

Jeanne Boge, I.amanuensis,  
Institutt for sykepleie, Høg-  
skolen i Bergen.

Kari Martinsen, professor,  
Institutt for sykepleie, Høg-  
skolen i Harstad/Haraldsplass  
Diakonale Høgskole.

Kjell Kristoffersen, professor,  
Institutt for sykepleieviten-  
skap, Universitetet i Bergen



Florence  
Nightingale

# Politikk styrer sjukepleiefaget

Koplingar mellom sjukepleiepraksis og vitskap har vore brukt til å styra sjukepleiefaget i pakt med politiske interesser.

**I** Noreg går det føre seg eit storstilt arbeid for å få sjukepleiarar til å basere praksisane sine på vitskap. I denne artikkelen vil me argumentere for at koplingar mellom sjukepleiepraksis og vitskap har vore brukt til å styra sjukepleiefaget i pakt med politiske interesser. Ved å kopla praksisar til vitskap har ein gitt den politiske argumentasjonen fagleg legitimering, samstundes som det er lite som taler for at sjukepleiepraksis har vore utleia frå vitskap. I fyrste delen av artikkelen argumenterer me for at koplinga mellom

hygieneteori og sjukepleiepraksis var politisk interessant på den tida faget oppstod. Deretter vil me argumentere for at koplingane mellom behovsteori og sjukepleiepraksis blei politisk interessant i etterkrigstida. Avslutningsvis argumenterer me for at koplinga mellom medisinsk evidens og sjukepleiepraksis understøttar politiske interesser i vår tid. Me brukar fleire gongar kroppselege vaskepraksisar som eksempel i argumentasjonen.

### Hygiene og sjukepleiepraksis

Ein tidfestar gjerne starten på moderne sjukepleie til 1860, då Florence Nightingale starta sjukepleieutdanning i London. Faget oppstod i ei tid då vestlege samfunn var i ferd med å endra seg frå tradisjonelle jordbruks- til moderne industrisamfunn. Arbeidskraft vart rekna som varer på lik linje med andre varer, og statlege inngrep for å heva arbeidarane sine lønningar vart rekna for uheldig, fordi det ville gje større omkostningar og skada verksemdene sine forsøk på å produsere konkurransedyktige varer (1, s. 373-380). Denne økonomiske politikken auka klasseforskjellane. Dei som eigde noko blei rikare, medan fattige eigedomsause bønder og industriarbeidarar fekk ekstremt dårlege levekår. Når store delar av innbyggjarane i fleire engelske industribyar var så fattige at dei svalt på midten av 1800-talet, tok verken styresmakter eller bedriftseigarar større ansvar for å hjelpe dei som var i naud. I staden fekk den engelske juristen Edwin Chadwick i oppgåve å finna ut korleis ein kunne redusere kostnadane som arbeidarklassa sin skit og sjukdom førte med seg. Arbeidet han stod i spissen for vart ein enorm dokumentasjon av arbeidarklassa sine levekår, og endra Chadwick sitt syn på fattigdom. Frå å sjå på fattigdom som sjølvforskyldt på grunn av låg moral, endra han syn til å meine at det var dei sosiale og materielle tilhøva som dei fattige levde under som førte til skit og ureinsemd. Han argumenterte for at desse tilhøva måtte forberast gjennom sosialpolitisk handling (2).

### Verdas fyrste helselov

Det same meinte Nightingale som Chadwick hadde eit tett samarbeid



Sykepleier ukjent sted cirka 1900.  
Foto: Theodor Kielland-Torkildsen.

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

#### Søkeord:

- » Politikk
- » Historie
- » Hygiene
- » Sykepleierolle
- » Sykepleie





Interiør, behandlingsrom, trolig ved sykehus. To kvinnelige pasienter og sykepleier 1928. Foto: Atelier KK.

med i Sanitation Movement (3). Denne organisasjonen argumenterte for at det var god samfunnsøkonomi å betra levekåra til fattigfolk, for det ville auka produksjonskapasiteten i samfunnet. I forlenginga av denne argumentasjonen fekk England verdas fyrste helselov i 1848, og denne danna mal for liknande lover i andre vestlege land. Noreg fekk helselov i 1860, som var gjennomsyra av miasmatiske hygienetenking (4, s. 84). I den hygieneteorien rekna ein smittesstoffet i seg sjølv for å vera nokså harmlaust. Smitte breidde seg frå utdunstingar frå jordbotnen, utdunstingar frå pusten og huden til sjuke, men farleg blei den berre dersom den blei omgjort til miasme. Ein meinte denne omgjeringa fann stad der det var ekskrement, uorden, søppel, animalske utdunstingar og anna ureinsemd. Slikt var det gjerne mykje av hjå fattigfolk, og der meinte ein at miasmene hadde god grobotn. Ein førestilte seg at det var mogeleg å styrkja motstandskrafta gjennom godt kosthald, klesdrakt, ved å fjerne skit og lort, gjennom nøysam livsstil og sosiale reformer (5, s. 1-3).

#### Sunnhetskommisjonane

Miasmeteorien var politisk interessant i land som argumenterte for fri konkurranse og minst mogeleg statlege inngrep. Karantenetiltak, det vil seie autoritær avsperringspolitikk, vart rekna som uheldige inngrep mot fri handel, og sidan legane høyrde til klassa som tente på fri konkurranse, er det ikkje usannsynleg at dei prøvde å argumentere for teoriar som understøtta slike politiske interesser (6, 312-313). Men legane var usikre, og dei vingla gjerne frå den eine teorien til den andre, og på slutten av 1800-talet blei miasmeteorien gradvis avløyst av mikrobeteorien. Allereie på 1600-talet hadde ein sett mikrobar i mikroskop, men det var fyrst på slutten av 1800-talet denne læra fekk ei viss gjennomslagskraft. Streng hygiene, tvungen isolasjon og utstrakt meldeplikt blei sentrale verkemiddel for å hindre spreyinga av infeksjonssjukdommar, trass i at slike tiltak innebar eit brot med ideane om personleg fridom og fri konkurranse. Heleslova av 1860 gav legane ein heilt ny plass i det norske helsestellet som

leiarar for Sunnhetskommisjonane som blei oppretta i alle norske kommunar i forlenginga av helselova (4, s. 25-95).

#### Ny vaskepraksis

Det gjekk ikkje lang tid før legane begynte å sjå seg om etter danna, faglærte medhjelparar, og den fyrste norske fagutdanning i sjukepleie oppstod i 1868 (7). Faglærte sjukepleiarar fekk ei sentral rolle i helsestellet, og hygiene fekk ein sentral plass i faget (8). Lærebøker i sjukepleie som kom ut i Noreg på slutten av

*Faget oppstod i ei tid då vestlege samfunn var i ferd med å endra seg frå tradisjonelle jordbruks- til moderne industrisamfunn.*

1800-talet/starten på 1900-talet var skrive i ei brytningstid mellom ulike syn på hygiene (jf. ovanfor). Men det er lite som taler for at dei kroppslege vaskepraksisane som det blei argumentert for i lærebøkene var utleia frå nokon av teoriane. Det er derimot mykje som taler for at vaskepraksisane var i pakt med borgarskapet sitt syn på kva som blei rekna for anstendig og økonomisk mogeleg i den aktuelle perioden (9). På midten av 1800-talet var det ikkje vanleg at allminnelege folk vaska seg større til dagleg, men til helga vaska dei synlege kroppsdelar, og til jul heile kroppen. Ein vaska seg ikkje for helsa sin del, men for å visa Gud og medmenneske respekt (10). Borgarskapet markerte avstand til allmugen ved hjelp av oftare og meir omfattande kroppsvask. Då politikarane fann ut at det kunne vere ein fordel for samfunnsøkonomien at fattigfolk vaska seg i pakt med borgarlege normer, vart det sett i verk eit storstilt politisk arbeid for å få arbeidarar og fattige bønder til å vaska seg meir (11). Dette arbeidet var ikkje spesielt for Noreg, men ser ut for å ha vore ein generell tendens i framveksande industriland. Reinsemd var politisk interessant



fordi det var stor uro blant arbeidarar og småbønder som tapte på den frie konkurranse. Dei var svoltne og misnøgde og det var bortimot ei revolusjonær stemning mange stader (12, s. 117-118). Politkarane og andre makthavarar som hadde fordelar av den frie konkurransen, vona at fattigfolk som fekk vanen med å vaska seg, ville oppføra seg ordentleg og vera føyelege, friske og produktive (13).

### Behovsteori og sjukepleiepraksis

Nedanfor skal me forflytte oss til etterkrigstida, og koplingar mellom sjukepleie, behovsteori og politikk. Læreboka som Lerheim og Norsk sykepleierforbund (NSF) gav ut i 1967 var den fyrste lærebok i sjukepleie som argumenterte for sjukepleie ved hjelp av behovsteori (14). Den signaliserte tydelege forventingar om at pleietrengjande burde vaske bortimot heile kroppen kvar dag uavhengig av kva behov dei skulle ha (9). Denne argumentasjonen var i pakt med dei kroppslege vaskeideala i etterkrigstida. På den tida gjekk det føre seg eit storstilt arbeid i Noreg for at alle skulle få innlagt vatn, og for at bad skulle bli allemannseige (15).

Samstundes som sjukepleiefaget begynte å legitimere seg ved hjelp av behovsteori, oppstår det ei anna interessant endring: Læreboka frå 1967 var den fyrste som omtalte vask og stell av pleietrengjande som personleg hygiene (14). Allereie i 1921 stod det om personleg hygiene i ei sentral norsk lærebok i grunnleggjande sjukepleie (16, s. 235-238). På den tida omfatta personleg hygiene ikkje den pleietrengjande, men alt som kunne fremme eller hemme

## *For at offentleg sektor skal bli meir effektiv/ rimelegare prøver ein blant anna å styre faglærte sjukepleiarar mot medisinsk be- handling og diagnostikk.*

helsa eller arbeidskapasiteten til sjukepleiaren. Læreboka argumenterer for strenge krav til sjukepleiar si personlege reinsemd. Det måtte vera ein ufråvikeleg regel at ho tok bad eller grundig heilvask minst kvar åttende dag. Dersom ho var tilbøyeleg til å sveitta under armane og på beina burde desse delane av kroppen vaskast oftare. Vidare var det viktig at sjukepleiaren fekk kvilepausar og sov godt for å halda seg frisk og sterk. Det ser med andre ord ut for at personleg hygiene omfattar alt som kunne gjera sjukepleiar til sterk og nyttig arbeidskraft. Når ein i 1967 også begynte å omtale vask og stell av sjuke og pleietrengjande som personleg hygiene, var det ei markering av at vask og stell no var blitt ein helsefremmande eigenaktivitet, og det blei argumentert for at sjuke og pleietrengjande hadde behov for å vera mest mogeleg sjølvhjelp og uavhengige av hjelp. Lærebøker frå vår tid omtaler også vask og stell av pleietrengjande som personleg hygiene (17-18).

Teoretisk var sjølvhjelpsargumentasjonen som oppstod i læreboka i 1967 fundert i den amerikanske sjukepleiaren Virginia Henderson sin behovsteori (19, s. 9-20, 37-41). Henderson profilerte og introduserte behovsteori i sjukepleiefaget, samstundes som ho gav uttrykk for uro over den politiske samanhengen teorien stod i. Henderson skriv at både sjukepleiarar og pleietrengjande har rekna sengebadet som krumtappen i sjukepleia. Under stellet hadde den pleietrengjande vore åleine med sjukepleiar, og det hadde vore rom for å gje uttrykk for uro og for å få fysisk og psykisk trøyst. Henderson meinte denne nære relasjonen hadde betydd mykje for både pasient og sjukepleiar, men på grunn av mangel på faglært hjelp

og overfylte sjukehus i etterkrigstida måtte den pleietrengjande vera mest mogeleg sjølvhjelp, aktiv og uavhengig. Henderson var redd for at denne utviklinga kunne føre til at sjukepleiar fekk lite fysisk kontakt med sjuke og pleietrengjande, og blei ståande att med det ho kalla plagsomme behandlingstiltak og blei den som dirigerte andre.

### Et humanistisk fag

Men det ser ikkje ut for at uroa over dei behovsteoretiske konsekvensane stakk så djupt hos Henderson, for ho argumenterte for teorien både i 1960 og 25 år seinare (20). Henderson var tydeleg inspirert av Maslow som har hatt ein sentral plass i humanistisk psykologi. Han argumenterte for at menneske har ibuande behov for å veksa og realisera seg sjølv. Han var kritisk til psykologar som baserte teoriane sine på nevrologiske, forkropla individ, fordi han meinte det gav eit skeivt bilde av menneske. Sjølv baserte han teorien sin på studiar av sjølvrealiserande personar med sentrale posisjonar i samfunnet (21, s. 266-275). Det er eit tankekors at sjukepleiefaget har støtta seg på ein slik teori, men Henderson problematiserer ikkje oppkomsten til behovsteori. Politisk var sjølvrealiserande samfunnslemmar interessant i etterkrigstida. Vestlege land skulle byggjast opp att, velferdsstaten skulle etablerast og realiserast og det var stor mangel på helsepersonell. Spesielt sjukepleiarar. Dei som var yrkesaktive måtte fyrst og fremst ta seg av oppgåver som var knytt til medisinsk behandling, medan mykje av det kroppslege arbeidet blei overlevert til hjelpepleiar (22, 203-211). Før andre verdskrig hadde vask og stell av pleietrengjande vore rekna som ein sentral del av sjukepleia, ja, som ei behandlingsform (23, s. 2). NSF var skeptisk til at delar av arbeidet skulle overlatast til anna helsepersonell, men på grunn av stor mangel på sjukepleiarar gjekk forbundet med på ei midlertidig ordning med hjelpepleiarutdanning. Når NSF godtok hjelpepleiarutdanningane kunne det vera fundert i iveren etter å gjere sjukepleie til ein profesjon (22, s. 203-211). I den samanheng var det kanskje ein fordel å bli assosiert med medisinsk behandling og i mindre grad med vask og stell av sjuke og svake kroppar. Ein profesjon må markere grenser mot andre fag, og gjennom behovsteorien til Henderson markerte sjukepleiefaget seg som eit humanistisk fag, som noko anna enn naturvitskapleg medisin. I tillegg til at teorien fungerte som profesjonsmarkør, var den med på å legitimera den politiske styringa av sjukepleiarane bort frå den kroppslege pleia, for teorien var bygd på idear om at menneske har primære grunnleggjande behov, noko som impliserer at ein har i seg ei indre kraft til å realisera seg sjølv utan hjelp frå andre.

### Medisinsk evidens og sjukepleiepraksis

Nedanfor vil me argumentere for at koplinga mellom sjukepleiepraksis og den medisinske forståinga av evidens heller ikkje er politisk uskuldig. Koplingane har oppstått dei siste 15–20 åra samstundes med at ein begynte å organisere og omtale helsevesenet som produksjonsbedrifter. Dette har endra språkbruk i helsevesenet. I dag snakkar ein om produksjon, kvalitetskontroll, kunde, og ein prøver å skape inntrykk av at det er den hjelpetrengjande sjølv som avgjer kva hjelp vedkomande treng. Men tanken bak dette er kanskje ikkje fyrst og fremst omtanken for den enkelte, men styresmakten sin trong for mindre utgifter til helsetenester.

Den bedriftsøkonomiske måten å drive helsetenester på er inspirert av New Public Management (NPM). Kjernen i denne ideologien er nokre få og enkle premisser om at samfunnet består av menneske som er rasjonelle og maksimerer eiga nytte. Det er ikkje uvanleg å leggje til at aktørane er egoistiske og prioriterer egne interesser framfor kollektive omsyn. Det vil seie at dei gjer



det som lønner seg mest. Ifølge den norske sosiologiprofessor Roar Hagen (24, s. 205-212) tidfestar ein opphavet til NPM til starten av 1980-talet, og stadfestar den til England. Derifrå spreidde fenomenet seg til USA, Australia, New Zealand og til ein del utviklingsland. Etter kvart har det begynt å spela ei politisk rolle på det europeiske kontinentet også, kanskje spesielt i Nederland, men også i Danmark og Noreg. Det var i fyrste omgang det konservative parti som støtta seg til NPM, men etter kvart har sosialdemokratane også teke til seg det same tankegodset. I NPM-perspektivet er velferdsstaten for stor, for kostbar, ineffektiv og tek for lite omsyn til den enkelte sine behov. Omtanken for den enkelte sine behov er tilsynelatande, for behova til sjuke og pleietrengjande er berre interessante dersom dei er med på fremme produksjonen i samfunnet på ein måte som reduserer dei offentlege utgiftene.

For at offentleg sektor skal bli meir effektiv/rimelegare prøver ein blant anna å styre faglærte sjukepleiarar mot medisinsk behandling og diagnostikk: Kroppspleia kan overlatast til mindre utdanna/rimelegare arbeidskraft. Denne politikken treng ikkje vere uttrykk for at sjukepleiar ikkje ynskjer å vaske og stelle pleietrengjande. Ein studie frå Danmark viser i alle høve at sjukepleiarane skulle ynskt at arbeidet var organisert slik at dei både kunne gjennomføre medisinsk behandling og utføre den direkte kroppslege pleia sjølv. Dei sakna meir kontakt med pleietrengjande, og ynskte å bruke mindre tid til administrering, koordinering, dokumentasjon og medisiner (25). Studien blei omtalt i det danske politiske magasinet Mandat, som viste til at stram produksjonsorientering i sjukehusa og stort press på å få flest moglege pasientar utskrivingsklare på kortast moglege tid gjorde sjukepleiarane sitt ynskje om meir tid til sjuke og pleietrengjande urealistisk. Magasinet argumenterte vidare for at ein burde tone ned omsorgsaspekt i sjukepleiutdanninga, fordi det var lite rom for slikt i den produksjonsretta sjukepleiekvardagen (26).

### Byggjer ned velferdsstaten

I det produktive helsevesenet prøver ein å skaffe seg kontroll over inntekter og utgifter ved å standardisere behandlinga mest moglege, slik at helsevesenet lettare let seg styre av politikarar og makthavarar, og i mindre grad av fagfolk og skjønn. I den samanheng har evidensbasert medisin kome i framgrunnen, og kravet om synlege, objektive sjukdomsteikn for å akseptera menneske som sjuke. Omgrepa evidensbasert medisin (EBM) og evidensbasert praksis (EBP) vert gjerne brukt om kvarandre, men EBP er meir generell og omfattar fleire helseprofesjonar. I Tyskland er det gjort framlegg om at i framtida skal berre evidensbasert behandling refunderast av det offentlege. Taparar i det evidensbaserte helsevesenet er



Sykepleier og pasient, Røde Kors klinikk 1945-1950. Foto: Atelier KK.

menneske med sjukdommar og lidningar som ikkje kan forklarast ut i frå naturvitskaplege, fysiske sjukdomsteikn, og lidningar som det ikkje fins standardisert, medisinsk behandling for. I denne gruppa er det mange med kroniske sjukdommar, langvarige pleiebehov, døydande og deira pårørande. Det kan vera vanskeleg å måla mengda og effekten av mykje av det arbeidet som pleiarane utfører i møte med hjelpetrengjande som gradvis vert svakare. Og det kan vere vanskeleg å standardisere tilnærmingane på grunn av dei etiske problema som oppstår i direkte møte med andre menneske si lidning (27-28).

Mangelen på standardisering og målbar effekt kan brukast politisk. England var det fyrste landet som innførte NPM. Der er det i alle høve blitt slik at hjelpetrengjande som ikkje har evidensbaserte medisinske diagnosar som tilseier at dei treng hjelp til kroppsvask, lyt betale private aktørar for slik hjelp, og arbeidet skal primært utførast av ufaglærte. På det viset prøver ein redusere offentlege utgifter, byggje ned velferdsstaten og styre faglærte sjukepleiarar mot evidensbasert medisinsk diagnostikk og behandling (29, s. 106-136). Når Norsk Sykepleiarforbund applauderer politiske føringar om evidensbasert sjukepleiepraksis, kan faget indirekte støtte opp om interesser som går ut på å byggje ned velferdsstaten. ■■■

### LITTERATUR

- Skirbekk G, Gilje N. Filosofihistorie: innføring i europeisk filosofihistorie med særleg vekt på vitenskapshistorie og politisk filosofi. 4. utg. ed. Bergen: Universitetsforlaget, 1987.
- Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays. 2. utg. ed. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Sydnes T. Centrale ideer i Florence Nightingales sykepleiefilosofi. In: Birkelund R, editor. Omsorg, kald og kamp Personer og ideer i sykepleiens historie. København: Gyldendal, 2001.
- Schlötz A. Folkets helse - landets styrke. 1850-2003. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Natvig H. Hygiene. Jervell A, editor: Fabritius & Sønners Forlag, 1942.
- Moseng OG. Ansvar for undersåttens helse 1603-1850. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Martinsen K. Freidige og uforsagte diakonisser: et omsorgsyrke vokser fram, 1860-1905. Oslo: Aschehoug, 1984.
- Wolf Z. The bath. Journal of Holistic Nursing, 1993;11(2):135-48.
- Boge J. Kroppsvask i sjukepleia: Bergen University, 2008.
- Sundt E. Om renligheds-stellet i Norge. Oslo: Gyldendal, 1975.
- Frykman J. Hel og ren. In: Frykman J, Löfgren O, editors. Det kultiverte menneske. Oslo: Pax Forlag, 1994.
- Stensteth B. Eilert Sundt og det Norge han fant. Oslo: Gyldendal, 2000.
- Vigarelo G. Concepts of Cleanliness: changing Attitudes in France since the Middle Ages. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
- Lerheim K. Norsk sykepleierforbund. Lærebok for sykepleieskoler, Bind I: generell sykepleielære. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag, 1967.
- Dæhlie K. Vi kunne være renselige uten baderom : en studie av vann : personlig renslighet og modernisering i fjellbygda Alvdal: Universitetet i Oslo, 2006.
- Grøn K, Widerøe S. Haandbok i sykepleien. Kristiania: Aschehoug, 1921.
- Mekki TE, Pedersen S. Grunnleggende sykepleie 1. 3. utg. Oslo: Akribe, 2007.
- Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. Grunnleggende sykepleie, bind 2. Oslo: Gyldendal akademisk, 2005.
- Henderson V. Norsk sykepleierforbund. ICN: sykepleiens grunnprinsipper. Ny utg. ed. Oslo: Norsk sykepleierforbund, 1961.
- Henderson V. Sykepleiens natur og definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning. Refleksjoner etter 25 år. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
- Hall CS, Lindzey G. Theories of personality. 3rd. ed. New York: Wiley, 1978.
- Melby K. Kall og kamp: Norsk sykepleierforbunds historie. Oslo: Norsk sykepleierforbund og J. W. Cappellens Forlag, 1990.
- Jervell A. Lærebok for sykepleiersker, bind I. 3. opplag ed. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag, 1944.
- Hagen R. Nyliberalismen og samfunnsvitenskapene: refleksjonsteorier for det moderne samfunnet. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
- Holm-Petersen C, Asmussen M, Willemann M. Sykepleierskers fagidentitet og arbeidsoppgaver på medisinske afdelinger. DSI rapport 08. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2006.
- Jensen KA. I skyggen af Florence Nightingale. Mandat, Amternes politiske magasin, 2006.
- Martinsen K. Evidens - begrensede eller opplysende? In: Martinsen K, Eriksson K, editors. Å se og å innse. Oslo: Akribe, 2009.
- Martinsen K. Samtalen, skjønnet og evidens. Oslo: Akribe, 2005.
- Twigg J. Bathing, the body and community care. London: Routledge, 2000.