyldighet i situasjonen. Slik sett kan man si at det man allerede vet og forstår, har betydning for hva man i nye situasjoner ser og forstår.

Skisser fra områdene å se pasienten og å sense pasienten er områdene som i størst grad viser frem kroppens betydning for kunnskap. De viser frem hvordan sansene brukes til å utforske pasienters tilstand. Wittgenstein har ingen eksplisitt filosofi om menneske som kroppslig vesen, så her må impulser fra andre forståelsesrammer komme inn for å belyse dette.

Bruk av Wittgensteins tenkning gir innsikt i kunnskap som handling og den nære sammenhengen mellom handling og kontekst eller også kultur. Kulturen, her i begrepet livsform, er det grunnlaget som bestemmer hva som er gyldig og verdifullt i sammenhengen. Jeg trekker dette videre til å si at i et slikt grunnlag vil det alltid gjennom handlinger bli synlig hva som er de bærende verdier og holdninger til fag og funksjon. Skissene fra det empiriske materialet vil derfor vise sykepleiernes tenkning omkring sin egen funksjon og sitt eget fag.

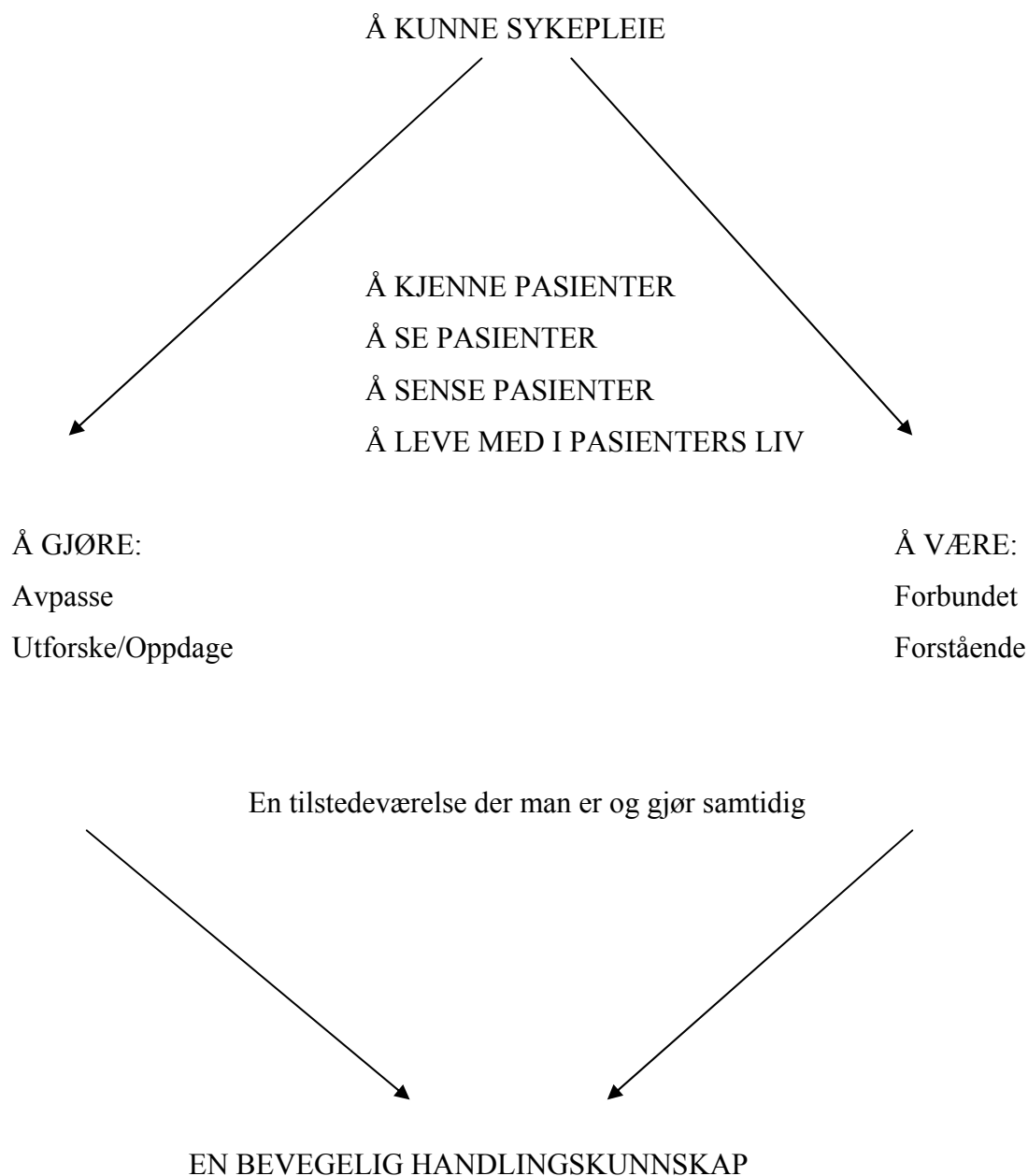
**Den bevegelige handlingskunnskapen** vil ut fra mitt prosjekt inneholde dimensjonene *å være* og *å gjøre*. Det er en tilstedeværelse hvor man er og gjør samtidig. Strukturene i denne tilstedeværelsen vil ut fra mitt materiale være å kjenne pasienter, å leve med i pasienters liv, å se pasienter og å sense pasienter. *Væredimensjonen* inneholder to dimensjoner; *forbundethet* og *forståelse*. *Gjøredimensjonen* inneholder også to dimensjoner eller språkspill; *å avpasse* og *å utforske/oppdage*. Dette kan kalles en kunnskapsteori for den daglige sykepleiekunnskapen som inneholder en *værekunnskap* og en *gjørekunnskap* og en samtidighet i disse dimensjonene. Denne bevegelige handlingskunnskapen vil være presis og på plass i de ulike situasjonene sykepleierne er i. Det å være presis vil i denne sammenheng bety noe annet enn at den kan uttrykkes presist i ord. Likevel er den presis i situasjonen ved at den er på plass og fungerer i situasjonen. Denne tilstedeværelsen vil være en forståelse av situasjoner som hører virksomheten sykepleie til. Kanskje kan man også bruke begrepet å kunne klassifisere situasjoner og ut fra en type klassifisering eller gjenkjenning vite hva som er gyldig kunnskap i situasjonen. En slik klassifisering eller gjenkjenning vil være umulig uten en tilstedeværelse i situasjonen. Derfor vil denne tilstedeværelsen måtte inneholde en åpenhet i situasjonen, en åpen tilstedeværelse. Kunnskapen er slik helt avhengig av en tilstedeværelse i situasjoner for å kunne forstå situasjonens logikk. I en slik forståelse ligger også at hver situasjon er unik og derfor har sin egen logikk. Tilstedeværelsen vil aktivere dømmekraften til sykepleieren i situasjonen. Sykepleieren vil i tilstedeværelsen sortere i de kunnskaper hun har med seg (techne, episteme, phronesis). Ny kunnskap blir skapt eller produsert i situasjonen.

Dette blir derfor en annen form for kunnskap enn kunnskap som er prefabrikert. For eksempel vitenskapsbasert kunnskap eller også det som kalles ”evidensbasert” kunnskap (Ekeli 2002). Denne kunnskapen vil i sitt vesen være slik at den er prefabrikert, altså produsert et annet sted enn i den aktuelle situasjonen. Den tar mål av seg å kunne være løsrevet fra situasjoner, samtidig som den hevdes å kunne anvendes i ulike praktiske situasjoner. I denne kunnskapen vil imidlertid aldri det tautologe landskap eller språkspill få en viktig plass. En sorteringsdimensjon eller en bedømmende dimensjon er i denne kunnskapen ikke en del av kunnskapen, men noe i tillegg, og slik sett noe annet enn kunnskap. En prefabrikert kunnskap vil kunne legge føringer i blikket, og slik styre hva man ser og forstår.

Selvfølgelig har også den bevegelige handlingskunnskapen med seg ”prefabrikert” kunnskap inn i situasjonen. Den prefabrikerte kunnskapen er alltid med, forskjellen mener jeg her har med vektleggingen av den prefabrikerte kunnskapen å gjøre. Den prefabrikerte kunnskapen kan bidra til at man åpner opp for situasjonenes kunnskap eller den kan stenge for denne kunnskapen. Hvis en prefabrikert kunnskap blir sett som den viktigste og sanneste (mest vitenskapelige kunnskapen), vil den på en annen måte bli styrende for oppfattelse og forståelse, enn om man legger bedømmelse av situasjonen og det å finne situasjonens logikk frem som den viktigste kunnskapen. Den bevegelige handlingskunnskapen slik jeg viser den frem i dette prosjektet, mener jeg nettopp viser frem sammenhengen mellom landskap, situasjon og handling. Slik sett er det også nødvendig å både beskrive landskapet, situasjonene og handlingene i sammenheng.

Den prefabrikerte kunnskapen vil alltid være kunnskap fra et annet landskap og fra andre situasjoner. Derfor er ikke landskapets og situasjonens kunnskap en del av denne kunnskapen. Den tilstedeværende dømmekraften mister i denne kunnskapsformen sin betydning, den blir borte som kunnskap. Den bevegelige handlingskunnskapen kan sies å være en tilstedeværelse i en situasjon i et landskap man er fortrolig med.

**Dette kan fremstilles slik:**



Dette er en måte å se på kunnskap som noe som er på plass i den daglige virksomheten sykepleie. Det er der den viser seg og fungerer. Kunnskapen er på plass i de daglige situasjonene, den er tilstede og fungerer på det stedet den skal være tilstede. På en måte kan

det her trekkes paralleller til Wittgensteins språkforståelse. Det daglige språket er på plass og fungerer i situasjonene. Studier av daglige situasjoner ble slik hans tilgang til forståelse av språket. Han studerte daglige situasjoner og filosoferte over hvordan språket fungerte. Dette var en annen tilgang til forståelse av språk enn i hans tidlige periode, der han forsøkte å forstå språket som et logisk system. Hans prosjekt var tidligere å finne frem til språkets logikk og systematisere denne. Slik mente han å kunne finne frem til et system som var logisk korrekt og kunne brukes i alle tenkelige situasjoner. En slik forståelsen mener jeg har paralleller til en vitenskapelig kunnskapsforståelse, hvor kunnskap kan bygges i logiske system og være generell og overførbart til ulike situasjoner. Wittgensteins prosjekt endte i boken *Tractatus Logicus Philosophicus* med at *det man ikke kan snakke om, må man tie om*. Det oppfatter jeg som at det i en slik tenkning alltid vil bli en rest som ikke lar seg regulere inn i teoretiske system, en rest som i min anvendelse, tradisjonelle vitenskapelige teorier tier om.

Jeg prøver i denne avhandlingen å si noe om hva det innebærer å kunne sykepleie. Ut fra en praktisk sykepleiehverdag prøver jeg å sette ord på kunnskapsaspekter jeg mener viser seg og fungerer i dette landskapet. Disse kunnskapsaspektene kommer til syne gjennom skisser hvor både landskap, situasjon og handling er med.



## 12. Den daglige kunnskapens vilkår i sykehusets landskap

Jeg har i forrige kapittel vist frem en dimensjon av sykepleiekunnskap som kan sies å være en bevegelig handlingskunnskap. Denne bevegelige handlingskunnskapen er en tilstedeværelse der man er og gjør samtidig. Strukturer i denne tilstedeværelsen er å kjenne pasienter, å leve med i pasienters liv, å se pasienter og å sense pasienter.

I kapittel tre beskrev jeg utviklingstendenser i sykepleierutdanningen de siste tiår. En hovedtendens var en økning av teoridelen og en tilsvarende reduksjon av praksisdelen. En annen hovedtendens var en akademisering av utdanninga, med en stadig sterkere vektlegging av forskningsbasert og vitenskapelig kunnskap. Slik jeg ser det vil dette medføre en stadig sterkere vektlegging av prefabrikkert kunnskap, mens situasjonskunnskap og livsformskunnskap kommer mer i skyggen.

En kunnskap som skapes i situasjoner og er en tilstedeværende kunnskap, utvikles gjennom å være tilstede i ulike sykepleiesituasjoner. Mulighetene for det i utdanningen har minket med en redusert praksisandel. I fagplaner benevnes denne kunnskapsformen ofte ikke som kunnskap, men som noe som er ”ved siden” av kunnskap, anvendelse av kunnskap, eller som praksis.

Den bevegelige handlingskunnskapen jeg viser frem i dette prosjektet, er en handlingskunnskap som skapes i situasjoner der sykepleiere samhandler med pasienter. Den skapes og får sin form i samspillet mellom sykepleier og pasient. Dette er en kunnskap som lever i praktiske situasjoner og fungerer der. Slike praktiske situasjoner vil ha sin egen logikk ut fra sitt landskap. Å finne de ulike situasjoners logikk vil si å finne frem til hvilken type situasjon dette kan sies å være, og å vite hva som har gyldighet i situasjonen. En sykepleier–pasient situasjon kan være kompleks og inneholde mange elementer. Å finne frem til en situasjons logikk vil inneholde å se hva som er viktige og gjeldende aspekt i situasjonen og hva som ikke gjelder. I praktisk sykepleie kan dette dreie seg om; man går inn i et sykerom med to eller flere pasienter, og ”tar inn” situasjonen. Man ser hva man har å gjøre. Dette vil innbefatte å se hva det haster med og hva som kan vente, noe som for eksempel kan ha med

pasienters tilstand å gjøre. Noen trenger hjelp øyeblikkelig, andre kan vente. Det som kan sies å være situasjonens logikk, vil alltid måtte hente sitt forståelsesgrunnlag fra situasjonens landskap.

Sykepleierne snakker om når de er egentlige sykepleiere. Det er når de er i sitt ansvar eller tar ansvar for seg selv i sin sykepleieverden. Dette vil innebefatte å ta ansvar for pasienten som alltid vil være tilstede i sykepleierens verden. Det er for dem en god måte å befinne seg på. De snakker også om de gangene de bare får gjort noe *sånn halvveis*, og de gangene de ikke når frem til pasienter, eller der de handler på bestemte måter som de ikke synes er bra, fordi det ikke er flere tilstede på jobb.

Sykepleieren har ikke alltid muligheter til å være *egentlige* sykepleiere. Ut fra en essensiell forståelse vil det være umulig å alltid være egentlig, mennesket avlaster seg selv for sitt ansvar og forfaller til å gjøre. Sykepleierne har likevel en tenkning om når de er egentlige. I denne forståelsen ser det ut som det sentrale er å kunne nå frem til pasienter og virkelig være til hjelp for dem i deres sykdom og lidelse. I dette kommer det også frem en forståelse av at pasienter skal ha det så godt som mulig når de er syke og lider. Pasientene skal ligge godt, de skal ikke ha smerter, de skal snues skånsomt. Det å være egentlig, vil for sykepleierne være når de er nærmest denne selvforståelsen i praktiske situasjoner hvor de er sammen med pasienter.

Implisitt i mange av skissene går det frem at sykepleierne vil gjøre situasjonen best mulig for pasientene. Dette står frem som en *faglig selvforståelse* i materialet, i den forstand at det viser frem en tenkning om en forståelse av hvordan pasienter skal ha det. En slik forståelse kan lett sees i sammenheng med en faglig historisk tradisjon i sykepleie. Jeg har tidligere vært innom begrepene nestekjærlighet og tjeneste for andre, og også kall og omsorg i betydningen bekymre seg for og bry seg om. Tradisjonelt sett mener jeg omsorg og pleie har vært grunnbegreper i utøvelse av sykepleie, og disse begrepene ser også i dag ut til å være sterkt fundert i sykepleieidentiteten. Disse begrepene med de kunnskaper og verdier de rommer, spiller seg inn i sykepleiesituasjoner der sykepleiere samhandler med pasienter. I nyere sykepleielitteratur er slike begreper blitt gjort sentrale gjennom at de er gitt et filosofisk og etisk innhold blant annet gjennom inspirasjon fra filosofene Heidegger og Løgstrup.

Jeg mener også i materialet å finne en selvforståelse som innbefatter å forstå seg selv som sykepleier i situasjonen. Denne selvforståelsen er lite eksplisitt uttrykt, den kommer mer indirekte frem. Utsagn som *å føle seg tilfreds med dagens arbeid* eller *å gå hjem med dårlig samvittighet*, peker på et befinnende hos sykepleierne. De vil befinne seg vel som sykepleier, og det gjør de når de får gjort det *de egentlig skal gjøre*.

Skulle man snakke om et praksiskunnskapsparadigme i sykepleie ut fra en bevegelig handlingskunnskap, vil det være snakk om en kunnskap som legger situasjonsforståelse og livsformsforståelse til grunn for å forstå pasienters situasjon og egen sykepleievirksomhet. Når jeg her bringer inn begrepet kunnskapsparadigme legges Kuhns paradigmebegrep til grunn slik Molander utlegger det (Molander 1993). Det innbefatter at kunnskapen bæres av kulturen og for å del i den må man delta i kulturen og vokse seg inn i den. Et paradigme kan sies å være forestillinger og antagelse, men også forståelsesformer og handlingsvaner innenfor et samfunn eller en kultur. Slike antagelser og trosforestillinger blir oppfattet som sanne og gyldige av kulturens medlemmer og vil være implisitte i den virksomheten som foregår. I et praksiskunnskapsparadigme for sykepleie vil, ut fra mitt materiale, det å være i situasjoner, være grunnleggende for å gjøre noe eller å handle. Slik sett vil en tilstedeværelse i pasientsituasjoner gjennom ulike strukturer som; pasientkjennskap, medlevelse, å være seende og sendende, være en grunnleggende forståelse av virksomheten sykepleie. En slik tilstedeværelse i pasientsituasjoner, gjennom de nevnte strukturene, skal for sykepleierne ha sitt mål i at pasientene skal ha det godt.

Innledningsvis var jeg inne på at det tidligere var to sentrale yrkesgrupper som arbeidet i sykehusene; legene og sykepleierne. Diagnostisering og behandling var legenes ansvar og omsorg og pleie sykepleiernes. Målsettingen for sykehuset som er landskapet for mitt prosjekt, har helt opp til nå inneholdt at sykehuset skal *sikre pasienter behandling og omsorg ut fra en helhetlig tenkning uten unødig ventetid*. Legenes kunnskapsbakgrunn er medisinfaglig kunnskap, som hovedsakelig bygger på naturvitenskapelig kunnskap. Med en slik kunnskapsbakgrunn har man tradisjonelt diagnostisert og helbredet sykdom. Sykdom blir da forstått som isolerte fenomen som kan diagnostiseres ut fra karakteristika og videre behandles ut fra årsak. Sykdom vil i en slik forståelse ikke bli forstått som en del av pasientens livssituasjon. Tankesettet om sykdommer som henholdsvis medisinske, kirurgiske eller nevrologiske sykdommer ut fra organsystem og behandlingsmåter, har i sykehuset gitt

seg utslag i en medisinsk spesialisering av leger og også en organisering av virksomheten ut fra medisinske avdelinger.

Legene er den gruppen som utdanningsmessig sett har lengst og høyest akademisk utdanning. Tidligere var det en lege, en administrerende overlege, som var sjef for sykehusene. Han hadde som medhjelpere; en forstanderinne(sykepleier) og en økonomisjef. Legen var altså den øverste lederen i sykehuset og den som til syvende og sist kunne ta avgjørelser og legge føringer for virksomheten der. Med andre ord kan det sies at sykehusene ble styrt ut fra et medisinskfaglig paradigme. Det var denne kunnskapen som var gyldig kunnskap i et sykehus. Sykepleierne har også så lenge utdanningen har bestått, hatt en stor andel naturvitenskapelig kunnskap i sin utdanning. Denne kunnskapen har vært sett som viktig for å kunne gi omsorg og pleie til syke mennesker, men viktig var den kanskje også for å kunne være en god medhjelper til legen.

På åttitallet prøvde sykepleierne å skape seg et annet kunnskapsfundament. De ville bort fra den medisinske tankemodellen og prøvde å legge en annen grunnvoll for sin kunnskap. Her kom begrepene menneske, miljø, helse og sykdom inn som grunnbegreper for sykepleie. På åttitallet begynte man også å snakke om et vitenskapelig grunnlag for sykepleiekunnskap. Det var i denne perioden sykepleierutdanningen ble innlemmet i høgskolesystemet. Utdanningen skulle være en treårig høgskoleutdanning, og undervisningen skulle være forskningsbasert. I samme tidsrom kom også de første universitetsutdanningene for sykepleiere i Norge i form av hovedfags – og embetsstudier i sykepleievitenskap. Sykepleierne skulle nå gjennom universitetsstudier og forskning legge en faglig grunnvoll for faget sykepleie. Det tradisjonelle vitenskapelige forskningsidealet var styrende i disse miljøene, og kunnskapsutviklingen, slik den gjenspeiler seg i rammeplanene for utdanningen<sup>32</sup>, fikk inn begreper som fag og vitenskap. I disse årene kom også flere vitenskapelige fag inn i utdanningen, sykepleiens samfunnsvitenskapelige grunnlag var ny betegnelse, og nye fag var blant annet sosiologi og sosialantropologi. Et nytt sykepleieteoretisk paradigme begynte å ta form.

---

<sup>32</sup> Rammeplan av 1987 og rammeplan av 2000

Dette paradigmet er i dag det som preger utdanningsplanene i sykepleie. De senere år har likevel mange tatt til orde for at dette kunnskapsparadigmet er for fjernt fra den praktiske og empiriske virkelighet.<sup>33</sup> I den praktiske virksomheten får man impulser fra dette tankesettet gjennom studenter og nyutdannede sykepleiere. Det kan imidlertid se ut som om tenkningen har vansker med å ”feste seg” i den daglige virksomheten, og kan derfor av de praktiske utøvende sykepleiere bli definert som en sak for skolen og lærerne. Noen nye begreper og systemer fra dette tankesettet ser man imidlertid etter hvert får sin plass i den praktiske virksomheten. Sykepleieprosess og pleieplaner er for lengst blitt vanlige begreper og hjelpemidler for strukturering av pasientpleien. Det mange avdelinger i dag arbeider med er innføring av systemer for å dokumentere den sykepleien som gies til pasienter, sykepleiedokumentasjon. ”Smørbrødlisten” som nevnes i noen av skissene, er et hjelpemiddel i denne dokumentasjonen.

Å arbeide i sykehuset med en ”ny” kunnskapsinnretning har ikke i alle sammenhenger gått upåaktet hen. Kanskje ble sykepleierne i kampen for eget fag dårligere medhjelpere eller assistenter for legene. Sykepleierne fikk gjennom utdanningen en bevissthet om egen profesjon som skulle fungere selvstendig ved siden av legenes profesjon i sykehuset. I følge målsettingen for dette sykehuset skulle det ikke være noe i veien for det. Vanskeligere er det kanskje i praksis der holdningen kan være at en kirurgisk avdeling er en *håndverksmessig reparasjonsavdeling*. Å reparere er i stor grad å *gjøre*, og kan få medarbeiderne til å falle ut av sitt ansvar ved å forfalle fra å *være* til å *gjøre*.

Legenes naturvitenskapelige kunnskapsparadigme ser ut til å ha vært styrende i sykehuset frem til begynnelsen av nittitallet. Sykepleierne hadde sjelden myndighet til å rokke ved det, selv om de ”ved siden av” hadde en mer humanistisk og samfunnsvitenskapelig kunnskapsinnretning med seg. På begynnelsen av nittitallet blir de administrerende overlegene skiftet ut som øverste sjefer for sykehusene. Administrasjonssjefer, og senere direktører, ble sykehusenes øverste sjefer. Direktørene har et bedriftsøkonomisk språk, sykehuset er en produksjonsbedrift. Produksjonen er knyttet opp mot økonomi og penger. Det produseres for å tjene, og det sykehuset tjener på er behandling av pasienter. Det ser nå ut til at overordnet det å gi pasientene behandling og omsorg i sykehuset, står det å tjene.

---

<sup>33</sup> SINTEF rapport STF78A013406.

Sykehusene får bevilget en rammebevilgning fra staten, men må i tillegg tjene penger for å kunne drive. I følge den siste organisatoriske endringen i helsevesenet er flere mindre sykehus nå slått sammen til store helseforetak. Den viktigste satsning for de nye helseforetakene er i følge styringssignaler fra staten; god økonomistyring, å få bort ventelistene og å få bort korridorpatientene.

Både direktøren og oversykepleieren i dette sykehuset nevner i intervju at begreper som bedrift og produksjon skal føre til en bevisstgjøring blant arbeidstakerne. Direktøren sier at det er viktig å få arbeidstakerne *til å produsere og ikke slentre unna*. Oversykepleieren sier at *man blir produksjonsbevisst fordi man er pålagt å være med i denne prosessen*. Imidlertid trekker hun samtidig frem at sykepleierne kan oppleve at *driften henger over dem*.

Avdelingsoverlegen trekker også frem at den kirurgiske avdeling *er en produksjonsavdeling*. Det kan se ut som de faggruppene som tidligere var innenfor et naturvitenskapelig og et sykepleieteoretisk kunnskapsparadigme, i dag er fortrolig og innforstått med at man er nødt å ha omsetning av pasienter for å tjene penger. Det kan se ut som om *utvidelsen av produksjonsparadigmet* som Skjervheim (1992) snakker om, har vært vellykket i sykehuset og det nye helseforetaket.

Skal man snakke om kunnskapsparadigmer i sykehuset i dag må man snakke om flere. Øverst mener jeg det finnes et produksjonsparadigme. Dette blir den gyldige kunnskapen for å kunne drive bedriften lønnsomt eller med god økonomistyring. Under dette kommer et medisinsk faglig paradigme som forklarer sykdom og behandling ut fra årsaker. Deretter kommer for sykepleierne et sykepleieteoretisk paradigme, med stadig nye teorier for hva sykepleie er og hvordan den skal eller kan bedrives. I dette landskapet er det sykepleierne har sitt daglige virke. Alle disse paradigmene vil slik virke inn på deres daglige gjøremål og inn i situasjonene der de samhandler med den enkelte pasient. Dette landskapet har endret seg, og har av sykepleierne krevd en tilpasning eller avpassning de selv har hatt relativt liten innflytelse på.

Den bevegelige handlingskunnskapen må i dette landskapet være dynamisk og kunne skapes i situasjonene. Alle de tre kunnskapsparadigmene kan gi ulike situasjoner identitet ut fra ulike tenkning. Handlinger som skal utføres eller virksomhet som skal iverksettes kan ut fra de ulike paradigmene bli forskjellig. De vil i seg selv kunne representere ulike verdier som også

vil kunne stå i strid med hverandre. Sykepleiernes virksomhet blir slik klemt inn i et spenningsforhold mellom ulike paradigmer eller sammenhengsforståelser. Tidligere (frem til 1970) kan man si det var det naturvitenskapelige paradigmet som var sammenhengsforståelsen for den praktiske sykepleievirksomheten i kirurgiske avdelinger i sykehuset. Den var den gyldige kunnskapen for virksomheten. Fra 1980 og fremover kom et sykepleieteoretisk paradigme sterkere inn som den gyldige kunnskapen for sykepleierne<sup>34</sup>. I og med at dette ikke hadde gyldighet for legene kunne konflikter i det daglige oppstå. Et sykepleieteoretisk paradigme vil alltid ha et sterkt innslag av naturvitenskapelig kunnskap, men grunnen vil likevel være en annen. Paradigmet kunne bli presentert for sykepleiere i praksis fra utdanningsinstitusjonene, som den gyldige sykepleiekunnskapen. Dette paradigmet var som resultat av en skolepolitisk utvikling, vitenskapelig og akademisk og hadde også ofte en normativ orientering. Den bevegelige handlingskunnskapen som tilstedeværelsens kunnskap med en sterk væredimensjon, har levd sitt eget liv og fungert både inspirert av og uavhengig av dette ”skolske” paradigmet, og også av de andre paradigmene høyere opp i herarkiet.<sup>35</sup>

Ut fra materialet i dette prosjektet har sykepleierne en tenkning om når de er egentlige sykepleiere. De viser også at det å være egentlig er en god måte å befinne seg på. Ut fra tenkning inspirert fra Heideggers filosofi er det umulig for mennesker å være kontinuerlig egentlig. Sykepleierne befrir seg selv for ansvaret og forfaller. I en praktisk sykepleieverden er det også andre ytre fenomen som ”befrir” sykepleierne fra et slikt ansvar. Det å virke i et landskap der den faglige selvforståelsen ikke lenger helt harmonerer med landskapet, kan utenfra påtvinge sykepleierne et ”forfall”.

”Jag trivs bäst i öppna landskap”, synger den svenske artisten Ulf Lundell. Et åpent landskap gir sikt ved at ikke noe skygger for eller stenger for utsynet. Er ståstedet eller grunnvollen at pasienten skal ha det så godt som mulig med sin sykdom og sin lidelse, kan man i et åpent landskap få ro og sikt til å finne ut mulighetene for det. Et åpent landskap vil i denne sammenhengen være det landskap hvor sykepleierne i pasientsituasjoner har mulighet til å være medlevende og forstående og oppdage og avpasse sine aktiviteter og handlinger til det

---

<sup>34</sup> Det er kanskje feilaktig å snakke om ett sykepleievitenskapelig paradigme, mange vil vel hevde at vi i dag har flere ulike sykepleievitenskapelige retninger. Det jeg imidlertid vil understreke her, er den vekt vitenskapelig teori fikk i forståelsen av sykepleie.

beste for pasienten. Dette kan skje i situasjoner som stellet, måltidet og gjenopptrening av pasienter. Slike situasjoner vil fortsatt kunne vise frem og gi identitet til en bevegelig handlingskunnskap. Her kan en mening som samsvarer med en faglig selvforståelse om at pasienten skal ha det best mulig i sin situasjon, fortsatt virkeliggjøres. Som oftest er det fortsatt en åpenhet i slike situasjoner for å kunne finne frem til mulighetene for at pasientene skal ha det godt, men ikke alltid. En av sykepleierne sier det slik: *”Dette var uheldig, det at jeg går inn til henne og setter frem og sier ” nå kan du stå opp og stelle deg”, det var ikke noe tilfredstillende stell for henne for å si det sånn. I stede kunne jeg vært der og sagt; skal jeg hjelpe deg med ryggen eller kanskje vaske føttene dine? Hun har litt vanskelig for å bøye seg fordi hun er operert i maven. Da ville hun sikkert opplevd det som en bedre stellsituasjon. I dag mente jeg at jeg ikke hadde tid til det. ....Hadde vi vært flere folk på arbeid hadde jeg valgt å være inne hos henne.”*

I sykehuslandskapet er det i dag mindre åpning for sykepleierne til å skaffe seg god sikt. De ulike kunnskapsparadigmene er der i de ulike situasjonene og sykepleierne blir minnet om at det er andre forhold som har gyldighet enn at pasienten skal ha det godt. Pasientene skal bli frisk fortst mulig, eller de skal bli ferdigbehandlet fortst mulig, slik at de hvis de ikke kan komme hjem, kan komme på annen institusjon for eksempel sykehjem. Det er først når det blir sirkulasjon av pasienter at sykehuset tjener penger på behandlingen.

Slik blir det i det daglige en del situasjoner der sykepleierne sier at de fikk gjort ting *bare slik halvveis* eller de fikk *ikke gjort stellet på en tilfredstillende måte* for pasienten. Det er i slike situasjoner ikke det eksistensielle ved ikke å kunne være egentlig sykepleier i situasjonen som spiller seg inn, men omliggende forhold som griper forstyrrende inn i landskapet. Her kommer også normative pålegg fra sykepleieteori inn om hvordan sykepleierne skal utføre sykepleie og hva en sykepleier bør og må gjøre. En kunnskap som altså er produsert et annet sted kan virke forstyrrende og ta oppmerksomheten bort fra det å være tilstede der og da, og ha et åpent blikk i et åpent landskap.

---

<sup>35</sup> Begrepet ”skolske” er hentet fra boken Sykehuset som klasserom, Heggen 1995



Den bevegelige handlingskunnskapen er en tilstedeværelse i en situasjon i et landskap. Landskapet er det som gir situasjonen identitet og mening. Hva så når landskapet er skiftende og uoversiktlig?

Sykehuset som system eller organisasjon er det landskapet som er ”kontekstens kontekst” i mitt prosjekt. Dette har utviklet seg til et komplekst system med ulike personellgrupper og ”undervirksomheter”. Det ser ut som ulike faggrupper kan ha forskjellige målsettinger for sin virksomhet innenfor et felles virkefelt. Den politiske løsningen på et kanskje sprikende og uoversiktlig sykehussystem har vært å gi økonomer den høyeste myndigheten for driften av sykehus.

Hvilken mulighet kan det sies sykepleiere har til å bedrive egentlig sykepleie, den sykepleien som ut fra dette prosjektet har som mål at pasienten skal ha det så godt som mulig når han er syk og lider? I teoretiske diskusjoner om sykepleie blir det brukt termer som ”god” og ”dårlig” sykepleie. Ikke all praksis er god praksis, kan det hevdes. I enkelte sammenhenger snakkes det også om gode og dårlige sykepleiere. Hva kan slike uttalelser inneholde av substans?

For direktøren, ut fra en økonomisk målsetting, vil en god sykepleier kunne være den som med sine handlinger bidrar til en hurtig omsetning av pasienter. En slik sykepleier vil være en sykepleier som er *produksjonsbevisst og ikke sluntrer unna*. Hun har god forståelse for hva som er nødvendig for å drive et sykehus og hvordan man må handle for å kunne tjene penger til driften. Pasientene skal fortrest mulig på beina og ut av institusjonen slik at nye kan komme inn. Begrepet ferdigbehandlet er i en slik sammenheng et viktig begrep. Oversykepleieren i denne avdelingen fortalte at mens pasientene før lå i sykehuset til de ble friske, ligger de nå til at de er så bra at de kan bli friske hjemme.

For avdelingsoverlegen vil en god sykepleier være en som bidrar til en vellykket behandling av pasientens sykdom eller skade. Dette vil kunne innebære å holde orden på pasientens behandlingsforløp. For eksempel koordinere prøver og undersøkelser slik at de blir gjort i riktig rekkefølge og også holde orden på prøvesvar og undersøkelsessvar. Slik at legen til en hver tid kan bli oppdatert på de ulike diagnostiske tiltak som gjøres for å kunne planlegge

videre behandling. En god koordinering av dette systemet vil bidra til at behandling kan iverksettes fort og pasienten bli ferdigbehandlet fort.

Sykepleierutdanningen presenterer en teoretisk og vitenskapsbasert sykepleie. Sentrale begrep i denne sammenheng er for eksempel sykepleieprosess, sykepleiediagnoser og i den senere tid sykepleiedokumentasjon og evidensbasert sykepleie. Jeg vil ikke her utdype disse begrepene. Samlet sett kan man si at dette er oppskrifter, klassifiseringer eller standarder som er forsket frem for å forbedre den praktiske virksomheten. De sykepleierne eller de avdelingene som lykkes med å ta i bruk slike systemer blir i denne settingen sett på som gode. Og gode er de sykepleierne som tar et personlig ansvar for å gjøre dette.

Ut fra dette materialet mener jeg sykepleiernes tanker om å være egentlig kan sees som en tenkning om god sykepleie. I hvert fall ser det ut til at sykepleierne befinner seg på en god måte når de *får gjort det de egentlig skal gjøre*. Og det de egentlig skal gjøre, er i følge dette prosjektet å være tilstede for pasienten på en slik måte at pasienten har det best mulig. En slik tilstedeværelse vil selvfølgelig inneholde elementer av å koordinere behandlingen godt og ha gode rutiner og prosedyrer som er vitenskapelig belagt. Dette er helt nødvendige elementer i tilstedeværelsen, men likevel ikke det egentlige grunnlag for å være sykepleier.

Jeg mener sykehusets endrede landskap har gjort det stadig vanskeligere for sykepleierne å være i sitt ansvar som sykepleiere. Det livet de lever sammen med enkeltpasienter i den daglige virksomheten blir stadig forstyrret av forhold i den ytre konteksten. Wittgenstein snakker om at språkspill endres, noen forsvinner mens nye oppstår. Dette fordi livsformen som gir identitet til språkspillene endres. Livsformen sykepleie er i et landskap som i de siste tiår har vært i stadig endring. Språkspillenes gyldighet har derfor skiftet. De språkspillene jeg i dette prosjektet har vist frem, er gyldig for virksomheten i denne avdelingen nå. Samtidig bærer de i seg en faglig selvforståelse som jeg mener viser utover denne avdelingens virksomhet og bærer noe alment i seg. Dette fordi det i materialet finnes en eksistensiell værekunnskap som strekker seg ut over tid og rom og som også korresponderer med en historisk tradisjon.

Hva kan så sies om den bevegelige handlingskunnskapens vilkår i dette skiftende og uoversiktlige landskap? Det kan se ut som om elementer i denne kunnskapsdimensjonen

rangerer langt nede på kunnskapshierarkiet i sykehuset. Over denne står som før nevnt et sykepleieteoretisk paradigme, og over der igjen et medisinskfaglig og et produksjonsparadigme. Ut fra en slik tenkning kan den bevegelige handlingskunnskapen i et slikt landskap bli usynlig eller taus i betydningen *ikke tillates å få ord*. Et eksempel her er rammeplanen for sykepleierutdanningen som omtaler denne kunnskapsdimensjonen som praksis. Så lenge den ikke blir sett som en kunnskapsdimensjon som er nødvendig i utøvelse av sykepleie, kan den lett bli usynlig i et uoversiktlig landskap.

### **13. Kunnskap i sykepleie – avslutning**

Temaet for denne avhandlingen har vært kunnskap i sykepleie. Min tanke var å gå ut i en sykehusavdeling for å observere og delta i det daglige arbeidet. Jeg fikk tilgang til en avdeling på et middels stort sykehus, hvor jeg fikk assistere sykepleierne i deres arbeid og også intervju dem om tanker og meninger omkring arbeidet. Sykepleiernes daglige praksis er slik utgangspunktet for denne avhandlingen.

Jeg ønsket å studere dimensjoner ved sykepleiekunnskapen som kunne knyttes opp mot praksiskunnskapsbegrepet, en praktisk kunnskap som må finnes i livet på en avdeling. Livet i en sengeavdeling på et sykehus inneholder ulike situasjoner som er mer eller mindre typisk for dette livet. I utgangspunktet konsentrerte jeg meg om tre daglige situasjoner i denne avdelingen; stellet, måltidet og gjenopptrening av pasienter. Denne type situasjoner er situasjoner der sykepleiere samhandler med og handler for pasienter. I slike situasjoner vil det også konstitueres landskap som hører til de enkelte aktiviteter eller handlinger og som gir dem mening og identitet. Kunnskapsbegrepet vil derfor i min forståelse også måtte innbefatte en landskapsforståelse, ellers kan beskrivelser av denne kunnskapen kunne bli mekanisk og instrumentell. Sykepleierne viser i slike situasjoner at de har grep om sin praksis, de har de ferdigheter som trengs for å gjøre det de gjør, og de har en fortrolighet med aktiviteter og handlinger som viser hva de vet og kan.

Et spørsmål jeg stilte meg innledningsvis var om aspekter ved en slik kunnskap kunne etterspores i praksis. Ville jeg gjennom å studere sykepleiernes praksis kunne finne noe jeg identifiserte som kunnskap? Jeg har tidligere i avhandlingen sagt at det jeg fant var beskrivelser jeg ikke i første omgang greide å forbinde med kunnskap.

De fire emnene jeg etter mange gjennomganger av materialet ble stående igjen med var dagligdagse og kanskje derfor vanskelig å se som faglig kunnskap. Etter hvert så jeg at det som kunne vise frem fagligheten, nettopp var beskrivelsen av de situasjonene og det landskapet som disse emnene hørte til i. I disse beskrivelsene som jeg i avhandlingen kaller skisser, trer sykepleierne frem med sin tenkning og handling i de ulike situasjonene, og gir slik begrepene et sykepleiefaglig innhold. Derfor ble det også et poeng for meg å vise mange ulike skisser, for å både vise bredden og variasjonene innenfor hvert hovedemne.

Den viktigste oppdagelsen jeg mener jeg har gjort gjennom studie av disse skissene, er at denne kunnskapen er en tilstedeværende kunnskap. Den er tilstede i situasjonene og i landskapet, det er der den hører hjemme og fungerer. Dette skiller den fra for eksempel teori eller teoretisk kunnskap. Teoretisk kunnskap kan skapes ut fra ulike praktiske situasjoner, men når den er trukket ut av situasjonene og over i bøker eller presenteres som modeller og teorier, skal den være generell og slik kunne gjelde for ulike ”nye” situasjoner. Den tilstedeværende kunnskapen må formes eller skapes i situasjonen ut fra kunnskap om situasjon og landskap. Kunnskapen om situasjoner og landskap blir slik grunnlaget for den tilstedeværende kunnskapen. Dette kunnskapsaspektet har jeg tidligere kalt livsformskunnskap, kunnskapen om livsformen sykepleie eller sykepleielivet.

Den tilstedeværende kunnskapen inneholder i følge mitt materiale og analysen av det, to samtidige dimensjoner; en *væredimensjon* og en *gjøredimensjon*. Sykepleierne er sykepleiere for pasientene og gjør samtidig ulike sykepleieraktiviteter og handlinger. For meg trer *væredimensjonen* frem som den mest grunnleggende dimensjonen i denne praksiskunnskapen. Den trer frem med stor kraft, selv om den i liten grad uttrykkes eksplisitt av sykepleierne. Med inspirasjon fra Heideggers filosofi ble denne dimensjonen mer og mer tydelig for meg i arbeidet med avhandlingen. Sykepleierne er og vil være noen for pasientene. De vil befinne seg forbundet med dem, og de vil være forstående til pasienters opplevelser i livet som syk og lidende. Denne kunnskapen mener jeg er i ferd med å forsvinne fra dagens utdanning av sykepleiere. Tidligere, før sykepleien skulle vitenskapeliggjøres, var dimensjonen tilstede, men da ved religiøse begreper som nestekjærlighet og tjeneste for andre. I vår sekulariserte verden er ikke disse begrepene lenger på plass i en yrkesutdanning. Det finnes i dag litteratur om omsorg og omsorgsfilosofi i sykepleiefaget som inneholder denne *væredimensjonen*. Mye av denne litteraturen er imidlertid på et filosofisk nivå og kan derfor være vanskelig å sette i sammenheng med konkrete praktiske situasjoner. Sintefrapporten; ”Stykkevis og helt”, som jeg tidligere har henvist til, viser til at sykepleierutdanningene de senere årene har vært opptatt av det som blir benevnt som holistisk omsorgsperspektiv. Imidlertid kommer det frem at teorien kan bli både ideell, normativ og langt fra den empiriske virkeligheten.

Det er viktig at denne dimensjonen, som lever i den praktiske sykepleieverdenen, ikke forvirrer og blir borte i det verbale bilde av sykepleievirksomheten. Denne avhandlingen kan sees som et forsøk på å ordsette en kunnskapsdimensjon om det å være sykepleier.

*Gjøredimensjonen* er en mer synlig og omtalt dimensjon av sykepleiekunnskapen. Jeg har før vært inne på at mye sykepleieteori har en normativ orientering og foreskriver hva en sykepleier bør og må gjøre. Det som kanskje kan sies å være spesielt med den *gjøredimensjonen* jeg presenterer her, er at den alltid må sees i sammenheng med *væredimensjonen*. Å være vil omfatte å gjøre. Når å være omfatter å gjøre er man 'egentlig' i Heideggers forstand. Imidlertid kan man også bare gjøre uten å være, da *er* man ikke *egentlig* sykepleier.

Et annet viktig moment i denne *gjøredimensjonen*, er en åpenhet som krever avpassing og oppdaging i situasjoner hvor sykepleiere er sammen med pasienter. Det å gjøre blir slik noe annet enn å følge oppskrifter eller instruksjoner, dimensjonen inneholder selvfølgelig også slike elementer, men det viktige blir en skrittvis avpassing eller prøving for å kunne gjøre det mulige i situasjonen. Materialet viser frem en skrittvis avpassing og utprøving av måter å gjøre ting på, som viser frem en systematisk måte å forholde seg på i situasjoner. Dette ser jeg også som et viktig funn i denne avhandlingen. Det er en åpen og situasjonsbunden systematikk i dette som er noe annet enn det man vanligvis oppfatter med å handle systematisk. Åpenheten gjør skrittene og veien mer uforutsigbar, men denne åpenheten er samtidig det som preger sykepleievirksomheten i stor grad. Å komme inn i situasjoner med prefabrikkert kunnskap og prosedyrer, kan derfor føre til at man lukker noe som ikke skal lukkes. Gjørekunnskapen slik jeg ser den i denne avhandlingen, vil befinne seg i et landskap mellom åpenhet og systematikk, eller i et landskap med åpen systematikk. Jeg har tidligere brukt ord som elastisitet og fasthet for å ramme inn dette landskapet.

Denne tilstedeværende kunnskapen har jeg kalt en bevegelig handlingskunnskap. Den er bevegelig og skapes i de aktuelle situasjonene, og i dette ligger den åpenheten som denne kunnskapsdimensjonen må inneholde. En bevegelig handlingskunnskap inneholder også faste elementer. Som faste elementer for sykepleiere kommer den teorikunnskapen som utdanningen presenterer som forskningsbasert kunnskap. De faste kunnskapselementene må være med i enhver sykepleiesituasjon, de er helt nødvendige, men ikke tilstrekkelige. I tilstedeværelsen må sykepleierne sortere i det de har med seg, for å finne frem til hvordan de skal være sykepleier og gjøre sykepleie i de ulike situasjonene.

Et annet spørsmål jeg stilte innledningsvis var om den kunnskapsdimensjonen jeg ønsket å etterspore var slik at den var usynlig eller taus for utenforstående og synlig og forståelig for de som deltar i situasjonene? Man kan tenke seg at en kunnskap som kan sies å være en tilstedeværelse i situasjoner og landskaper, lett kan bli usynlig for dem som ikke er tilstede i landskapet. Jo mer ukjent et landskap er for en, jo vanskeligere kan det være å oppdage dimensjonene i det. Sykepleierne i en sykepleievirksomhet vet hva de er, gjør og kan. Dette blir kanskje i en travel hverdag sjelden verbalisert. Det er det verken tid til eller behov for. Likevel viser det de gjør hva de er, kan og vet. Det tautologe landskapet gir det de er og gjør mening og identitet. For sykepleierne ligger dette landskapet implisitt i all tilstedeværelse og handling. Det kan sies å være handlingsinternt. Dette handlingsinterne landskapet henger videre fast i livsformen som sykepleierne er en del av. Livsformen vil i igjen gi det tautologe landskapet identitet og mening i en større sammenheng. Sykepleierne er fortrolige med livsformen sykepleie, de kjenner den fordi de lever og virker i den. Den bevegelige handlingskunnskapen vil for sykepleierne være i deres daglige virksomhet, som noe fortrolig og kjent.

Jeg tenker meg at skal en utenforstående kunne få øye på denne kunnskapsdimensjonen, forutsetter det at han også ser og forstår situasjonene og landskapet. Forutsetningene for dette vil kunne variere. Jeg har tidligere vært inne på at selv om sykepleievirksomheten i vårt samfunn er en kjent institusjon, er likevel mye av praksisen i hverdagen lukket for almenheten. Virksomheten vil for det meste foregå bak lukkede dører, med sykepleiere og pasienter som aktører. Et nærliggende spørsmål i denne sammenheng vil være; hva skulle hensikten være med at utenforstående skulle se denne kunnskapsdimensjonen? Er det ikke godt nok at den er tilstede og fungerer der den skal fungere?

Ett poeng kunne være at den skulle kunne vises frem for ulike utenforstående fordi dette var viktig og nødvendig. Det å vise frem denne kunnskapen i utdanningssammenheng ser jeg som både viktig og nødvendig. Studenter som utdanner seg til sykepleiere forholder seg i dag først og fremst til et sykepleieteoretisk kunnskapsparadigme. I praksis får de innblikk i andre verdener, men hvis disse blir underkommunisert i utdanningen får de kanskje ikke noe bevisst forhold til dem. Jeg mener det er viktig at studentene også i den teoretiske delen av utdanningen får et praksiskunnskapsparadigme å forholde seg til, ved siden av det teoretiske. Den praktiske virksomheten må lukkes opp for dem og kanskje også forberede dem på den

virksomheten og det åpne livet som venter dem som sykepleiere. Slik sett kan en avhandling som denne være et bidrag til refleksjon for nye til å orientere seg i faget.

Det kan også være viktig å vise frem denne kunnskapsdimensjonen for andre faggrupper og medarbeidere i sykehuset. Slik sykehussystemet har utviklet seg med sin vekst og kompleksitet, kan det være viktig for sykepleierne at de vises bedre i landskapet. Jeg har tidligere sagt at dette er blitt et uoversiktlig landskap med ulike kunnskapsparadigmer. Jeg har også vært inne på at kunnskapsparadigmene kan stilles opp hierarkisk. Et praktisk kunnskapsparadigme vil i denne sammenhengen, slik jeg ser det, komme lengst ned i hierarkiet. Dette sier også noe om status og makt i et sykehussystem. Ved å forsøke å løfte frem og tematisere sykepleiernes praktiske kunnskapsparadigme, kan man jo håpe at leger og direktører kan få øye på det og se verdien av denne kunnskapen for pasientene i sykehuset.

Mitt siste spørsmål hadde sammenheng med begrepsfesting av denne kunnskapen. Er det mulig å begrepsfeste kunnskapen på en måte som gjør den til gyldig kunnskap for de som er i virksomheten? Gir begrepene i så fall mening og forståelse til utenforstående?

Jeg har vært inne på at denne kunnskapen er kjent for sykepleierne. De kjenner og er fortrolig med kunnskapene som ligger i deres daglige virksomhet. I en travel hverdag har det liten hensikt å verbalisere disse. De gjør det de har å gjøre uten mye snakk. Imidlertid opplevde jeg mange situasjoner der de i forkant eller i etterkant av aktiviteter diskuterte og spurte hverandre for å finne frem til gode handlingsvalg. På avdelingens kjøkken i små hvilepauser, eller også i rapportmøter, kunne små beretninger fortelles om pasienters tilstand. Der kunne det også drøftes hva gjør vi videre nå, hva er den beste måten å håndtere dette på? I noen av skissene kommer det også frem samtaler eller diskusjoner om hvordan ulike situasjoner skal håndteres; *så snakket vi sammen om det på avdelingen*. I denne aktuelle situasjonen var det behandling av pårørende det gjaldt.

Til tross for at slike samtaler forekommer, ser det ut til at sykepleieryrket er blitt mer faglig ”ensomt” enn tidligere, da var det mer vanlig å jobbe sammen (Hamran 1991). Dette har i stor grad sammenheng med strukturelle endringer i sykehussystemet. I et av intervjuene hvor sykepleieren reflekterte over sitt arbeid, kom det spontant; *dette ville det være interessant å*



*snakke med de andre om.* Flere av de intervjuede kom inn på at de i løpet av arbeidsdagen hadde liten tid til å snakke sammen om arbeidet de utførte.

Ut fra min forståelse må den praktiske kunnskapsdimensjonen begrepsfestes i relasjon til den situasjon og det landskap den finnes i. Forsøker man å ”trekke” kunnskapen ut av situasjonene den hører hjemme i, gjør man den kanskje til noe annet enn praktisk sykepleiekunnskap. Skissene, som er fremstillingsmåten av det empiriske materialet, har vært et forsøk på en begrepsfesting av denne kunnskapsdimensjonen. Der trer situasjonene frem som gir denne kunnskapen mening. Jeg har sett det som viktig å gi et bilde av det landskapet slike situasjoner er situasjoner i, det jeg har kalt livsformen sykepleie her som en kirurgisk avdeling i et sykehus. Sykepleierne som har vært med som deltakere i dette prosjektet har underveis i prosessen fått lese skissene og hatt muligheter til å komme med innspill. De kjente seg igjen i materialet og fant mening i skissene. Dette ser jeg som en validering av funnene.

Mitt ønske er at disse og andre sykepleiere kan oppleve det meningsfullt og viktig at det blir satt ord på deler av denne kunnskapsdimensjonen. Denne avhandlingen tenker jeg som et bidrag til å vise frem og synliggjøre kunnskaper som ligger i den daglige sykepleievirksomheten. Jeg mener det er viktig at det som i teoretiske sammenhenger blir kalt praksis, blir sett på i en kunnskapsteoretisk sammenheng. Statusmessig har teoretisk kunnskap hatt mer verdi enn praksis i vår vestlige verden. Derfor er det for meg et viktig anliggende å prøve å se og forstå at det i praksis ligger mange kunnskapsdimensjoner. Det er også viktig å kunne vise dem frem for sykepleierne som er i virksomheten, for å gi dem et verbalt språk om praktiske sykepleiekunnskaper. Det å kunne ”lese” kunnskapene i sin egen praksis kan gi styrket identitet og bevissthet om eget yrke.

Et funn som jeg kanskje ikke har viet stor nok oppmerksomhet, er det jeg har lest ut av materialet som sykepleiernes faglige selvforståelse. Jeg har vist i noen situasjoner at mange av dem har en faglig selvforståelse som kan beskrives som en norm om at pasienter skal ha det godt/best mulig når de er syk og lider. Det kan se ut som om de har et bilde av en egentlig sykepleieværemåte som de bare delvis, av ulike grunner, greier å være i kontinuerlig. For meg ser det ut som om denne normen ligger implisitt og gjennomsyrrer deres praktiske virke. For dem selv er den kanskje så selvfølgelig at den ikke trenger omtale. Utenfra sett kan det også virke selvsagt at en sykepleier skal ville det gode for pasientene sine, og gjøre det som er

mulig for at pasientene skal ha det bra. Dette selvfølgelig som man tar for gitt, kunne jeg kanskje ha løftet bedre opp og utdypet. Det kunne for eksempel vært sett i sammenheng med Aristoteles kunnskapsdimensjon *phronesis*, og slik sett som en dyd som kan knyttes opp mot sykepleieryrket.

Jeg har i avhandlingen ikke eksplisitt trukket frem etiske dilemma som det finnes mange av i sykepleiernes hverdag. Dette har ikke vært i fokus i denne kunnskapsteoretiske diskusjonen. Derfor har jeg heller ikke empiri som sier noe eksplisitt om dette. Kanskje kan dette være noe å gå videre på ved en annen anledning?

Min egen motivasjon for å gå i gang med dette prosjektet kan beskrives som en uro for at den praktiske kunnskapen jeg av egen erfaring vet finnes i den praktiske virksomheten, i dagens utdanning skal forvitte og bli borte. Jeg har, som underviser i utdanningen, hatt et stort engasjement for praksiskunnskap, og det ble mer og mer viktig for meg å kunne identifisere og begrepsfeste dimensjoner ved denne kunnskapen. Som underviser har jeg mange ganger kjent meg hjelpsløs og manglet ord for å kunne åpne opp det praktiske sykepleielivet for nye studenter. Dette prosjektet har hjulpet meg til å identifisere og beskrive noen dimensjoner ved sykepleiens praksiskunnskap. Forhåpentligvis kan dette bidra til at andre også får øye på den.

## Litteratur

- Album, D. 1996. *Nære fremmede*, Oslo: TANO
- Almås, H. 1992. *Klinisk sykepleie*, Oslo: Universitetsforlaget
- Alvsvåg, H. 1985. *Har sykepleien en fremtid?: en kritikk av den teoretiske sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aristoteles, 1999. *Etikk: et hovedverk i Aristoteles`filosofi, også kalt "Den nikomakiske etikk"*, oversatt av Arnfinn Stigen, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Benner, P. 1987. How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 87:23-31
- Benner, P. 1995. *Fra novise til ekspert*, Oslo: TANO forlag. Oversatt av Gerd Have.
- Benner, P., Wrubel, J. 2001. *Omsorgens betydning i sygepleje*, by: Munksgaard, Danmark, Oversatt av Hanne Steinicke,
- Blakar, R. 1973. *Språk er makt*. Oslo: Pax
- Carlsen, L. B. 1982. *Primærsykepleie*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag a/s
- Ekeli, B.V. 2002. Evidensbasert praksis: snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?, *Eureka 2/2002*, Tromsø: Høgskolen i Tromsø: Eureka forlag.
- Elstad, I., Hamran, T. 1995. *Et kvinnefag i modernisering*, Oslo: Ad notam Gyldendal
- Fagermoen, M. S. 1993. *Sykepleie i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget 1993.
- Fjelland, R og Gjengedal, E. 1995. *Vitenskap på egne premisser*, Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Floistad, G. 1993. *Heidegger: en innføring i hans filosofi*, Oslo: Pax
- Fog, J. 1994. *Med samtalen som utgangspunkt*, København: Akademisk Forlag
- Foucault, M. 1991. *Galskapens historie*, oversatt av Engelstad og Falkum, Oslo: Gyldendal
- Geertz, C. 1993. *The interpretation of cultures*, London: Fontana Press
- Geertz, C. 1991. *Tjock beskrivning, för en tolkande kulturteori*, Häften för kritiska studier nr. 3, s.13-33
- Gilje, N. og Grimen, H. 1993. *Kompendium i almen vitenskapsteori for Dr.polit og Dr. art. - graden*, Universitet i Bergen
- Grimen, H. 1991. *Taus kunnskap og organisasjonskultur*, LOS senteret, notat 91/28, Bergen

- Gøtzsche, I. 1993. *Sygeplejens udvikling og kulturhistoriske baggrund*, København: Nyt Nordisk Arnhold Busck
- Hamran, T. 1987. *Den tause kunnskapen*, Oslo: Universitetsforlaget,
- Hamran, T. 1991. *Pleiekulturen*, Oslo: Gyldendal
- Heidegger, M. 1992. *Varat och Tiden*, oversatt til svensk av Matz, R. (første gang utgitt i 1981), Lund: Doxa
- Henderson, V. 1997. *ICN: sykepleiens grunnprinsipper*, oversatt av Mørland, I. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Holm, U. 1987. *Empati: att forstå andra människors känslor*, Stockholm: Natur och kultur
- Hougaard, L. 1998. Patricia Benners forsknings- og forfattervksomhed – et paradigmatiske utviklingsforløb. *Klinisk sygepleje*, nr.4, s.195-201
- Hyden, L., Hyden, M. 1997. *Att studera berättelser*. Stockholm: Liber
- Johannessen, K. S. 1984. *Kunst, språk og estetisk praksis*. Norsk Filosofisk Tidsskrift, Vol19, no1, s 9-41.
- Johannessen, K. S., Rolf, B. 1989. Intransiv forståelse- en fellesnevner for filosofisyn, språksyn og kunstsyn hos Wittgenstein? I *Om tyst kunnskap: två artiklar*, Uppsala: Uppsala universitet, Centrum för didaktik.
- Johannessen, K. S. 1993. *Wittgensteins senfilosofi*, Universitetet i Bergen, filosofisk institutt. Stensilserie nr.42
- Johannessen, K. S. 1998. *Tause innslag i kunnskap og forståelse*, AGORA, journal for metafysisk spekulasjon, nr.3/4, s.271-293
- Josefson, I. 1991. *Kunnskapens former : det reflekterade Yrkeskunnandet*, Stockholm: Carlssons
- Josefson, I. 1998. *Läkarens yrkeskunnande*, Lund: Studentlitteratur
- Kirkevold, M. 1992. *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kirkevold, M. 1993. Har Kari Martinsens arbeider klinisk relevans? *Sykepleien*, nr.5, s.40-43
- Kirkevold, M. 2000. Utviklingstrekk i Kari Martinsens forfatterskap, i Alvsvåg, H og Gjengedal, E : *Omsorgstenkning – en innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget 2000

- Kvale, S. Fog, J. 1992. *Artikler om interviews*, Århus: Center for Kvalitativ Metodeudvikling, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.
- Lethinen, U. 1991. *Vad kan en sjuksyster veta? Skiss til en beskrivning av vad sjuksköterskor kan veta om andra människors förnimmelser och känslor*. Göteborg: Göteborgs universitet: Institutionen för filosofi, gröna serien; 37
- Lundt, U, Søder, M., Værnes, K. 1988. Nursing theories: a critical view. *Image:journal-of-Nursing-Scholarship*, nr.1, s. 36-40
- Malchau, S. 2000. Kaldet, i Alsvåg, H. og Gjengedal, E.(red.):*Omsorgstenkning, en innføring i Kari Martinsens forfatterskap*, Bergen: Fagbokforlaget
- Mathisen, J. 1993. *Sykepleiehistorie*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. 1975. Sykepleie og filosofi: et fenomenologisk og marxistisk bidrag. Universitetet i Bergen. Filosofisk institutt; 34
- Martinsen, K. , Wærness, K. 1979. *Pleie uten omsorg?* Oslo, Pax forlag.
- Martinsen, K. 1981. Omsorgens filosofi. *Sykepleien*, nr. 68, s.4 - 10
- Martinsen , K. 1985. Sykepleietradisjonen – et nødvendig korrektiv til dagens sykepleieforskning. *Sykepleien* nr.15, 6-14.
- Martinsen, K. 1989. *Omsorg, sykepleie og medisin. Historiske-filosofiske essays*. Oslo: Tano forlag.
- Martinsen, K. 1990 a. Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie, i Jensen, T. K, Jensen, L. U, Kim, W. C. Jensen, T. (red) 1990. *Grundlagsproblemer i sykeplejen*, Aarhus: Philosophia
- Martinsen, K. 1990b. Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I Jensen,K: *Moderne omsorgsbilder*, Oslo: Gyldendal
- Martinsen, K. 1991. Under kærleg forskning. Fenomenologiens åpning for den opplevde erfaring i sykepleie. *Perspektiv. Tidsskrift for sygeplejersker*, nr. 36, s.4-15
- Martinsen, K. 1993. *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*, Oslo: TANO
- Martinsen, K. 1984. *Freidige og uforsagte diakonisser: et omsorgsyrke vokser fram, 1860-1905*, Oslo: Aschehoug
- Melby, K. 1990. *Kall og kamp: Norsk sykepleierforbunds historie*, Oslo: J. W. Cappelens Forlag.
- Meløe, J. 1973. Aktøren og hans verden. *Norsk Filosofisk Tidsskrift*, nr.2, s.133-143.

Meløe, J. 1978. Om Øfstis bok "Språk og fornuft". Pluss en del notater om språk og praktiske virksomheter. *Norsk Filosofisk Tidsskrift*, nr.2, 13 årgang, s. 101-139.

Meløe, J. 1995. Steder. *Hammaren*, nr.3, s. 6-12

Merleau-Ponty, M. 1994. *Kroppens fenomenologi*, oversatt til dansk ved Bjørn Nake; innledning ved Dag Østerberg. Oslo: Pax

Merleau-Ponty, M. 1998. *The structure of behavior*, oversatt av Alden L.Fisher, Pittsburgh,PA: Duquesne University Press.

Mishler, E. 1997. Modeller for berättelsesanalys. I *Att studera berättelser*, Hyden & Hyden (red.) Stockholm: Liber

Mitchell, P. 1980. *Grunnleggende sykepleie*, oversatt av Mørland, Ingeborg, Oslo: Universitetsforlaget

Molander, B. 1993. *Kunnskap i handling*, Göteborg: Daidalos

Molander, B. 1996. *Kunnskap i handling*, Göteborg: Diadalos

Molander, B. 1997. Kunnskapsmangfold och olika kunnskapstraditioner, i Alsvåg, H., Andersen, N., Gjengedal, E., Råheim, M.(red.): *Kunnskap, kropp og kultur*, Oslo: ad Notam Gyldendal.

Nergård, J. I. 1994. *Det skjulte Nord-Norge*, Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Nergård, J. I. 1998. Fra Forelesningsnotatet: Andres handlinger og egne. Språket i det tause rom. Seminar ved Høgskolen i Bodø, 11.nov.

Nightingale, F. 1954. *Anteckningar om sjukvård*, Stockholm: Svensk sjuksköterskeförenings förlag.

Nordenstam, T. 1984a. Två oförenliga traditioner, I *Datautvecklingens filosofi*, Bo Göranson (red.), Stockholm: Carlson & Jönsson bokförlag.

Nordenstam, T. 1984b. Ett pragmatisk perspektiv på datautvecklingen, I *Datautvecklingens filosofi*, Bo Göranson red., Stockholm: Carlson & Jönsson bokförlag.

Norvoll, R. 2002. Gap mellom utdanning og yrke, *Tidsskriftet Sykepleien*, nr.5, s.52-56

Paulgaard, G. 1997. Feltarbeid i egen kultur - innenfra, utenfra eller begge deler? I *Metodisk feltarbeid: Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L., Aase, T.H. (red), Oslo: Universitetsforlaget.

Polanyi, M. 1983. *The tacid dimension*, Glouchester, Mass: Peter Smith.

Polanyi, M. 2000. *Den tause dimensjonen: en innføring i taus kunnskap*, Oslo: Spartacus

- Ramirez, J. L. 1992. *Positivism eller hermeneutik*, NORPLAN, Nordiska institutet för samhällsplaner, Meddelande 1992:2
- Ramirez, J. L. 1997. *Forskande i gemenskap*, dia-L-O-G-O-S\_ forskarkooperativ.
- Ramirez, J. L. 2000. *Socialplaneringens verktyg. En handlingsteoretisk undersökning i ett humanvetenskapligt perspektiv*, NORDREGIO, Stockholm
- Rasmussen, T. H. 1996. *Kroppens filosof: Maurice Merleau-Ponty*, Brøndby: Semi- forlaget.
- Reissman, C. K. 1997. Berätta, transkribera, analysera. I *Att studera berättelser*, Hyden & Hyden (red.), Stockholm: Liber
- Rolf, B. 1991. *Profession, tradition och tyst kunskap: en studie i Michael Polanyis teori om den professionella kunskapens tysta dimension*. Gyttorp: Nye Doxa
- Scheman, N. 1998. *Livsformer: Kartlegging av det grove underlaget*, AGORA; Journal for metafysiske spekulasjoner, nr.3/4, s.142–167
- Schulman, S. 1958. *Basic Functional Roles in Nursing: Mother Surrogate and Healer. Patients, Physicians and Illness*, Chicago: The Free Press
- Skjervheim, H. 1992. *Filosofi og dømmekraft*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Slagstad, R. 2000. *Kunnskapens hus*, Oslo: Pax forlag.
- Solberg, A. 1985. Metodekapitlenes blanke sider. I *Metode på tvers: samfunnsvitenskapelige forskningsstrategier som kombinerer metoder og analysenivåer*. Dale, B., Jones, M., Martinussen, W. (red.), Trondheim: Tapir.
- Strauss, A., Corbin, J. 1990. *Basics of Qualitative Research, Grounded theory – procedures and techniques*, Sage Publications, Newbury Park
- Svensson, G. 1992. *Wittgenstein om kunnskap og visshet*, Stockholm: Thales
- Thorsen, K. 1996. *Livshistorier, livsløp og alderdom*, Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Travelbee, J. 1971. *Interpersonal aspects of nursing*, A. Davis Company, Philadelphia.
- Van Manen, M. 1990. *Researching lived Experience*, The Athol Press, Ontario, Canada
- Vereide, P. K., Hofseth, C., Norvoll, R., Røhme, K. 2001. *Stykkevis og helt – Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*, Oslo: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.
- Vesterdahl, A. 1986. *Sundheds- og sygepleje*, København: Nyt Nordisk Forlag

- Værness, K. 2000. Debatten om sykepleiens profesjonalisering. I Alvsvåg og Gjengedal: *Omsorgstenkning en innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget
- Wackerhausen, B.& S. 1993. Tavs viden og pædagogik. *Dansk pædagogisk tidsskrift*, nr.4, s. 190 - 201
- Wackerhausen, S. 1997. The Scholastic Paradigm and Apprenticeship, *Skriftserie, Institut for Filosofi, Århus Universitet*.
- Wadel, C. 1991. *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*, Flekkefjord: SEEK.
- Weiss, C. 1980. *Social science research and decision-making*, New York: Columbia University press.
- Wyller, I. 1978. *Sykepleiens verdenshistorie*, Oslo: Fabritius
- Wittgenstein, L. 1978. *Filosofiska Undersökningar*, Stockholm: Bonnier
- Wittgenstein, L. 1989. *Om vished*, Philosophia, Århus
- Wittgenstein, L. 1992a. *Filosofiska undersökningar*, oversatt av Anders Wedberg, Stockholm: Thales
- Wittgenstein, L. 1992b. *Om visshet*, oversatt av Lars Hertzberg, Stockholm: Thales
- Wittgenstein, L. 1997. *Filosofiske undersøkelser*, oversatt av Mikkel.B. Tim, Oslo: Pax
- Wittgenstein, L. 1992c. *Tractatus logico-philosophicus*, oversatt av Anders Wedberg, Stockholm: Thales
- Wittgenstein, L. 1999. *Blå boken och Bruna Boken*, Thales, Stockholm
- Østergaard, E. 1998. Ett skritt tilbake og to frem, utdrag av *Doctor Scientiarum Theses 1998:25*. Norges Landbrukshøgskole, Ås