



**Diakonissehjemmets
Høgskole**



ODDVAR FØRLAND

BEGREPSKLARGJØREREN

-En samfunnsfaglig "begrepsverktøykasse" for sykepleiestudenten

Fou-rapport Diakonissehjemmets Høgskole 3/2004

**Diakonissehjemmets høgskole
Ulriksdal 10
5009 Bergen**

**Utgitt 2004
Opptrykk 2006**

ISSN 0809-7062

ISBN 82-7928-073-1

Oddvar Førland
Høgskolelektor
Diakonissehjemmets høgskole
Odfo@haraldsplass.no

Forord

Dette kompendium er tenkt som en liten oppslagsbok i samfunnsfaglige grunnbegreper som er relevante for å forstå og vurdere ulike sider ved helse- og sosialsektoren. På høgskolens pensumlister og i annen aktuell litteratur anvendes mange slike begreper *direkte* uten nærmere forklaring eller eksemplifisering. Det kan derfor være behov for en ordbok som forholdsvis kortfattet forklarer begreper og eksemplifiserer dem i forhold til vårt arbeidsfelt. Den er primært rettet inn mot begreper som er aktuelle i kurs 4 (samfunnsvitenskapelige emner). Det kan derfor leses parallelt med litteratur innenfor kurs 4; for eksempel pensumboken i sosiologifaget ”Samfunn, medisin og sykepleie – en introduksjon til medisinsk sosiologi” skrevet av Roland Svensson. Heftet vil forhåpentligvis også kunne være til noe hjelp i forbindelse med fagbegreper som anvendes under oppgaveskriving, for eksempel fordypningsoppgaven i sykepleiefaget og i enheten som omhandler ”forebyggende og helsefremmende arbeid”.

Hovedvekten er lagt på sosiologiske og andre samfunnsfaglige grunnbegreper, men overgangen til psykologiske, sykepleiefaglige og andre helsefaglige begreper er glidende. Noen slike er derfor også tatt med. Selv om fagbegrepene søkes beskrevet konsist og strukturert dreier det seg ikke kun om korte definisjoner av dem. Definisjoner hører med, men jeg har ønsket å beskrive og gjøre rede for dem slik at ulike forståelser og ulike tradisjoners vektlegging av dem kommer fram. Jeg forsøker også å se fagbegrepene i lys av aktuelle problemstillinger og eksempler innenfor helse- og sosialsektoren. Denne tilnærmingen skiller dette kompendiumet fra mer generelle forklaringer av sosiologiske og samfunnsfaglige begreper som for eksempel ”Norsk Samfunnsleksikon”, Dag Østerbergs ”Sosiologiens nøkkelbegreper” og Korsnes, Andersen og Brante: ”Sosiologisk leksikon”.

Flere av begrepene er i innholdsmessig slektskap med hverandre. Jeg har brukt piltegnet (→) for å henvise til steder i dette kompendiumet der et slikt slektskapsmessig begrep er beskrevet. På denne måten kan man hoppe fra et begrep til et annet innenfor samme tematikk. Denne måten å lese på er sannsynligvis bedre og mer interessant enn å lese fra perm til perm.

Denne utgaven av heftet er fortsatt ufullstendig og skal bearbeides mer. Jeg er derfor meget takknemlig for kritiske kommentarer og ideer til nye begreper som bør beskrives. Ordboken er heller ingen facitbeskrivelse av begrepenes betydning. Begrepsforklaringene farges av mitt syn og min forståelse av dem. Derfor: Les dem med et kritisk blikk og ta selv stilling til ditt syn!

Oddvar Førland

Diakonissehjemmets høgskole, mai 2004.

INNHOOLD:

| | |
|---|----|
| <i>Alderdom</i> | 6 |
| <i>Aldring</i> | 7 |
| <i>Autonomi og paternalisme</i> | 7 |
| <i>Avvik</i> | 9 |
| <i>Bruker</i> | 10 |
| <i>Brukermedvirkning</i> | 11 |
| <i>Bytteteori</i> | 12 |
| <i>Empowerment (bemyndigelse)</i> | 13 |
| <i>Epidemiologi</i> | 14 |
| <i>Evidens og evidensbasert praksis/ sykepleie</i> | 14 |
| <i>Fenomenologi</i> | 15 |
| <i>Flytdiagram</i> | 16 |
| <i>Forebyggende- og helsefremmende arbeid</i> | 16 |
| <i>Funksjon</i> | 18 |
| <i>Funksjonalisme/ strukturfunksjonalisme</i> | 18 |
| <i>Gerontologi; se Aldring</i> | 19 |
| <i>Gruppe</i> | 19 |
| <i>Helsefag</i> | 20 |
| <i>Ergoterapi</i> | 20 |
| <i>Fysioterapi</i> | 21 |
| <i>Legevitenskap</i> | 22 |
| <i>Sykepleie</i> | 23 |
| <i>Helseplanlegging</i> | 27 |
| <i>Holdning</i> | 29 |
| <i>Identitet</i> | 30 |
| <i>Institusjon og institusjonalisering</i> | 31 |
| <i>Internkontroll; se Kvalitetssikring</i> | 31 |
| <i>Kjønn</i> | 32 |
| <i>Klassifikasjon/ sykepleieklassifikasjon</i> | 33 |
| <i>Kompetanse</i> | 34 |
| <i>Konfliktteori</i> | 34 |
| <i>Krenkelse</i> | 35 |
| <i>Kvalitative data og -metoder</i> | 36 |
| <i>Kvalitative intervjuer</i> | 37 |
| <i>Kvalitetssikring/ kvalitetsutvikling/ internkontroll</i> | 40 |

| | |
|---|----|
| <i>Kvantitative data og -metoder</i> | 41 |
| <i>Livskvalitet</i> | 43 |
| <i>Livsløp, livsløpsoverganger og livsløpsfaser</i> | 44 |
| <i>Makt</i> | 45 |
| <i>Marginalisering</i> | 46 |
| <i>Medikalisering</i> | 46 |
| <i>Medisinsk sosiologi</i> | 47 |
| <i>Norm</i> | 48 |
| <i>Observasjon og feltarbeid som metode</i> | 48 |
| <i>Organisasjon</i> | 49 |
| <i>Pasient/ pasientrolle</i> | 50 |
| <i>Paternalisme; se Autonomi</i> | 50 |
| <i>Problemstilling</i> | 51 |
| <i>Profesjon og profesjonalisering</i> | 51 |
| <i>Religion</i> | 52 |
| <i>Reminisens</i> | 52 |
| <i>Risiko</i> | 53 |
| <i>Rolle</i> | 53 |
| <i>Sekularisering</i> | 54 |
| <i>Selv mord (suicid)</i> | 54 |
| <i>Sosialantropologi</i> | 55 |
| <i>Sosialgerontologi/ aldringsteorier</i> | 55 |
| <i>Sosial kontroll</i> | 56 |
| <i>Sosial interaksjonisme</i> | 57 |
| <i>Sosialt system</i> | 58 |
| <i>Sosialisering</i> | 58 |
| <i>Sosiologi</i> | 59 |
| <i>Spørreundersøkelser</i> | 60 |
| <i>Stigmatisering</i> | 61 |
| <i>Strukturfunksjonalisme; se Funksjonalisme</i> | 61 |
| <i>Sykdom</i> | 62 |
| <i>System; se Sosialt system og Systemteori</i> | 62 |
| <i>Systemteori</i> | 62 |
| <i>Total institusjon</i> | 63 |
| <i>Velferdsstat/ velferdssamfunn</i> | 63 |

Alderdom

Alderdommen som livsfase er ingen entydig gitt størrelse eller fenomen verken når det gjelder aldersplassering eller innholdsmessige trekk. Når et menneske betraktes å være i denne livsfase varierer i ulike kulturer og i ulike historiske perioder. På tvers av kultur og tid peker imidlertid alderdommen utvetydig hen mot den del av livet da man vanligvis blir betraktet som «gammel» eller «eldre». Tilsvarende er innledningen til alderdommen knyttet opp mot den del av livsløpet der det begynner å bli vanlig å inneha ett eller flere av de kjennetegn som normalt blir knyttet til det å være gammel i den aktuelle kultur. Å ha gått over fra å være i yrkesaktivt og inntektsgivende arbeid til å være uten dette, er et slikt sentralt kjennetegn som i Norge og den industrialiserte del av verden normativt er vanlig å knytte til overgangen til alderdommen.

Overgangen til alderdommen blir i tråd med dette ikke bestemt ut fra kronologisk alder *alene*, men også ut fra andre innholdsmessige kjennetegn ved individet. Dermed kan en 60-åring i visse tilfeller bli betraktet som gammel fordi han innehar sentrale «alderdomskjennetegn». På den annen side blir en 70-åring i visse tilfeller ennå ikke betraktet som gammel hvis han fortsatt for eksempel er i inntektsgivende arbeid og heller ikke innehar andre normative alderdomskjennetegn. Imidlertid er det i vår kultur slik at en persons kronologiske alder i seg selv er en betydningsfull variabel for folks normative oppfatning av når alderdommen inntreffer. Begrepet alderdom har ordet «alder» innebygget og det dreier seg i alderdommen utvetydig også om det å ha en høy kronologisk alder. Dermed er den normative oppfatningen av alderdommen og det å være gammel også avhengig av den gjennomsnittlige levealder og befolkningens aldersstruktur.

Alderdommen betraktet som en egen livsfase er i et historisk perspektiv et relativt nytt fenomen. Først på 1800-tallet oppsto språkbruk og forestillinger om alderdommen som en egen livsfase preget av tilbaketrekking og svekkelse. I dag er det ikke uvanlig også å differensiere og dele inn alderdommen i egne underfaser. I offentlige utredninger om eldre er det vanlig å skille mellom eldre (ca. 65-80 år) og eldre (over 80 år). Enkelte forskere gjør forsøk på å beskrive alderdommen ved bruk av det de betegner som den tredje og den fjerde alder. "Den tredje alder" er den del av alderdommen hvor personen fortsetter de fleste av sine vanlige aktiviteter og ikke er «avhengig» av andres omsorg. Den fjerde alder referer til den del av alderdommen som preges av omfattende behov for hjelp og pleie. Dette er en betegnelse på faser av alderdommen som ikke baserer seg på den kronologiske alderen fra fødselen men på personens funksjonsnivå. Verdens Helseorganisasjon tar for sin del utgangspunkt i den kronologiske alderen når alderdommen skal plasseres. De deler alderdommen inn i tre faser: Unge gamle (young old) = 65-80 år, gamle (old) = 80 år og eldre og meget gamle/oldinger (very old) = 90 år og eldre. Fra ikke å betrakte alderdommen som en særegen livsfase i det hele tatt er den i et historisk perspektiv i økende grad blitt inndelt og differensiert.

At overgangen til alderdommen hos oss ofte knyttes til den aldersregulerte avgangen fra yrkesaktivt arbeid er en tradisjonell oppfatning, men ikke spesielt nyansert og presist for eksempel i forhold til forskjeller mellom menn og kvinner. Kvinners overgang til alderdom kan tradisjonelt deles inn i inn i tre faser som dekker mange kvinners situasjon og som krever ulike typer tilpasninger. For det første overgangen fra → rollen som husmor (for stadig flere i kombinasjon med egen yrkesaktivitet) i et hushold der ektefellen er yrkesaktiv, til rollen som husmor i et hushold der begge ektefeller er alderspensjonister. For det andre overgangen fra hustrurolle til enkerolle. For det tredje overgangen fra å ha vært en omsorgsperson for andre til selv å bli avhengig av andres omsorg. Det er i tråd med dette nødvendig å differensiere mellom kvinner og menn når det gjelder sosial → aldring og overgangen til alderdommen.

Litteratur til videre lesning:

Nordhus, I.H., Widding Isaksen, L. & Wærness, K. (1986): *De fleste gamle er kvinner*.
Førland, O. (1998): *Aldersmessig standardisering eller destandardisering? En analyse av livssituasjoner i overgangen til alderdommen*.
Daatland og Solem (2000): *Aldring og samfunn*.
Bondevik, M. (2000): *De eldste eldre : erfaringer og refleksjoner*.

Aldring

Aldring er i utgangspunktet et vidt begrep som kan betraktes i lys av ulike dimensjoner og ulike vitenskaper. Sosialgerontologen Tornstam beskriver aldring som en *uunngåelig kjede av hendelser som opptar en betydelig del av → livsløpet i moden alder*. Denne poengteringen av at aldring dreier seg om forandringer i ”moden” og ”voksen” alder har Tornstam felles med de fleste andre oppfatninger og definisjoner av fenomenet, selv om det også finnes definisjoner av aldring som en livslang prosess.

Aldring dreier seg om kjeder av hendelser både på det biologiske, psykologiske og sosiale området. Biologiske hendelseskjeder omfatter forandringer av kroppslig-organisk art. Psykologiske hendelseskjeder omfatter utvikling og forandringer av mental og personlighetsmessig art. Sosiale hendelsesforløp omfatter forandringer som fører til at vi forflyttes mellom ulike sosiale posisjoner og → roller. Aldringsbegrepet henspeler ikke nødvendigvis på avtagende funksjoner, evner eller ferdigheter eller nedgang i sosial posisjon. Aldringsbegrepet dreier seg ifølge Tornstam utelukkende om *forandring*. Aldring dreier seg slik forstått om hendelser av biologisk, psykologisk og sosial art som medfører en eller annen form for forandring. Dette er hendelser som det kan være vanskelig å skille klart fra hverandre. La oss ta et eksempel: Det kan i utgangspunktet dreie seg om en organisk forandring, for eksempel slitasje i hoftelrådet. Denne hendelse kan føre til økende immobilitet som gjør at personen både må slutte i sitt yrke og tidligere sosiale relasjoner kan svekkes og nye relasjoner kan oppstå. Dette kan føre til forandringer av sosiale roller og posisjoner og til forandringer i forhold til selvbilde og → identitet.

”Gerontologi” er betegnelsen på det tverrvitenskapelige studiet av ulike aspekter ved aldring. Det er vanlig å dele gerontologien inn i tre hovedretninger. *Biologisk gerontologi* tar for seg den kroppslige aldringsprosessen, *geriatri* tar for seg Eldres sykdommer og behandling av dem og → *sosialgerontologi* som tar for seg psykologiske og sosiale aspekter ved aldringsprosessen, Eldres levekår og sosiale posisjon.

Litteratur til videre lesning:

Daatland og Solem (2000): *Aldring og samfunn*.
Daatland (1995): *Aldersforskning og sosialpolitikk: ”Dominerende paradigmer og kritiske alternativer”* i Daatland og Solem: *Aldersforskning i kritisk lys*.
Bondevik, M. (2000): *De eldste eldre : erfaringer og refleksjoner*.

Autonomi og paternalisme

Ordet *autonomi* er opprinnelig gresk og er satt sammen av ”autos” som betyr *selv* og ”nomos” som betyr *lov*. Autonomi betyr dermed selvlovgivning, selvbestemmelse eller selvstyre. Autonomibegrepet brukes blant annet om enkeltmenneskets rett til å bestemme over seg selv, sin egen kropp og sitt eget liv. En → pasients eller → brukers autonomi er dennes rett til selv å

bestemme over eget liv og ta egne valg, også når disse innebærer → risiko for egen helse og går på tvers av sykepleierens råd og meninger.

Ordet *paternalisme* kommer fra det latinske ordet for far, nemlig ”pater”. Paternalisme viser til en faderlig holdning, men brukes vanligvis i en negativ betydning. I en sykepleiesammenheng innebærer paternalisme at sykepleieren eller institusjonen påberoper seg beslutningsmyndighet på vegne av brukeren. Sykepleieren kan handle ut i fra de beste hensikter, men hun tar bestemmelser som vedrører pasientens liv uten hans viten eller på tvers av hans vilje. Sykepleieren kan ha til hensikt å hjelpe eller beskytte pasienten men → krenker hans autonomi ved å ikke la ham selv få bestemme forhold som vedrører ham selv. Å opptre paternalistisk overfor pasienten er dermed det motsatte av å anerkjenne hans selvstendighet, verdighet og selvbestemmelsesrett.

I det virkelige liv og i møte med den enkelte pasient er det imidlertid ikke alltid like lett å forholde seg til kun den ene av disse definisjonene. Pasientens autonomi kan komme i konflikt med andre verdier som for eksempel hensynet til ektefelle, til helsearbeideren eller til aksepterte faglige normer. På den andre side kan helsearbeiderens paternalisme komme i konflikt med respekten for pasientens autonomi.

Helsearbeideren må spørre seg om pasienten i alle situasjoner er i stand til å ta nødvendige beslutninger. Kan han i alle situasjoner se konsekvensene av sine valg eller trengs det noen ganger faglig kompetanse og ekspertise for å vurdere hva som er til pasientens beste? Hva så når pasienten gjør valg som innebærer risiko for egen helse eller eget liv? Hvis vi som helsearbeidere mener at pasienten ikke ser sitt eget beste, kan vi da la være å gripe inn ved å vise til respekt for hans autonomi? Eller har vi i slike tilfeller en moralsk forpliktelse til å gripe inn? Å ikke gripe inn i slike tilfeller kan være en lettvent ansvarsfraskrivelse. Man unngår å gå inn i en vanskelig situasjon med henvisning til pasientens autonomi. Å gripe inn i slike situasjoner og handle mot pasientens ønske blir av og til betegnet som en ”mild form for paternalisme”. Personen er ikke i stand til å ivareta egne interesser og sykepleieren handler slik hun tror vedkommende selv ville handlet dersom han hadde vært i stand til det. Spørsmålet er om dette bryter med respekten for pasientens autonomi. Når er de negative konsekvensene store nok til at helsearbeideren bør gripe inn? Og når bør hun ikke gripe inn selv om pasientens handlinger får negative konsekvenser og går på tvers av hva som er faglige normer? Hva med de tilfellene der pasientens valg får negative konsekvenser for andre enn pasienten selv; for eksempel pårørende eller helsearbeideren? Dette dreier seg ofte om etiske dilemmaer som det ikke finnes fasitsvar på. Helsearbeideren må foreta velbegrunnede valg på bakgrunn av vurderinger i hvert enkelt tilfelle.

Det er i slike situasjoner et viktig, men ofte vanskelig skille mellom ”å overtale” og ”å overbevise”. Å overtale handler primært om enveiskommunikasjon der sykepleieren manipulerer pasienten til å gå med på det hun selv mener er best. Å overbevise dreier seg om en ekte dialog mellom sykepleieren og pasienten der pasienten blir tatt på alvor og selv ser at sykepleierens råd er til eget beste. Dette forutsetter imidlertid at pasienten er i stand til å forstå og vurdere den informasjon som blir formidlet.

Litteratur til videre lesning:

Rossel, P. (1985): *Det informerede samtykke*, i Andersen, Mabeck og Riis (red): *Medicinsk Etik*. Martinsen, K. (1990): *Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring*, i Jensen, K.: *Moderne Omsorgsbilder*.

Avvik

Alle sosiale fellesskap har → normer og verdier som er styrende for medlemmenes handlinger og som internaliseres som en del av → sosialiseringprosessen. Et sosialt avvik kan defineres som atferd eller handlinger som bryter med eller er annerledes enn de forventninger, normer, verdier som er allment akseptert i et → sosialt system som for eksempel en gruppe, → organisasjon eller et samfunn. Eksempler på sosiale avvikere i denne betydningen er kriminelle, mannlige jordmødre, kvinnelige tømrere, rusmisbrukere og psykiatriske pasienter. I hvor sterk grad normbruddet ansees som et sosialt avvik avhenger av hvor tydelig og betydningsfull den toneangivende normen er og hvor sterk den → sosiale kontrollen er. Når verdier som sunnhet, helse og deltagelse i arbeidslivet er framtrødende forventninger i vårt samfunn kan sykdom og mangel på god helse også betraktes som avvik. Likeens kan normal fedme sees på som avvik i noen grupper i vårt samfunn på grunn av reklamefigurenes normgivende → makt, mens det i andre samfunn i større grad aksepteres og endog gir positiv status.

Synet på hva som er avvik er i stadig endring og varierer fra kultur til kultur. For eksempel var det for 100 år siden avvikende atferd for en kvinne å studere medisin mens det i dag er allment akseptert. Avviksbegrepet er særlig brukt i sosiologiske teoriretninger som → konfliktteori og → funksjonalisme. Konfliktteori betrakter avvikende atferd som et resultat av undertrykkende prosesser fra de som er bærere av de aksepterte normene i samfunnet. De er opptatt av at avvikeren ofte fungerer som et nødvendig korrektiv til de gjengse normene i samfunnet. Funksjonalismen er opptatt av det funksjonelle i at normbrudd blir definert som avvik for å gjenopprette og vedlikeholde den sosiale strukturen i gruppen eller samfunnet. Selve avviket kan i noen tilfeller betraktes som funksjonelt for samfunnet som helhet ved at det styrker samholdet blant flertallet som ikke er avvikere. Sosiologen Emile Durkheim (1858-1917) hevdet for eksempel at samfunnet trenger kriminalitet for å styrke samholdet og opprettholde systemet.

Avvik blir møtt med → sosial kontroll for å få avvikeren til å endre atferd. Dette gjøres ved å tydeliggjøre de aksepterte normene eller å true med sanksjoner ved gjentatte normbrudd. Avvikeren kan for eksempel → stigmatiseres eller stemples. Stigmatiseringen gir avvikeren en negativ → rolle og status. Å stigmatisere et avvik er en måte for den dominerende kultur å utøve → makt og sosial kontroll. Derved forsøker man å disiplinere avvikeren for gjenopprette stabilitet i det sosiale systemet.

Sosiologen Robert Merton (f. 1910) har laget en typologi over vanlige atferdsmønstre i forbindelse med avvik. For det første kan avvikeren møte reaksjonene på sine normbrudd med *konformitet*. Han forsøker da å ikke skille seg ut men følge sin kulturs aksepterte normer. For det andre kan han møte reaksjonene med *innovasjon*. Han forsøker da å gå nye veier for å få akseptert avviket, for eksempel ved å prøve å omdefinere hva som er avvik. *Ritualisme* er en tredje måte å møte reaksjonene på. Her ønsker avvikeren egentlig ikke å gi opp sitt avvik, men gjør det likevel. Han bare spiller og later som om han er enig i de gjengse normene uten å akseptere avviksdefinisjonen. For det fjerde kan han reagere med *tilbaketrekking*. Avvikeren gir her opp sin avvikende handling og trekker seg tilbake og blir usynlig. For det femte kan avvikeren møte disiplineringsreaksjonene med *opprør*. Dette beskriver et handlingsmønster der avvikeren ikke aksepterer de negative reaksjonene men tar opp kampen for å få aksept for avviket.

Litteratur til videre lesning:

Svabø, A., Bergland, Å., og Hæreid, J. (2000): *Sosiologi og sosialantropologi for helsearbeidere*. Østerberg, D. (1997): *Sosiologiens nøkkelbegreper*.

Bruker

Mens → pasientrollen vanligvis assosieres med fritak fra visse forpliktelser som for eksempel arbeid, passivitet, samt det å motta hjelp og medfølelse er brukerrollen mer forbundet med ord som likeverdig, myndig, kravstiller og deltaker.

I deler av helsevesenet har man gått bort fra pasientbetegnelsen og over til betegnelsen «bruker». Årsaken til dette er at man ønsker å fjerne seg fra assosiasjoner og føringer knyttet til pasientbegrepet som oppleves som stigmatiserende og negative. Hva er det så ved brukerbegrepet som oppleves å gi mer positive assosiasjoner og føringer enn pasientbetegnelsen? Vi skal sette dette opp i form av fire påstander. Brukerbetegnelsen søker å gi:

1. Økt fokus på de hjelpetrequende sine rettigheter og rett til å bestemme over forhold som berører dem (jamfør → brukermedvirkning og → autonomi).
2. Tilnærmet likestilling (likhet) mellom de som trenger hjelp og de som gir hjelp.
3. Opphevelse av noe av den umyndiggjøringen som hjelpetrequende har vært/er utsatt for på institusjoner og fra representanter fra ulike helseprofesjoner.
4. Legitimitet til det å stille normale krav til den hjelpetrequende.

Kritisk blick på brukerbegrepet:

Det er liten tvil om at den aktive brukerrollen gir mange positive føringer i forhold til den mer pasifiserende pasientrollen. Spørsmålet er imidlertid om begrepet gir en gyldig beskrivelse av virkeligheten for den som hevdes å skulle være "bruker" av helse-, pleie- og omsorgstjenester. Det vil si om realitetene er så fjernt fra idealene (påstandene) at det blir galt å anvende brukerbegrepet som en beskrivelse på → rollen slik den vanligvis framtrer. For å «sjekke» dette kan vi sammenholde idealene med realitetene.

Påstand 1: Økt fokus på den hjelpetrequendes rettigheter og rett til å bestemme selv (medbestemmelse og autonomi).

Dette er i utgangspunktet en positiv utvikling. Spørsmålet er imidlertid om brukerbegrepet i mange tilfeller tildekker realitetene og maktforholdene i hjelper-mottakerrelasjonen. Brukeren vet ofte ikke selv hva han trenger når det gjelder behandling og pleie. Å henvise til og vente på brukerens bestemmelsesrett kan føre til at man unnlater å gi nødvendig hjelp. Dessuten: Slik dagens situasjon er med svært stramme helse- og sosialbudsjett kan en stille spørsmål ved i hvor stor grad idealet om medbestemmelse og autonomi er reelt. Er det ikke i praksis tjenestene og hjelperne som bestemmer? Ta for eksempel en "bruker" av pleie- og omsorgstjenester i eget hjem. Vedkommende kan for eksempel ikke bestemme:

- *Hvem* han vil ha hjelp av og *hvor mange* hjelpere som kommer i løpet av for eksempel en uke.
- Til hvilke *tider*.
- *Hvor mye* hjelp.
- *Hvor* hjelp (i hjemmet eller på institusjon).

Påstand 2: Tilnærmet likestilling (likhet) mellom den som trenger hjelp og den som gir hjelp.

- Det eksisterer ingen lik stilling i den forstand at det er et balanseforhold mellom hjelper og hjelpetrequende når det gjelder å gi og få. Bytteforholdet (jamfør → bytteteori) er ulikt.
- Det eksisterer ingen lik stilling i den forstand at begge parter er like avhengige/uavhengige av hverandre.
- Det eksisterer heller ingen lik stilling i den forstand at begge parter har like mye å si (jamfør påstand 1).

- Det eksisterer ingen lik stilling i forhold til hvem som har den avgjørende kunnskapen og kompetansen. Helseprofesjonene har kunnskap som gjør dem i stand til å → klassifisere problemer, stille faglige diagnoser og sette i verk nødvendig behandling og sykepleie. Den påståtte like-stillingen blir dermed en skinn-likestilling, en teoretisk likestilling og en skrivebordslikestilling. Den som trenger hjelp er utvilsomt mer avhengig av hjelperen enn motsatt.

Påstand 3: Opphevelse av noe av den umyndiggjøringen som hjelpetrequende har vært/er utsatt for på institusjoner og fra representanter fra ulike helseprofesjoner?

Dette har en forsøkt blant annet ved å fokusere på de to foregående påstandene. En praktisk konsekvens av dette har vært å ansvarliggjøre brukeren ved å innføre skriftlige vedtak, kontrakter eller tjenesteavtaler der brukerens rettigheter og tjenestens oppgaver er nedfelt. Dette kan imidlertid lett innebære en standardisering av pleien og føre til at noe av det vesentligste i all omsorg kan bli undertrykket; nemlig at hjelperen tilpasser seg den hjelpetrequendes dagsform og behov i her-og-nå-situasjonen. Fokuset kan bli de avtalefestede oppgave, og hjelpen blir oppgaveorientert i stedet for personorientert.

Påstand 4: Mer legitimt å stille normale krav til den hjelpetrequende.

Man kan stille vanlige krav til brukeren for vedkommende er jo likestilt, myndig og ansvarlig. Når det er knappe økonomiske forhold kan imidlertid dette føre til at det blir lettere å skjære ned på hjelpen til en bruker enn til en pasient. Brukeren er ikke på samme måte som en pasient beskyttet av medisinske og sykepleiefaglige argumenter.

Som oppsummering kan vi si at ved å anvende brukerbegrepet på roller som er vanlig for mottakere av helse- og sosiale tjenester blir ulikheten og det reelle maktforholdet mellom hjelperen og den hjelpetrequende underkommunisert.

Litteratur til videre lesning:

Næss, S. og Wærness, K. (1995): *Fra pasient til bruker*. Stordalen, J (1997): *Pasient eller beboer*.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning kan betraktes i minst to dimensjoner. For det første kan det dreie seg om medvirkning i utformingen av det individuelle hjelpetilbudet for den enkelte bruker. Dette kan vi kalle "privat interessekamp". For det andre kan det dreie seg om at grupper av hjelpetrequende går sammen og oppnår innflytelse i utformingen av det samlede hjelpetilbudet. Dette kan vi kalle "politisk interessekamp".

Brukermedvirkning er et forsøk på å oppheve umyndiggjørende og paternalistiske trekk ved velferdstjenestene og hjelpeapparatet. Tradisjonelt er det tjenestene selv som har definert hva som er best for pasientene i kraft av sin faglige kunnskap. Pasientene og klientene har i sine tradisjonelle roller verken kompetanse til å finne de rette tiltakene eller å iverksette dem. Økende grad av brukerinnflytelse og brukermedvirkning har vokst fram ut i fra erkjennelsen av at hjelpeapparatets rent faglige vurderinger ofte har sine begrensninger sett fra den enkelte hjelpemottakers perspektiv. Det er kun hjelpemottageren som kjenner på kroppen hvordan det er for ham å ta imot akkurat den hjelpen eller det hjelpemiddelet. Hjelpemottakeren vurderer her individuelt og subjektivt både praktisk nytte og sosiale konsekvenser. Som fagfolk kan vi ha stor kunnskap om den praktiske virkningen av et tiltak,

men det er bare brukeren selv som kan svare på om hva som er viktig for ham og hvilken mening tiltaket gir ham. La oss ta et eksempel med tiltaket/hjelpemiddelet ”krykke”. En krykke er aldri bare et praktisk hjelpemiddel eller en nøytral gjenstand. Krykken er en symbolbærer og er med på å definere sosial → rolle og status for den som bruker den. Brukeren kan formidle hvilken mening tiltaket gir ham og hvilken praktisk betydning det vil utgjøre i hans hverdag. Det er her snakk om ulike typer kunnskap og om hvilken kunnskap som skal være bestemmende og betraktes som gyldig: Den faglige representert ved tjenesteapparatet og/eller den personlige og hverdagslige representert ved brukerne. Ønsket om brukermedvirkning må ikke forstås dithen at det er brukerne som skal gjøre de faglige vurderingene, men at de blir tatt på alvor i definisjonen av hva som er problemet, at de får være med på diskusjonen om utformingen av tiltak og at de får rom til å formidle den personlige mening og konsekvensen tiltakene gir dem.

En innvending mot en helsetjeneste preget av sterk grad av brukermedvirkning er at sterke enkeltbrukere og brukergrupper styrer ressursene på bekostning av andre. Den som roper høyest blir hørt eller den som har mest ressurser til å markedsføre sine synspunkter får mest; det vil si en utvikling i retning av et «etterspørsmålsdemokrati».

Litteratur til videre lesning:

Alm Andreassen, T. (1994/2000): «Brukermedvirkning - en strategi for demokratisering i helse- og sosialpolitikken?» I Markussen, E. (red.): *Menneskeverd. Funksjonshemmet i Norge*.

Bytteteori

Bytteteori (social exchange theory) er et uttrykk for et perspektiv innenfor sosiologien som beskriver samfunnet som bestående av selvstendige aktører som alltid handler mest mulig rasjonelt ut i fra sine mål og midler. Menneskelige handlinger og samfunnsmessige strukturer forstås som resultater av utveksling, byttehandlinger og strategier. Mennesket beskrives som et rasjonelt og kalkulerende vesen som søker nytte og behovstilfredsstillelse. Individet og individuelle handlinger forklares ikke på basis av samfunnsmessige og sosiale funksjoner og strukturer men omvendt; samfunnet forklares ut fra trekk ved individet; nemlig at vi er nyttemaksimerende. Også samarbeids- og konfliktrelasjoner betraktes som resultat av strategiske valg og spill.

Røttene for denne tenkningen ligger hos britiske økonomer og filosofer på 16 og 1700-tallet; den såkalte utilitarismen. Utilitarismen er en individualistisk-liberal moral og samfunnsteori der nyttemaksimering på basis av bytteutveksling mellom rasjonelle aktører er et sentralt aspekt. Sosiale handlinger er resultat av rasjonelle valg og strategier (avveining av mål og midler) ut fra hva som vil gi best utbytte. Mennesket er her et «homo economicus» som søker å maksimere under sine gitte betingelser/rammer til nytte (som konsument) eller til profitt (som produsent). Dette til forskjell fra «homo sociologicus» der mennesket styrt av sosiale → normer eller andre sosiale strukturer som for eksempel økonomiske forhold.

Også fenomener innenfor helsevesenet kan studeres i dette perspektivet. I forhold til sykdom vektlegges det hva den syke kan oppnå med sin sykdom. De er blant annet opptatt av sosiale gevinster ved sykdom som for eksempel oppmerksomhet, få omsorg, bli fritatt forpliktelser osv. Bytteperspektivet kan også være opptatt av de ujevne bytteforhold; for eksempel når pasienten ønsker å gi en gave til sykepleieren som et forsøk på å oppheve skjevhet i relasjonen.

Kritikken mot bytteteorien går på flere aspekter. For det første: Mennesket har kun seg selv som sosial referanse og blir et amoralsk vesen. Er vi alltid nyttemaksimerende? Dessuten;

moral er ikke individuelt, sosialt betinget. For det andre: Når byttetenkningen har sitt fokus på *individet* som rasjonell kalkulerende individ blir sosiologien lett til psykologi eller biologi. Dessuten; handler vi mennesker alltid rasjonelt? For det tredje: Bytteperspektivet overser sosiale strukturers og systemers innvirkning på individet. Den sosiale klangbunn jeg forstår og handler ut fra sees bort fra.

Litteratur til videre lesning:

Hernes, G. (1985): *Økonomisk organisering*. Moe, S. (1994): *Sosiologi i hundre år – en veileder i sosiologisk teori*.

Empowerment (bemyndigelse)

Empowerment er engelskspråklig faguttrykk som til dels også blir brukt på norsk uten oversettelse. Grunnen til dette er at det er vanskelig å finne et dekkende og godt norsk ord for dets innhold. I en del litteratur blir empowerment oversatt med ”bemyndigelse”. Empowerment handler om å overføre → makt fra mennesker som har makt og innflytelse til mennesker som opplever å mangle kontroll over viktige sider av eget liv. Bemyndigelse i sykepleier-pasient-relasjonen vil si at sykepleieren bevisst bruker det faktiske maktpotensialet som ligger i sin kompetanse og sin stilling til å styrke pasientens posisjon framfor å fokusere på egen autoritet. Det dreier seg om å styrke den underlegnes posisjon i denne relasjonen. Slik sett har bemyndigelse som idé både et radikalt og diakonalt aspekt, ved at man søker å gi den svakeste part i relasjonen øket innflytelse, myndighet og verdighet. Et hovedanliggende bak ideen om empowerment er respekten for pasientens → autonomi og at han er kompetent til å velge og ta ansvar for sitt eget liv.

Den norske oversettelsen ”bemyndigelse” kan gi assosiasjoner i retning av noe formelt; for eksempel å gis myndighet til å administrere medikamenter, utføre prosedyrer eller bestemte funksjoner. Spørsmålet er om oversettelsen er representativ og god for sykepleier-pasient-relasjonen i sin alminnelighet. Spørsmålet er også om begrepet er nyansert nok til å få fram

Enhver relasjon innebærer maktforhold. Styrken i begrepet i en sykepleiesammenheng er at det fokuserer på reelle maktforhold i sykepleier-pasient-relasjonen. Maktforhold som ofte er både ubevisste og underkommuniserte. Empowerment handler da om at helsearbeideren bevisst motvirker maktesløshet hos pasienten ved å hjelpe ham til i størst mulig grad å ta kontroll over sitt eget liv. Helsearbeideren kan bruke sin kompetanse og stilling til å fremme og styrke pasientens posisjon og egenkontroll og derved forebygge en ødeleggende underlegenhet og maktesløshet.

Begrepet fanger imidlertid ikke opp dilemmaer der sykepleier og pasient ser ulikt på behandlings- og pleietiltak, eller der det vurderes at pasienten ikke er i stand til å se alvorlige konsekvenser av egne valg. Kan vi da snakke om respekt for pasientens autonomi uten å gripe inn? Å ikke gripe inn i slike tilfeller, med henvisning til pasientens → autonomi, kan være en lettvent ansvarsfraskrivelse. Vi kan her tenke oss eksempler fra de fleste felt; somatikken, psykiatrien, omsorg for mennesker med demens, psykisk utviklingshemming m.fl. En mild og omtenssom form for → paternalisme kan være både rett og nødvendig.

Litteratur til videre lesning:

Stang, I. (1998): *Makt og bemyndigelse. Om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor*.

Epidemiologi

Epidemiologi er læren om utbredelsen av sykdommer og deres årsakssammenhenger. Epidemiologiske studier benytter seg av → kvantitative data og metoder. Hensikten er tredelt: For det første å kartlegge utbredelsen av en sykdom (for eksempel hjerteinfarkt). For det andre å undersøke sammenhengen mellom sykdommen og årsaksutløsende faktorer. Årsaksutløsende faktorer kan deles inn i ”indre” faktorer som genetiske forhold, kjønn, alder, livsstil og personlighet og ”ytre” faktorer som smittsomme mikrober, sosiale-, kjemiske- og fysiske miljøfaktorer. Det tredje og endelige målet med epidemiologien er å gjennomføre nødvendige tiltak/behandling på bakgrunn av kunnskap ervervet under punkt de to første punktene. Epidemiologisk kunnskap er en forutsetning for å kunne ta velbegrunnede valg i helsepolitikk og → helseplanlegging, både i forhold til → forebyggende helsearbeid, behandling og pleie.

Litteratur til videre lesning:

Bakketeig, L. og Magnus, P.(1998): *Epidemiologi*

Evidens og evidensbasert praksis/ sykepleie

Mange bruker ordet evidens synonymt med det norske ”bevis”. Dette er imidlertid en for snever og unyansert oversettelse. Begrepet *evidens* stammer fra det latinske ordet ”evi`dentia” som tyder klarhet, tydelighet, synlighet og sikkerhet. Språklig kan man si at evidens handler om at noe er åpenbart, tydelig, at man kan se, erfare og kjenne noe.

Med *evidensbasert praksis* menes en praksis som er veloverveid og bygger på et så sikkert som mulig grunnlag.

I en tradisjonell naturvitenskapelig og medisinsk tilnærming handler dette om å anvende forskningsresultatene fra de beste og nyeste publiserte vitenskapelige undersøkelsene på de aktuelle områdene, som basis for tiltak. I denne kvantitativt orienterte tradisjonen er undersøkelser som anvender såkalt *randomisering*, det vil si eksperimenter der deltakerne tilfeldig blir trukket ut i en eksperimentgruppe og en kontrollgruppe, satt opp som den beste og sikreste metoden for å teste ut virkningen av tiltak. For eksempel kan man teste ut om en bestemt undervisning av pasienter med diabetes gir ønsket effekt ved å undersøke om det er atferdsforskjeller mellom dem og en gruppe som ikke har fått slik undervisning.

Evidensbasert sykepleie er i stor grad påvirket av vitenskapsidealene innenfor slik kvantitativt orientert vitenskap, i særlig grad fra legevitenenskapen. Når man snakker om evidensbasert sykepleie som en *grunnholdning* tenker man vanligvis på *viljen* til å anvende de beste tilgjengelige vitenskapelige undersøkelser som beslutningsgrunnlag for sykepleietiltak. Når man snakker om evidensbasert sykepleie som en *prosess*, handler det om gjennomføre de nødvendige steg i en slik gjennomgang av tilgjengelig forskning og annen kunnskap. Disse stegene kan deles inn opp på følgende måte: 1. *Identifisere problemet eller tiltaket* fra den kliniske hverdagen man vil undersøke. 2. *Søke i forskningslitteraturen* for å finne de beste blant foreliggende vitenskapelige funn på problemet og granske disse kritisk. 3. *Anvende disse evidens* som beslutningsgrunnlag for sykepleietiltak og anbefalinger.

Dette er en systematisk akademisk prosess som lenge har vært sentral innen medisinske fag, men som tidligere har vært fremmed i sykepleiefaget. Sykepleierne har tradisjonelt ikke selv vektlagt og selv undersøkt, på en systematisk vitenskapelig måte, hvorvidt deres vurderinger og tiltak har dokumentert virkning. Dette betyr ikke at egne sykepleievurderinger og -tiltak bygger på et usikkert og lite veloverveid grunnlag. De har delvis bygget på andre faggruppers vitenskapelige undersøkelser, især legevitenenskapen. Men

først og fremst har de bygget på en individuell og kulturell (sykepleiekulturen) erfaringskunnskap. Dette er en erfaringskunnskap som først og fremst er vunnet gjennom eksempel læring og erfaringens evne til å skjelle mellom gode og dårlige tiltak i møte med den enkelte pasients særegne livssituasjon og sykdomsreaksjoner.

Den erfaringsbaserte og vitenskapelige tilnæringsmåte utfyller hverandre. De generaliserbare vitenskapelige evidens må holdes opp mot erfaringsbaserte evidens i møte med den aktuelle pasient man står overfor.

Litteratur til videre lesning:

Eriksson, K., Nordman, T., Myllymäki, I. (1999): *Den trojanska hästen : Evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Dansk Sygeplejeråd (2002): *Grundlag og metode for måling, dokumentation og forbedring af sygeplejefaglig kvalitet : brug af kvalitetsmål og indikatorer*.

Fenomenologi

Fenomenologi, ”læren om det som viser seg”, er en betegnelse for en av hovedstrømmingene i det 20. århundres filosofi og går tilbake til den tjekkisk-tyske filosof Edmund Husserl (1859-1938). Fenomenologien har hatt innflytelse både på samfunnsvitenskapelige- og humanistiske fag, i tillegg til flere helsefag, deriblant sykepleie.

Fenomenologien hevder at menneskets grunnbetingelse er at det *uttrykker seg* og dette uttrykket gir inntrykk på ”den andre”. For eksempel uttrykker det menneskelige ansikt en appell om å bli tatt imot som ”den andre” må forholde seg til. Den franske filosofen Emmanuel Levinas (f. 1906 i Litauen) er blitt kalt ansiktets fenomenolog. Han sier at hva et menneske er oppdager vi først i møtet med det annet menneske. Dette mennesket møter oss som et ansikt. Den andres ansikt har et uendelig overskudd av mening i forhold til → identitet og totalitet; det er hele tiden ”noe mer”, ”noe annet” og ”noe ukjent”. Den andres ansikt er nakent og sårbart og kaller på ømhet og barmhjertighet. Appellen lyser ut av ansiktet. Den andres ansikt gjør meg ansvarlig. I ansiktet er det en utleverthet og i denne utleverthet ligger etikken. Ansiktet er manifestasjonen av den etiske fordring. Å se, skriver Levinas, er å se det ansikt som lyser mot meg i møtet som bønn, krav og appell om å bli mottatt, inkludert og hjulpet. Han hevder at det menneskelige samkvem og sansing bæres av en etikk og denne etikk er den sårbare appell i den andres ansikt.

Fenomenologisk sosiologi er opptatt av sosiale gruppers livsverden og de meningssammenhenger som framtrer i bestemte miljøer og kulturer; for eksempel blant de innlagte på et psykiatrisk sykehus eller et sykehjem. Retningen er subjektivistisk i den forstand at samfunnet og ulike sosiale fenomener betraktes i perspektiv av subjektive inntrykk, intensjoner, meninger og oppfatninger. Man er ikke interessert såkalte generelle fakta eller det objektive. Den objektive virkelighet må i følge fenomenologien uansett oppfattes subjektivt og i fenomenologiske studier er det derfor dette som interesserer. Slik også med fenomenet sykdom: Det objektive ved sykdom, som fysiologisk organiske forandringer og prøvesvar, er underordnet. Det er hvordan personen opplever, erfarer og tenker om disse forandringene som er i fokus. Hvordan han opplever og tenker om dette er blant annet påvirket av → sosialisering og den kultur han lever i. Sykdom blir dermed først og fremst en *sosial konstruksjon*. Mennesket konstruerer sin egen forståelse og virkelighet.

Fenomenologien stiller spørsmål om det gir mening å snakke om en objektiv virkelighet i det hele tatt ettersom den for oss alltid er subjektivt konstruert. Hverdagsvirkeligheten blir oppfattet som den objektive virkeligheten. Fenomenologien er

opptatt av hvordan bevissthetens prosesser skaper vår hverdagsvirkelighet. Nøkkelordet er her *objektivering*. Sosiologene Peter L. Berger (født 1929) og Thomas Luckmann (født 1927) hevder i 1966 boken "The Social Construction of Reality" (norsk oversettelse i 2000) at vi fødes inn i en verden som på forhånd er konstruert for oss, det vil si som er objektivert i gjenstander, → institusjoner, → roller og i et språk som er innholdsbestemt. De knytter derfor våre tenkemåter og vår hverdagsvirkelighet nær til sosialiseringbegrepet. Når verden er preget av ulikheter i virkelighetsbilder er dette en resultat av ulikheter i sosialiseringen.

Litteratur til videre lesning:

Aarnes, A. (1998): *Underveis mot den annen : essays av og om Levinas*. Martinsen, K. (1993): *Fra Marx til Løgstrup*. Martinsen, K. (1996): *Fenomenologi og omsorg*. Berger, P. og Luckmann, T. (2000): *Den samfunnsskapte virkelighet*. Moe, S. (1994): *Sosiologi i hundre år*.

Flytdiagram

Et flytdiagram er en måte å visualisere en prosess eller et hendelsesforløp. Man tegner opp hvordan "noe" går gjennom flere ledd eller faser i en kronologisk rekkefølge. "Noe" kan for eksempel være pasienten, en prøve, prosedyre, en bestilling eller en sak. Flytdiagram blir hyppig brukt som redskap i → kvalitetsutviklingsarbeid, særlig med det formål å identifisere såkalte kvalitetssvikt eller avvik. Man kan for eksempel følge en vanlig pasients hendelsesforløp i løpet av den dagen han skal opereres. Ved å tegne dette opp steg for steg kan man følge det han må gjennom, og i ettertid analysere hvert enkelt steg for å identifisere eventuell kvalitetssikt med potensial for forbedring. Særlig er man opptatt av å analysere *overgangene* mellom hvert enkelt steg i hendelsesforløpet fordi disse kan utgjøre kritiske deler av et hendelsesforløp. Ved å sette seg inn i pasientens perspektiv og bruke verb (for eksempel "vente", "høre", "ta imot" osv.) for det som faktisk skjer kan man avdekke såkalt kvalitetssvikt. Dersom svikten bekreftes av andre kan det være uttrykk for svikt i rutine og at disse må forbedres.

Forebyggende- og helsefremmende arbeid

Alt forebyggende arbeid bygger på prinsippet om at det er bedre å hindre et problem i å oppstå enn å behandle eller å bøte på skaden i ettertid. Forebyggingsideen er dermed knyttet til tiltak som kan iverksettes nå for å slippe mer omfattende tiltak seinere.

Tradisjonelt har forebyggende helsearbeid fokusert på det å forebygge utvikling av *sykdom*, enten hos enkeltpersoner eller i samfunnet som helhet. Denne tradisjonen blir i dag vanligvis betegnet som *sykdomsforebyggende arbeid*. "Hygiene" og "forebyggende medisin" er eksempler på sentrale emner her.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert helse som noe mer enn og kvalitativt forskjellig fra "fravær av sykdom". Helse betegnes av WHO som en opplevelse og tilstand av velvære. I tråd med dette er begrepet *helsefremmende arbeid* blitt lansert. Mens tradisjonelt sykdomsforebyggende arbeid dreier seg om å forebygge bestemte sykdommer ved å fokusere på risikofaktorer, tar helsefremmende arbeid i stedet utgangspunkt i helse og hva som fremmer god helse. Dermed dreies fokus fra sykdomsutløsende årsaker til forutsetninger for utvikling av god helse. Eksempler på slike forutsetninger er ren luft, rent vann, næringsrik

mat, muligheter for utdanning og arbeid, gode sosiale nettverk, fravær av fattigdom, muligheter for å påvirke egen livssituasjon og intellektuell stimulering.

Det sykdomsforebyggende arbeid er primært ekspertstyrt og til en viss grad → paternalistisk i den forstand at det er ekspertene som besitter kunnskap om sykdomsutløsende risikofaktorer og som formidler disse til enkeltpersoner og grupper i samfunnet. Det helsefremmende arbeidet bygger på den annen side på en aktiv medvirkning fra folk selv ved at de selv er seg bevisst og jobber for forhold som virker helsefremmende.

Det sykdomsforebyggende arbeidet kan deles i *primær sykdomsforebygging* som søker å forhindre eller å utsette sykdom i å oppstå, *sekundær sykdomsforebygging* der man forsøker å forhindre at tidligere sykdom kommer tilbake eller utvikler seg negativt og til slutt *tertiær sykdomsforebygging* som handler om å redusere de konsekvensene sykdom og skade får for funksjon og livskvalitet. Dette handler om *hvor tidlig* i sykdomsprosessen man griper inn med tiltak. Fokuset i sekundær og terciær sykdomsforebygging skiller seg i mange tilfeller lite fra tradisjonell behandling og rehabilitering. Det er dermed en glidende overgang mellom forebygging, behandling og rehabilitering. Et viktig grunnlag i alt sykdomsforebyggende arbeid er at man har gode data om sykdomsutbredelsen og sykdomsutløsende årsaker og → risiko; såkalte → epidemiologiske data.

Ettersom *helsefremmende arbeid* tar utgangspunkt i et utvidet helsebegrep og fokuserer på hva som skaper god helse i befolkningen kreves det en meget bred og sektoroverskridende tilnærming i dette arbeidet. Ikke bare helsetjenestens egen virksomhet, men også andre sektorer i samfunnet har stor innvirkning på helseforhold. Strategiene i det helsefremmende arbeidet (health promotion) ble meislet ut av WHO i forbindelse med en konferanse i Ottawa i 1986. Det såkalte Ottawa-charteret skisserer fem hovedstrategier for det helsefremmende arbeidet: 1) Å bygge opp en politikk som virker helsefremmende, 2) å skape støttende miljøer for helse og utvikling, 3) å styrke lokalsamfunnets styringsmuligheter, 4) å utvikle personlige ferdigheter som gjør folk i stand til å fremme helsen og 5) å endre helsetjenesten i retning av en mer helsefremmende fokusering. Denne tilnærmingen viser til fulle at helsefremmende arbeid må fokusere på en rekke samfunnssektorer for å lykkes, ikke bare helsetjenestens eget arbeid.

Virkemidlene i det forebyggende- og helsefremmende arbeidet spenner fra individrettede sykdomsforebyggende tiltak til tiltak rettet mot miljø og omgivelser, samt politisk arbeid. *Helseopplysning* er et sentralt virkemiddel det forebyggende helsearbeidet. Helseopplysning er all type informasjon overfor enkeltindivider, grupper eller hele befolkningen, i den hensikt å forebygge sykdom eller fremme helse. Mer konkret kan dette dreie seg om pasientundervisning, helseundervisning i skolen, opplysnings tiltak i bedrifter eller massemediabaserte tiltak.

Fokussområdene i det forebyggende helsearbeidet dreier seg for det første om *sykdomsforebyggende tiltak*, dernest *helsereelatert atferd* og for det tredje *fysiske og sosiale miljøfaktorer*. De sykdomsforebyggende tiltakene retter seg for eksempel mot hjerte- og karsykdommer, kreft, muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Helsereelatert atferd er for eksempel vaner knyttet til mat, tobakk, alkohol, fysisk aktivitet og seksualatferd. Med fysiske og sosiale miljøfaktorer menes for eksempel inneklime, luftforurensning, mat- og vannkvalitet, fysiske- og sosiale miljøfaktorer som bomiljø, trafikkforhold og sosiale nettverk. Fysiske og sosiale miljøfaktorer er fokusområdet for det *miljørettede helsevernet*.

En kritikk i mot helsefremmende arbeid er at det kan føre til en overdrevet fokusering på risikofaktorer, helse og perfektet. Toleransen for → avvik fra det normative og ideelle kan bli mindre ved en sterk helsefokusering. Tilstander som før ikke ble regnet som helseproblem betraktes som dette blant annet på grunn av det utvidede helsebegrepet (se → medikalisering).

Litteratur til videre lesning:

Larsen, Ø., Brekke, D., Hagestad, K., Høstmark, A. og Vellar, O.D. (red.) (1992): *Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse*. Mæland, J.G. (1999): *Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis*. Røseland, A., Andrews, T., Eide, A. H., Fosse (red) (1999): *Lokalsamfunn og helse. Forebyggende arbeid i en brytningstid*. Weiseth, L. og Dalgard, O.S. (2000): *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*.

Funksjon

I → sosiologien og → sosialantropologien betraktes begrepet funksjon som den positive eller negative konsekvens et samfunnsэлеment eller sosialt fenomen har i et → sosialt system. Et eksempel er den funksjon helsevesenet har for å sikre produktivitet i arbeidslivet ved å forsøke å gjøre den syke arbeidsdyktig igjen. Dette er et eksempel på en såkalt *manifest* (dvs. tilsiktet) funksjon. En funksjon er *latent* når virkningen er skjult eller utilsiktet. Fengslens manifeste funksjon er dels å gi straff til en som har begått et lovbrudd og dels å forsøke å rehabilitere ham til samfunnsnyttig arbeid. En latent funksjon er derimot at fengslene kan fungere som ”forbryterskoler” som bare forsterker den kriminelle løpebane. Et annet eksempel er en eldre kvinne som blir innlagt ortopedisk avdeling for behandling av lårhalsbrudd. I løpet av oppholdet får hun en urinveisinfeksjon, dernest lungebetennelse som hun dør av. Mens den manifeste funksjonen var å behandle lårhalsbruddet ble den latente funksjonen av sykehusoppholdet urinveisinfeksjon og siden lungebetennelse som førte til døden. En latent funksjon er bivirkningen av den tilsiktede funksjonen. Sosiologiske analyser søker ofte å avdekke slike latente virkninger av et fenomen.

Funksjonalisme/ strukturfunksjonalisme

Funksjonalisme er en retning innenfor → sosiologi og → sosialantropologi der man betrakter sosiale fenomener og sosiale → institusjoner, ut fra den → *funksjon* de har for → grupper og samfunn og deres stabilitet og overlevelse. Gruppen eller samfunnet betraktes som en organisme i utvikling (evolusjon). Sentralt i funksjonalistisk sosiologi og sosialantropologi er studiet av hvilke funksjoner ulike sosiale fenomener, ordninger og institusjoner fyller i samfunnet. Strukturfunksjonalismen i sosiologien er en funksjonalismetenkning der de sosiale fenomener ikke bare forklares ut fra deres funksjon, men ut fra deres bidrag til vedlikeholdelse av samfunnets struktur som helhet.

Funksjonalistisk tenkning i sosiologien ble i blant annet påvirket av sosialantropologisk teori. Den britiske sosialantropologen Bronislaw Malinowski beskrev i 1936 funksjonalistisk tenkning slik:

«... i enhver sivilisasjon tjener sedvaner, materielle objekter, ideer og trosforestillinger en eller annen vital funksjon. De har til oppgave å ivareta og representere en nødvendig del av en velfungerende helhet.»

I sin organismetenkning er funksjonalismen biologisk inspirert (biologisk holisme). Individet er ikke selvstendig og uavhengig, men kan i tråd med denne terminologien betraktes som styrt av «det sosiale stoffskifte».

Paulus, i sitt første brev til Korinterne kapittel 12, kan betraktes som «prefunksjonalist» når han bruker det menneskelige legeme som bilde på samfunnet (den kristne menighet). Han skriver her om at vi i det sosiale fellesskap er hverandres lemmer og dermed avhengige av hverandre.

Såkalt → systemteori er en form for funksjonalistisk betraktningssmåte der samfunnet sees som et sosialt system med ulike subsystemer og der funksjonen og resultatene (output) av ett system påvirker andre systemer. I tillegg virker resultatene tilbake igjen som ny input til eget system i en kontinuerlig feedback-sløyfe.

En av kritikkene som er blitt rettet mot funksjonalismen går på at den overser enkeltmenneskets intensjoner og evne til å styre omgivelsene og sin skjebne (jamfør → fenomenologisk sosiologi). Mennesket blir i funksjonalismen lett uselvstendig og bundet av samfunnsmessige strukturer som normer, regler, kulturer, økonomiske forhold, sosiale klasser osv. En annen kritikk retter seg mot funksjonalismens konsensus- og harmoniorientering; det vil si at sosiale grupper og samfunn grunnleggende sett søker stabilitet og overlevelse. Kritikerne mener at samfunnet i stedet preges av interessekamp og at det er slike motsetninger som fører til endring i en gruppe eller et samfunn (jamfør → konfliktteori).

Litteratur til videre lesning:

Moe, S. (1994): *Sosiologi i hundre år – en veileder i sosiologisk teori*.

Gerontologi; se Aldring

Gruppe

En gruppe er en “mindre” og avgrenset sosial enhet der medlemmene har felles mål og interesser og er i direkte samhandling over et visst tidsrom. En gruppe regnes som den minste sosiale enheten av → sosiale systemer. Eksempler på grupper er: En klasse på en skole, en kollokviegruppe, en avdeling på et sykehus, en familie, et fotballag osv.

Grupper kan deles inn i såkalte primær- og sekundærgrupper. *Primærgruppe* er en gruppe hvor medlemmene har hyppig og stabil ansikt-til-ansikt-kontakt og er bundet sammen med (sterke) følelser. Eksempler på primærgrupper er familien, en vennegjeng eller et arbeidslag. *Sekundærgruppe* er en gruppe hvor medlemmene har mer formelle relasjoner og sjeldnere personlig kontakt. Eksempler på dette er et kommunestyre, en interesseorganisasjon eller en større arbeidsplass. Mens primærgruppene er personorienterte og uttrykk for verdifelleskap er sekundærgruppene oppgaveorienterte og uttrykk for interessefelleskap.

Det er flere viktige og grunnleggende prosesser som foregår i grupper. Det foregår en *rekruttering* når gruppen søker å fylle de nødvendige posisjonene som trengs. Det foregår en → *sosialisering* og → *sosial kontroll* når de nye medlemmene føres inn i gruppens → normer og → roller. Det foregår dernest det vi kan kalle en *produksjon* ved at verdier skapes eller oppgaver løses i gruppen. Andre grunnleggende prosesser i enhver gruppe er at det foregår en *arbeidsdeling* ved at oppgaver fordeles i ulike roller og → funksjoner og en *solidaritetsutvikling* eller ”vi-følelse” ved at det skapes relasjoner og bånd mellom gruppemedlemmene.

Litteratur til videre lesning:

Martinussen, W. (1991): *Sosiologisk analyse : en innføring*

Helsefag

Vi skal i det følgende se nærmere på fire sentrale helsefag; ergoterapi, fysioterapi, legevitenskap og sykepleie. Målet med dette er å få fram likheter og forskjeller mellom fagene og derigjennom få fram kjerneelementene (identiteten) til de enkelte fag. Naturlig nok vil vi i denne sammenhengen bruke mest plass på å beskrive sykepleie, men vi begynner med ergoterapi:

Ergoterapi

Ergoterapi er, gjennom hensiktsmessige og meningsfulle *aktiviteter*, å undersøke og behandle klienter med sykdom eller skader, samt å forebygge slike lidelser.

Hovedfokus

Hovedfokus på klientens aktivitet og den passivitet og hjelpeløshet som sykdom og skade fører med seg. Gjennom målrettet aktivitet som terapi søker ergoterapeuten å hjelpe klienten med sykdom, skader og plager (funksjonssvikt), til mestring av dagliglivets aktiviteter, samt å forebygge slik svikt. Ergoterapeutene søker på denne måten å bidra til at klientene får økt mestring og → livskvalitet, gjennom en meningsfull og aktiv tilværelse, og gjennom å bidra til at klientene mestrer dagliglivets aktiviteter til tross for sykdom og skade.

Ergoterapifagets menneskesyn og *grunnsyn* bygger på tre antagelser: For det første: Mennesket er av naturen aktivt og har behov for å være i aktivitet. For det andre: Det kan oppstå et gap mellom en persons forutsetninger for aktivitet og omgivelsenes krav til aktivitet. Det er dette gapet (*aktivitetsproblemet*) som ergoterapeuten søker å hjelpe klienten med, eventuelt å forebygge. Behovet for ergoterapi melder seg når sykdom, funksjonsnedsettelse eller miljøfaktorer medfører problemer som hemmer, hindrer eller truer menneskets daglige aktiviteter. Enkelt sagt er det en indikasjon for ergoterapi når en person har et aktivitetsproblem av en eller annen art. Hovedfokuset i ergoterapi er ikke pasientens sykdom eller skade i seg selv, men den passivitet og hjelpeløshet som sykdom og skade fører med seg. For det tredje: Målrettet aktivitet kan brukes aktivt og terapeutisk som et middel og mulighet for å fremme helse.

Ergoterapeutens arbeid går ut på å forsøke å *styrke pasientens mestring og aktive deltagelse i dagliglivet*. I likhet med fysioterapi er ergoterapi primært et rehabiliterende yrke som jobber med opptrening og selvstendigjøring av mennesker som er syke eller skadet. Mens fysioterapi har hovedfokuset rettet mot å bedre pasientens bevegelighet generelt, har ergoterapien sitt hovedfokus rettet mot rammefaktorene rundt pasienten og opptrening til *dagliglivets aktiviteter* generelt.

Arbeidsmetode: I sin tilnærming til klienten skiller ergoterapeuten mellom funksjonsanalyse og aktivitetsanalyse. "Funksjonsanalyse" skal klargjøre pasientens funksjonsnivå og problem (konsekvensene av sykdom og skade). "Aktivitetsanalyse" skal vise *hvilke* aktiviteter som skal tas i bruk i forhold den enkelte pasient og *hvordan* disse skal tilrettelegges. Det være seg utprøving eller opptrening i bruk av tekniske hjelpemidler, oppøving i mestring av dagliglivets aktiviteter som stell av egen kropp, av- og påkledning, mat- og husstell m.m. Men også sosial trening, saksbehandling og råd og veiledning ved planlegging av boliger og utemiljøer for funksjonshemmede.

Arbeidsområde: Ergoterapi er ikke en lovpålagt tjeneste i kommunene. Likevel har de fleste kommuner tilsatt ergoterapeuter. De arbeider hovedsakelig med habilitering, rehabilitering og forebyggende virksomhet innen den offentlige helse- og sosialtjenesten. Over halvparten jobber i kommunehelestaten og en tredjedel innen spesialisthelsetjenesten. Noen arbeider i privat virksomhet, for eksempel innen virksomhet som utvikler hjelpemidler.

Den viktigste målgruppen er kronisk syke mennesker og mennesker med funksjons- og utviklingshemninger.

Faget ble i Norge tidligere kalt "arbeidsterapi". Den engelskspråklige beregningen på faget er i dag "Occupational Therapy". I Norge ble utdanningen i 1974 3-årig, og tittelen "ergoterapeut" ble tatt i bruk og beskyttet som yrkestittel. Utdanningen fører fram til offentlig autorisasjon som ergoterapeut.

Litteratur til videre lesning:

Kirke, utdanning, og forskningsdepartementet (1997): *Rammeplan og forskrift for 3-årig ergoterapeututdanning*. Tjørnov, J. (1997): *Ergoterapi: Baggrund og udvikling*. Næss, N.E. (1999): *Helse gjennom: fagprofil og yrkesfunksjoner for ergoterapeuter*. Askjem, S. (1996): *Helse- og sosialarbeideres yrkesroller*.

Fysioterapi

Fysioterapi er, gjennom undersøkelse og behandling, å hjelpe pasienten med sykdom, skader og plager i bevegelsessystemet, samt å forebygge slike lidelser.

Hovedfokus

Hovedfokus på pasientens funksjon og den funksjonssvikt som sykdom eller skader i ledd og muskler (bevegelsessystemet) fører med seg, samt å forebygge slik svikt.

Grunnlaget for tiltak og behandling er undersøkelser og vurderinger av pasientens bevegelsesmønstre og funksjonsnivå, samt en kartlegging og vurdering av faktorer som virker inn på dette. Behandlingen består av massasje og annen manuell påvirkning av ledd, muskler og hud, øvelser, trening, tilrettelegging av hjelpemidler, kulde- og varmebehandling, elektroterapi og andre behandlingsformer. Fysioterapeuten søker å hjelpe den syke pasienten gjennom å bedre hans fysiske funksjonssvikt, øke bevegeligheten og redusere smerter. Gjennom slik hjelp søker fysioterapeuten å bidra til økt mestring og → livskvalitet.

"Bevegelse" og "kropp" er særlig sentrale begreper i fysioterapi. Menneskets kropps- og bevegelsesutvikling og samvirkningen mellom bevegelsesevne, sosiale forhold og omgivelser er primære kunnskapsfelt i fysioterapi. Særlig viktige basisfag er anatomi, fysiologi, bevegelseslære, sykdomslære, samt samfunnsfag.

Et viktig kjennetegn ved fysioterapeutenes yrkesfunksjon er at de i sin undersøkelse og behandling møter pasienten i en samhandlingssituasjon som innebærer *berøring og fysisk kontakt*. Dette, kombinert med ofte lange behandlingsforløp, gjør at fysioterapeuten får et godt kjennskap til hvordan kroppslige reaksjoner og sykdommer henger sammen med menneskers opplevelsesverden og livssituasjon. For eksempel hvordan muskulære spenningsforstyrrelser og hemninger i pust og bevegelse, er ledd i pasientens forsvar og tilpasning til den livssituasjon han befinner seg i. Kroppens uttrykk kommuniserer både pasientens livssituasjon og livshistorie. Slik kunnskap er sentral i den fysioterapeutiske yrkeskompetansen.

Fysioterapeutene ble tidligere kalt massører og sykegymnaster. Det er i dag en 3-årig grunnutdanning med etterfølgende 1-årig praktisk turnustjeneste. Samlet fører dette fram til offentlig autorisasjon som fysioterapeut.

Arbeidsområde: Fysioterapeutene jobber med behandling, habilitering, rehabilitering og forebyggende virksomhet, som offentlig tilsatte på sykehus og i primærkommuner eller som privatpraktiserende med egen virksomhet.

Fysioterapitjeneste er ifølge Lov om helsetjenester i kommunene en obligatorisk del av kommunehelsetjenesten. I forebyggende og oppsøkende arbeid har fysioterapeuter ansvar for kartlegging, vurdering og tilrettelegging av tiltak, mens det i behandlende virksomhet er det krav om henvisning fra lege.

Litteratur til videre lesning:

Kirke, utdanning, og forskningsdepartementet (1997): *Rammeplan og forskrift for 3-årig fysioterapiutdanning.*

Legevitenskap

Legevitenskap er undersøkelse av mennesket i sunn og syk tilstand, herunder diagnostisering og behandling av sykdom, samt forbygging av sykdom.

Hovedfokus

Legen søker, gjennom medisinsk diagnostisering og behandling, å hjelpe pasienten med sykdom, skader og plager, samt å forebygge slike lidelser. Hovedfokuset er å diagnostisere pasientens sykdom og skade, finne dens årsak og behandle pasienten medisinsk. Legen er den som leder og forordner medisinsk undersøkelse og behandling.

Medisinstudiet ble etablert da Norges første universitet ble grunnlagt i Oslo i 1813. I dag er det i tillegg legeutdanning ved universitetene i Bergen, Trondheim og Tromsø. Utdanningen er 6-årig med etterfølgende 1 ½ års turnustjeneste. Legene jobber i alle deler av helsetjenesten, særlig innen spesialisthelsetjenesten på sykehusene og allmennlegetjenesten i kommunene.

Hippokrates (460-377 f. Kr) regnes som legevitenskapens far. Han mente at legevitenskapen måtte bygge på nøye observasjoner av de syke og ikke på magiske forestillinger og spekulasjoner. Denne tanke fikk gradvis økende gjennomslag, men ble toneangivende først på 18- og 1900-tallet. Moderne legevitenskap bygger primært på naturvitenskapelig forskning på normale livsprosesser hos mennesket, sykdomsårsaker og behandlingsmessige erfaringer, herunder farmakologisk behandling (jamfør → evidens og evidensbasert praksis). Spesialiseringen innen legevitenskapen er omfattende med en rekke underspesialiteter.

Gjennom sin rolle som leder av helsevesenets autoriserte medisinske undersøkelse og behandling, har legen en sentral og viktig → *maktposisjon*. Legen har langt på vei et *definisjonsmonopol* ved å være den som diagnostiserer hvorvidt du objektivt sett kan ansees som syk eller ikke, og i tillegg hvilken sykdom du blir klassifisert under. Legen blir dernest portåpneren/lukkeren for medisinske behandlingstiltak og mange trygde- og velferdsordninger. De økende → *medikaliseringstendensene* i samfunnet vårt, med fokus på helse, → sykdom og → risiko, bidrar også til å styrke legenes maktposisjon.

På den annen side er det i samfunnet i dag utviklingstrekk som sannsynligvis *svekker* legenes maktposisjon. Det er i dag en minkende kunnskapskløft mellom legen og pasienten. Pasienten kan i dag, mer enn tidligere, skaffe seg relevant informasjon om sin egen sykdom og dens behandling gjennom litteratur og Internett. Det økende akademiske utdanningsnivået i samfunnet forsterker denne evnen. Tidligere var legen av de få velutdannede i samfunnet. En tendens i dagens samfunn er synkende tiltro til autoriteter. Legens makt balanseres i dag mer enn før for eksempel gjennom pasientens formelle rettigheter (jamfør Pasientrettighetsloven), aktive pasientorganisasjoner som stiller krav og alternativ behandlingsformer der legen spiller en perifer rolle. Dette er utviklingstendenser som kan tolkes som ”motmakt” mot legedominans og legeautoritet.

Sykepleie

Sykepleie er fysisk, psykisk, sosial og åndelig omsorg og behandling av akutt og kronisk syke, sårede, eller på annen måte svekkede personer, samt forebygging av slike tilstander.

Hovedfokus:

Det følgende er et forsøk på å kort karakterisere sykepleie nærmere¹:

Sykepleieren søker å hjelpe den syke pasienten gjennom:

1. Å fokusere på, og møte, hans reaksjoner på sykdom.
2. Gi en vedvarende (ofte døgntinuerlig) observasjon og pleie av pasienten.
3. Å koordinere samarbeidet med andre helsefaggrupper, herunder samarbeide med legen om medisinsk diagnostisering og behandling.

Å forsøke å hjelpe den syke pasienten er noe sykepleierne har som hovedmålsetning til felles med de andre yrkesgruppene i helsevesenet. Men hva er sykepleiens særegne fokus og hva skiller sykepleierens oppgaver sammenlignet med andre yrkesgrupper? Dette skal vi dvele litt ved, ved å gjennomgå hvert av kjennetegnene (punktene) over:

1. Å fokusere på, og møte, pasientens reaksjoner på sykdom

Mens legens hovedfokus er å hjelpe pasienten, ved å diagnostisere og behandle hans sykdom, er sykepleierens primærfokus å hjelpe pasienten ved å møte de uttrykk, reaksjoner og konsekvenser som sykdommen har for ham og den livssituasjon han er kommet i. Det dreier seg om både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige sykdomsreaksjoner.

2. En vedvarende (ofte døgntinuerlig) observasjon og pleie av pasienten

Å hjelpe pasienten, gjennom å møte hans reaksjoner på sykdommen, og den livssituasjon han er kommet i, er utvilsomt noe også leger og andre helseprofesjoner søker å ivareta. Men gjennom den ofte nære, vedvarende og døgntinuerlige kontakten med pasienten får imidlertid sykepleierne, mer enn andre yrkesgrupper med mer sporadisk kontakt med pasienten, dybdekjenning til pasientens sykdomsuttrykk og livssituasjon. Ettersom sykepleierne har den vedvarende kontakten med pasienten får de en særlig innsikt i pasientens

¹ De følgende fire punktene er et forsøk på å beskrive sentrale kjennetegn ved sykepleie. Gjennom at du selv dveiler ved og reflekterer over disse punktene kan du ta stilling til dem og gjøre opp din mening om et vesentlig spørsmål for enhver sykepleier: Hva er sykepleie?

opplevelse av å være syk og hans livssituasjon. På bakgrunn av denne kontakten og kjennskapen forsøker sykepleieren å hjelpe pasienten.

3. Koordinerende samarbeid med andre helsefaggrupper; herunder samarbeid med legen om medisinsk diagnostisering og behandling.

Denne kjennskapen til pasienten gjør at sykepleieren ofte observerer og bringer videre informasjon og innsikt om pasienten som er relevant for andre samarbeidende helsefaggrupper i deres arbeid med pasienten. Sykepleierens posisjon nær pasienten gjør at hun/han ofte er den som trekker inn ulike faggrupper og koordinerer hjelpen, enten det dreier seg om arbeid på somatisk sykehus, sykehjem, hjemmesykepleie, psykiatrisk virksomhet eller andre virkeområder. Samarbeidet med legen har vært, og er fortsatt, særlig i spesialisthelsetjenesten, en særlig viktig relasjon. Dette handler om sykepleierens medfunksjon i arbeidet med å diagnostisere og behandle pasientens sykdom. Dette er legens hovedansvarsområde, men legen er ofte avhengig av sykepleierens observasjoner, både i sin diagnostisering, og i sin forordning av medisinsk behandling. Gjennom sine vedvarende og ofte døgkontinuerlige observasjoner, får sykepleieren kjennskap til pasientens symptomer og reaksjoner og dette hjelper legen i det videre diagnostiserings- og behandlingsarbeidet. I tillegg samarbeider sykepleieren med legen gjennom at hun/han er den som setter ut i livet mange av de behandlingstiltakene som legen forordner for pasienten.

Spenningsfelt i sykepleien

Det er flere spenningsfelt i dagens sykepleiepraksis. Vi skal her se nærmere på tre av dem: Spenningen mellom ”problemløsning” og ”omsorg”, mellom ”den teknisk spesialiserte” og ”den nære ta-hånd-om-omsorgen” og til slutt mellom ”teoretisk vitenskapelig” og ”praktisk erfaringsbasert” sykepleie.

1. Problemløsning og omsorg

Sykepleie er både en problemløsningspraksis og en omsorgspraksis. Dette har sykepleie til felles med de andre helsefagprofesjonene. Med *problemløsningspraksis* menes at sykepleieren er bevisst, vurderende, problemløsende og målrettet i sitt arbeid med å hjelpe pasienten. I denne analytiske praksisen bruker sykepleieren problemløsningsprinsipper (for eksempel sykepleieprosessen), andre teoretiske kunnskaper og praktiske erfaringer. Men dersom alt sykepleieren gjør, tenkes inn i problemløsningsprosessen slik mål-middel-modell, blir praksisen teknisk preget og pasientene blir objekter for tiltak og handlinger. Den spontane omsorgen *kan* bli undertrykket av den målrettede sykepleiefaglige rasjonaliteten.

Sykepleie må også være en *omsorgspraksis*. Som et *grunnlag* i yrkesutøvelsen ligger den spontane omsorgen, det umiddelbare og ekte som ikke er begrunnet analytisk, men utfra et spontant ønske om å være til hjelp. Denne spontane «andre-rettethet», barmhjertighet og omtanke setter farge på relasjonene til pasientene og sykepleiehandlingene. Den bidrar til at sykepleieren ”forstår” pasienten, hans lidelse og ulike fenomener. All verdens bøker om lungefysiologi eller lungesykdommer gir for eksempel ikke nødvendigvis en forståelse av tungpustenhet som et pasienterfart fenomen. Kjennskap til den nyeste forskningen omkring smerter og smertefysiologi gir ikke nødvendigvis sykepleieren en forståelse av hva lidelse er. «Den viktigste egenskap for en sykepleier er å ha en indre forståelse av hva den syke trenger» skrev Elisabeth Hagemann i en etikkbok for sykepleierelever ved Lovisenberg i 1930. For å få denne forståelsen må sykepleieren, på den ene siden ha teoretisk innsikt i relevante fag, og på den andre siden, ha en indre motivasjon og et ønske om å være til hjelp for pasienten. Sykepleieren kaster ikke vrak på verken «hjerte» eller «hode».

Pasienten er utlevert til sykepleierens omsorg. I dette ligger en → maktrelasjon. Men ettersom det dreier seg om å støtte opp omkring pasientens livsprosesser og livsmuligheter, så føres sykepleierens makt mot ivaretagelse, omsorg og → empowerment for pasienten. Livsprosesser og livsmuligheter er det umulig for sykepleieren å ha i sin makt. Imidlertid kan sykepleieren ha disse i sin ivaretagelse og omsorg. I ivaretagelsen ligger det en respekt og tilbakeholdenhet: Det vi ikke har i vår makt forholder vi oss respektfullt og tilbakeholdent overfor. Møtet med pasientens ansikt og kropp medfører en tilbakeholdenhetsimpuls som gjør at han ikke blir invadert. Ivaretagelsen og tilbakeholdenheten gir plass og rom til å ta imot pasienten og bygge opp under hans livsmuligheter og verdige liv, helt til slutten. Motsatsen til dette er sykepleieren som invaderer pasientens urørlighetssone, for eksempel i forhold til hans kropp, eiendeler, tid eller personlige integritet. Forskning og undersøkelser har vist at slik → krenkelse foregår på mange helse- og sosialinstitusjoner i dag.

2. Spenningen mellom den ”tekniske, spesialiserte og effektive sykepleien” på den ene siden og den ”nære ta hånd om omsorgen” på den annen side.

Den raske utviklingen av tekniske behandlingsmetoder, økt krav om spesialkompetanse innenfor behandling av bestemte pasientgrupper og økt vektlegging av planarbeid og effektiv drift er ulike uttrykk for den førstnevnte siden av dette spenningsfeltet. I motsetning til denne tendensen står sykepleiens tradisjonelle orientering mot den støttende og konkrete omsorgen ved sengekanten. Spørsmålet er om dagens sykepleiere ønsker å ivareta dette ofte lavt vurderte ”nære ta hånd om omsorgsarbeidet” eller overlate det til hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og assistenter for i stedet å konsentrere seg om den ”tekniske, spesialiserte og effektive sykepleien”? Mange vil svare: Begge sider er like viktige! Men er det mulig å være begge steder?

3. Spenningen mellom sykepleie som en praktisk og erfaringsbasert virksomhet og sykepleie som en teoretisk og vitenskapelig begrunnet disiplin.

Sykepleiekunnskap ble ”opprinnelig” ene og alene vunnet gjennom å se og lytte til erfarne sykepleiere (eksempellæring) og ved å gjøre egne erfaringer. Etter hvert vokste det fram et behov for å forklare og begrunne *skriftlig* de sentrale elementer i sykepleiepraksisen. Det ble derfor skrevet lærebøker i sykepleie, sykepleie ble et eget skolefag på ulike nivåer (høgskoler, universitet) og det er skapt teori og modeller for sykepleieutøvelsen. Gjennom dette har man forsøkt å begrunne og legitimere yrket som en selvstendig virksomhet og et selvstendig fagområde. Dette er en utviklingshistorie (en → profesjonaliseringsprosess) som sykepleien har hatt felles med mange andre praktiske fag både i og utenfor helsefagene. En økende tendens i dagens sykepleie er å legitimere yrket gjennom å vitenskapeliggjøre faget og kunnskapen yrket bygger på (jfr. → evidensbasert sykepleie). Kritikken går på at denne typen kunnskap i sykepleie blir standardisert og lovmessig og tar oppmerksomheten bort fra det personlige, det som er annerledes og unikt hos pasienten. Kritikerne er opptatt av fagets praktiske forankring og mener at innsikt og klokskap først og fremst vinnes gjennom eksempellæring, og reflektert praksis. Spenningen går imidlertid ikke på om sykepleie *kun* skal være erfaringsbasert eller *kun* skal være vitenskapelig og teoribasert. De fleste vil være enige om at begge type kunnskap er vesentlig i sykepleieutøvelsen. Uenigheten og spenningen går på vektleggingen av disse to sidene. Spenningen mellom dem handler også om hvordan sykepleieren skal fortolke pasienten problemer. I den teoretisk-vitenskapelige virkelighetsforståelse blir pasientens problemer kategorisert i gitte standardiserte diagnoser og → klassifikasjoner basert på vitenskapelig forskning (for eksempel sykepleiediagnoser, sykepleieintervensjoner med mer). Humanistisk og fenomenologisk orienterte sykepleiere nedtoner dette og legger vekt på å betrakte pasientens problemer som subjektive, unike og mangetydige.

Til slutt litt om fagets historikk og arbeidsområder:

Historikk

Alle kan pleie syke, men som profesjonsutøvelse er sykepleie den omsorg, behandling og forebygging som utøves av offentlig autoriserte sykepleiere. Denne begrensning skyldes de funksjons- og kompetansekrav som i dag stilles for å arbeide som sykepleier i ofte spesialiserte helse- og pleie- og omsorgstjenester. Selv om pleie av syke har eksistert så lenge mennesket har eksistert, ble organisert sykepleie først startet opp i 1836 av pastor T. Flidner, i byen Kaiserswerth i Tyskland. Dette ble samtidig oppstarten på den internasjonale diakonissebevegelsen som moderne sykepleie har sine røtter fra. Den første norske lærebok i sykepleie ble skrevet av diakonissen Rikke Nissen. Hun framholdt at sykepleieren må ha medisinsk kunnskap for å forstå og utføre pleie av den syke på en selvstendig og kyndig måte. Sykepleieren er underordnet legen i den medisinske behandlingen av pasienten, men er selvstendig i pleien av den syke. På denne måten skal sykepleieren ikke være halve leger, men hele sykepleiere. Utover på 1900-tallet, parallelt med utbyggingen av sykehusene og utviklingen av medisinsk diagnostisering og behandling, fikk naturvitenskapelige fag, som anatomi, sykdomslære og farmakologi, en gradvis en mer dominerende plass i sykepleierutdanningen. Fra 1970-tallet ble det en øket vektlegging av samfunnsfaglige og humanistiske fag i utdanningen, og primærhelsetjenesten (for eksempel hjemmesykepleie og helsestasjonsarbeid) ble vurdert som viktige praksisområder i tillegg til sykehusene.

Yrkesgruppen er sterkt kvinnedominert og preget av omsorgsrasjonalitet. Dette er sannsynligvis grunnen til at det tok mange år før fagforbundet deres, Norsk Sykepleieforbund, satte lønsspørsmålet høyt på sin dagorden.

Grunnutdanningen er i dag 3-årig og det gis tilbud om videreutdanning og spesialisering i en rekke underområder.

Arbeidsområder

Sykepleierne jobber med akutt og kritisk syke, kronisk syke og funksjonshemmede i primær- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg jobber de med forebyggende og helsefremmende arbeid, hovedsakelig i primærkommunene. Cirka halvparten av alle sykepleiere jobber på sykehus.

En av målene med beskrivelsen og vurderingen av disse fire helsefagene har vært å få fram likheter og forskjeller mellom fagene for derigjennom få fram kjerneelementene (identiteten) til de enkelte fag. For å få sammenligningen tydeligere fram er hovedelementene satt opp i nedenforstående tabell:

| | Ergoterapi | Fysioterapi | Legevitenskap | Sykepleie |
|-------------------------------------|---|---|--|---|
| Viktige fokus-områder og kjennetegn | <ul style="list-style-type: none"> Hovedfokus på klientens aktivitet og den passivitet og hjelpeløshet som sykdom og skade fører med seg. Forebygging av aktivitetsproblemer. Måltrett aktivitet som terapi; for eksempel gjenopptrening i dagliglivets aktiviteter. | <ul style="list-style-type: none"> Hovedfokus på pasientens funksjon og den funksjonssvikt som sykdom eller skader i ledd og muskler (bevegelses-systemet) fører med seg. Forebygging av funksjonssvikt i bevegelses-systemet. Undersøkelse og behandling av pasientens sykdom og skade i ledd og muskler. | <ul style="list-style-type: none"> Hovedfokus på å diagnostisere pasientens sykdom og skade, finne dens årsak og behandle medisinsk. Forebygging av sykdom. Leder og forordner medisinsk undersøkelse og behandling. Definisjons-monopol ift. sykdom, medisinske behandlingstiltak og trygdeordninger. | <ul style="list-style-type: none"> Hovedfokus på sykdoms-reaksjoner, ikke sykdom og skade i seg selv. Vedvarende observasjon og pleiekontakt Koordinerings-funksjon ift. andre helsefaggrupper. Samarbeid med lege vedr. medisinsk behandling |
| Kjerneord | <ul style="list-style-type: none"> Aktivitet Tilrettelegging Habilitering og rehabilitering | <ul style="list-style-type: none"> Bevegelse og kropp Habilitering og rehabilitering | <ul style="list-style-type: none"> Diagnostisering og behandling Naturvitenskapelig kunnskap | <ul style="list-style-type: none"> Omsorg og pleie |

Litteratur for videre lesning:

Alvsvåg, H. (1985): *Har sykepleien en framtid? : en kritikk av den teoretiske sykepleien.*
 Askjem, S. (1996): *Helse- og sosialarbeideres yrkesroller.* Kirke, utdanning, og forskningsdepartementet (1997): *Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning.*
 Hagemann, E. (1930): *Sykepleie-skolens etikk i korte trekk.* Martinsen, K. (1996/2002): *Fenomenologi og omsorg : tre dialoger.*

Helseplanlegging

Helseplanlegging retter seg mot to forhold: For det første planlegging av tiltak for å *bedre helsetilstanden i befolkningen.* Det vil si planlegging av sykdomsforebyggende- og sykdomsbehandlende tiltak, samt mer sektorovergripende helsefremmende arbeid. Den andre form for helseplanlegging er planlegging av tiltak for å *forbedre selve helsetjenesten.* ”Subjektet” er her ikke befolkningen og enkeltpersoner direkte, men helsetjenesten som organ og ”vesen”. Dette dreier seg om da om planer for drift og organisering av helseinstitusjonene og de enkelte helsetjenester.

Metodikken i helseplanleggingen kan deles inn i tre steg: En *datainnsamlingsdel* der man beskriver relevante bakgrunnsdata om befolkningen/målgruppen (for eksempel

→ epidemiologiske data om sykdomsmønsteret) og eksisterende helsetjenestetilbud. På basis av denne datainnsamlingen *beskrives problemområdene* (noen ganger kalt ”kommunediaoser”). Den tredje og siste del av planprosessen går ut på å formulere konkrete *tiltaksplaner* (handlingsplaner) å møte problemområdene på. Dette er en form for rasjonalistisk planlegging som også har vært utsatt for kritikk. Kritikken har gått på at samfunns- og sykdomsmessige prosesser er så komplekse og innvevd i hverandre at de vanskelig lar seg sette opp i et slikt enkelt mønster.

Pr. i dag har vi i Norge fire nivåer av offentlige helseplaner: Statlige-, regionale-, fylkeskommunale helseplaner og kommunale helseplaner. Eksempler på *statlige helseplaner* er stortingsmeldinger (for eksempel St.meld.nr 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap) og nasjonale handlingsplaner (for eksempel Handlingsplan for eldreomsorgen 1998-2001). *Regionale helseplaner* tar for seg helseplaner for to eller flere fylker som utgjør en naturlig region. Fra 1. januar 2002 har staten overtatt ansvaret for spesialisthelsetjenesten som tidligere var et fylkeskommunalt ansvar. Staten har organisert dette i regionale helseforetak, for eksempel Helse Vest som består av Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Hvert helseforetak så har organisert spesialisthelsetjenesten i lokale helseforetak, for eksempel er Helse Bergen navnet på et av fem lokale helseforetak under Helse Vest. Helseplanlegging foregår i dag dermed både på regionalt og lokalt helseforetaksnivå.

I tillegg har vi fortsatt noen *fylkeskommunale helse- og sosialplaner* i og med at fylkeskommunen fortsatt har ansvar for rusvern, barne- og familievern og tannhelse.

Eksempler på *kommunale helseplaner* er kommunale planer for eldreomsorgen, psykiatriplaner og plan for svangerskapsomsorg. Disse planene tar for seg ansvarsområdet for de kommunale helsetjenestene som først og fremst er lovhjemlet i Lov om helsetjenesten i kommunene (1982).

I tillegg til disse fire nivåene av offentlige helseplaner har også den enkelte helseinstitusjon i fylkeskommunen og primærkommunen ofte utarbeidet egne *institusjonsplaner* som tar for seg drift, organisering og kvalitetsutvikling av institusjonen sett i forhold til egne brukergrupper.

Det er i offentlig virksomhet vanlig å operere med ulike plantyper klassifisert etter hvilken tidshorisont de tar for seg. Sådanne *strategiske planer* har en lang tidshorisont (for eksempel et 10-årsperspektiv). Disse søker gjerne å ta for seg utviklingstrekk i samfunnet og brukergruppene for å målrette virksomheten og ressursene inn mot de aktuelle behov for helsetjenester. De peker dermed på langsiktige satsingsområder og er ofte mer visjonspregede enn konkret forpliktende.

Sådanne *handlingsplaner* og *virksomhetsplaner* har et kortere siktemål (1-4 år) og er mer konkrete og forpliktende enn strategiske planer. De knyttes gjerne til et langtidsbudsjett som stipulerer økonomiske prioriteringer på satsingsområder over en periode på for eksempel fire år. Slik langsiktig helseplanlegging er lovpålagt gjennom Lov om planlegging av helse- og sosialtjenesten i kommunene (1982). Her heter det at dette arbeidet skal være en åpen prosess der berørte parter har påvirkningsmuligheter.

Årsplaner og *årsbudsjett* er den mest detaljerte og forpliktende plantypene i offentlig virksomhet. De legges vanligvis fram hver høst og tar for seg innsatsområder og kronefordeling for hvert enkelt driftsområde for kommende år.

I tillegg legger den enkelte virksomhet også fram *årsmelding* og *årsregnskap* fra forrige år der driften oppsummeres og vurderes i forhold foregående års budsjett.

Litteratur til videre lesning:

Hallandvik, J.E. (1997): *Helsetjeneste og helsepolitikk*. Grund, J. (1995): *Helsepolitikk*. Askildsen, J.E. og Haug, K. (red) (2001): *Helse, økonomi og politikk*.

Holdning

En persons holdning viser seg i hans/hennes måte å forholde seg til andre mennesker og omgivelsene ellers på. Vi forholder oss til verden og livet på vår særegne og individuelle måte. I dette ligger en aktiv stillingstagen til omgivelsene, der mennesket må *føre* sin tilværelse, og heri ligger menneskets grunnleggende situasjon: At vi forholder oss til verden og hverandre i frihet og selvbestemmelse. Denne stillingstagen til verden og hverandre viser seg i fenomenet “holdning”.

Det finnes utallige måter mennesket kan stille seg til verden på. Selve menneskets oppreiste stilling (kroppsholdning) viser en holdningstagen. Videre også hvordan vi står, går (for eksempel skrittene våre), sitter, beveger oss (for eksempel en persons håndbevegelser), den måte vi snakker på, særlig vårt tonefall og selvsagt innholdet i hva vi sier. Personens særegne *holdning* viser seg på slike måter. Holdning kan på denne måten vise seg både i en persons kroppslige uttrykk, i handlings- og atferdsuttrykk, i følelser og affekter og i oppfatninger og tankevirksomhet. Felles for disse ulike uttrykkene er at de gjenspeiler den underliggende holdning. Dette er en vid måte å forstå begrepet holdning på. Et alternativt syn er å reservere holdningsbegrepet til personens følelsesmessige (affektive) oppfatninger av andre.

Selv om en persons holdning alltid er individuell og særegen, går det an å skjelne mellom ulike typer av holdninger. For eksempel er “stolthet” en bestemt holdning som viser når en person er fornøyd med noe han har gjort eller sitt liv, hvilket viser seg i hvordan (innhold og form) han møter andre mennesker og verden. Stolthet er en annen holdning enn det vi kaller “hovmod”, der man stikker nesen i været og vurderer seg selv bedre enn andre og ser ned på andre. Holdningen “bryskhet” er å være kort og avvisende overfor andre, i motsetning til “vennlighet” der man stiller seg åpen og imøtekommende til andre og verden.

Verbalt sett gir holdninger seg uttrykk gjennom verdi-ord som bra/dårlig og liker/misliker. Våre holdninger bidrar (i likhet med våre verdier og → normer) til å skape orden i vår tilværelse og til å gi oss → identitet og sosial tilhørighet. Holdningene er våre “teorier” om ting og personer vi møter. Holdninger er slik sett uttrykk for våre medfødte eller tillærte fordommer. Fordomsbegrepet er imidlertid vanligvis reservert for holdninger som er negative, rigide eller feilaktige. Et nært beslektet begrep er *stereotypier* som kan defineres som forenklede oppfatninger om personer knyttet til bestemte → grupper som for eksempel → religion, nasjonalitet, alder, → kjønn eller seksuell legning.

Holdninger er ikke det samme som impulser, tilskyndelser og affekter. Hvordan en persons affekt framtrer er avhengig av personens holdning. Det er for eksempel mange måter å le på. I latteren tone hører vi personens holdning. I holdningen uttrykkes hvilket grep man har om seg selv, hvilket viser seg i personens stillingstagen til andre og verden. Holdninger dreier seg om forholdsvis stabile trekk som kan forklare våre handlinger, oppfatninger og affekter. Det er nært knyttet til begrepet personlighetstrekk, men personlighetstrekk viser vanligvis til enda mer stabile og generelle egenskaper hos personen.

Litteratur til videre lesning:

Pahuus, Mogens (1995): *Holdning og spontanitet. Pedagogikk, menneskesyn og verdier.*

Identitet

Ordet identitet stammer fra latinsk "idem" som kan oversettes med "en" eller "lik". Min identitet refererer i samsvar med denne oversettelsen til det å være "en" eller "lik" med den jeg er, med meg selv. Det dreier seg om min erkjennelse av hva som er de sentrale og typiske særtrekk og kjennetegn for meg og ved meg. Det vil si opplevelsen av hva som er kjernen ved meg selv. Jeg er ikke lik noen andre; heller ikke min mor eller far, bror eller søster. Jeg er annerledes enn dem og alle andre; jeg har min særegne identitet som gjør at jeg kan si "jeg" om meg selv.

En persons identitet kan være knyttet til mange forskjellige forhold. I ulik grad knytter vi den til vårt navn, både fornavn og etternavn. Videre til for eksempel *hvor* man er født, oppvokst og bor nå. Til utdanning og yrke. Til ulike → roller man innehar i ulike faser av → livsløpet. Til hva vi fornemmer at andre synes om oss. Til kroppen vår og hvordan vi opplever den.

Ettersom identiteten refererer til kjernen ved de personlige særtrekk er den ofte ganske stabil. Den forandrer seg ikke over natten. Det dreier seg om kjernen ved meg selv som er lik på tvers av ulike situasjoner og roller. Mens roller kan skifte fra situasjon til situasjon i løpet av en dag alt etter hvor jeg er og hvem jeg møter, er min selvoppfattelse av hvem jeg er mer stabil. Identiteten *forankrer* min ofte ellers flyktige tilværelse.

På tross av denne stabiliteten er *ikke* identiteten *statisk*. Den utvikler seg gjennom livsløpet fra barndom til alderdom. Dette er ikke noe som bare skjer i puberteten, selv om dette er en særlig viktig tid i identitetsutviklingen, noe blant annet sosialpsykologen Erik H. Erikson har påpekt. Også ellers i livet kan det inntre situasjoner og hendelser som fører til at selvoppfattelsen av hvem jeg er i noen grad endres. Særlig når det oppstår noe uventet og brått som får innvirkning på min livssituasjon. Det kan for eksempel dreie seg om det å få en skade eller kronisk sykdom. Noe av det stabile i meg, som jeg har oppfattet som meg selv, utsettes i slike situasjoner for angrep som kan føre til identitetsforandringer. Skaden kan blant annet føre til kroppslige forandringer i forhold til utseende eller funksjon. Tydelige eksempler på dette er identitetsforandringer i forbindelse med det å miste et bryst etter brystkreft, eller skader etter apopleksi som fører til problemer med å klare å mestre normale daglige funksjoner, som det å vaske seg eller ordne seg på håret. Kroppens utseende og kroppens funksjoner er for de aller fleste vesentlige for identiteten. Videre kan sosiale endringer som tap av jobb eller endret sosial rolle og status virke inn på identiteten. Også endringer av psykisk art, som psykososiale plager eller depresjon, som påvirker selvoppfattelsen av hvem jeg er.

Identitetsbegrepet brukes for å karakterisere en → gruppe eller kultur. Man kan for eksempel snakke om nasjons identitet eller en yrkesgruppes identitet. En yrkesgruppes identitet er et uttrykk for hva som er yrkets særegenhet (se → helsefag). En yrkesutøver med en klar yrkesidentitet (fagidentitet) har en selvbevissthet om yrkets (fagets) innhold, funksjon- og kompetansesområder, grunnleggende ferdigheter i yrket, fagets kunnskapsområder og metoder, dets verdigrunnlag og faghistorie.

Institusjon og institusjonalisering

Begrepet institusjon brukes i flere betydninger. I dagligspråket brukes ordet oftest om en → organisasjon som for eksempel et sykehus eller et fengsel. I tråd med dette har sosiologen Erving Goffmann (1922-82) skapt begrepet → total institusjon om en organisasjon hvor medlemmene lever avsondret fra tilværelsen utenfor og får dekket alle sine grunnleggende behov innenfor rammen av institusjonen; for eksempel et fengsel.

I sosiologien er det vanlig å bruke begrepet institusjon på en mer overordnet og mindre konkret måte; nemlig som et etablert sett av → normer eller atferdsmønstre knyttet til en sentral funksjon i samfunnet. *Institusjonalisering* (også kalt instituering) er et uttrykk for prosessen som foregår når det skapes *mer* fastlagte normer for samhandling på sentrale samhandlingsarenaer i samfunnet enn det som var vanlig før.

I → strukturfunksjonalistisk tankegang vektlegges det ofte at disse etablerte reglene og normene har en bestemt funksjon eller samfunnsmessig oppgave. *Familieinstitusjonen* regulerer for eksempel oppgavene reproduksjon og → sosialisering i samfunnet vårt. Av andre samfunnsregulerende institusjoner kan nevnes *utdanningssystemet* som har til oppgave å sosialisere, skape → sosial kontroll, gi opplæring og framskaffe kunnskap, *det økonomiske system* som skal skape og fordele økonomiske verdier, *det politiske system* med oppgave å styre og samordne → makt i forhold til samfunnsmedlemmenes fellesanliggender, → *religionen* hvis oppgave blant annet er å skape mening, trygghet, fellesskap, sosialisering og sosial kontroll. Også *helsevesenet* kan betraktes som en institusjon hvis oppgave blant annet er å føre den syke bort fra → avviket det er å være pasient og tilbake igjen til produktivt virke.

Slik sett kan man betrakte ethvert samfunnsfelt som har etablert et fast mønster av regler og normer for samhandling for en sosial institusjon. Selve det menneskelige → *livsløp* kan i dette perspektiv betraktes som en sosial institusjon, ettersom det eksisterer formelle og uformelle normer for rekkefølge av bestemte hendelser og overganger i livet. For eksempel er det formelle regler knyttet til klassetrinn og alder i barne- og ungdomsskolen og uformelle regler for når det er normalt å gifte seg, få barn, arbeide, pensjonere seg og så videre. Noen hevder at det i den vestlige verden, de siste par hundre år, har foregått en institusjonalisering av livsløpet, ved at det er blitt flere og klarere formelle regler og normer for organisering av individenes livsløp i det sosiale rom, fra barndom til alderdom. Andre mener tvert i mot at det foregår en avinstitusjonalisering av den fastlagte livsløpsnormen, ved at det i dag gis større frihet til selv å velge hva som er ønskelig og normalt for den enkelte person.

Litteratur til videre lesning:

Martinussen, W. (1991): *Sosiologisk analyse : en innføring*

Internkontroll; se Kvalitetssikring

Kjønn

At kjønn er et biologisk faktum er åpenbart for alle. De biologiske kjønnsforskjellene mellom kvinner og menn er synlige og gitte. Men kjønn er også et sosialt fenomen. Dette viser seg ved at oppfatninger av kvinnelighet og mandighet defineres ulikt i ulike kulturer og til ulike tider. Kjønn tillegges mening og gir → identitet både for den enkelte og for en kultur. Gjennom ulike former for → sosialisering skapes og gjenskapes kjønnsidentitet. Kjønnsbetingede atferdsnormer og roller internaliseres og blir en del av personligheten. Dette skjer blant annet i møte med eget kjønn, ved opplevelse av likhetstrekk, og i kontrast til det annet kjønn, ved opplevelse av å være forskjellig. Den dype frykten for å bli identifisert med det motsatte kjønn er en drivkraft i en slik kjønnsmessig sosialisering. Kjønnsbetingede utdannings- og yrkesvalg kan være synlige konsekvenser av en slik frykt, og utdanning og yrke kan være viktige arenaer for bekreftelse av egen kjønnsidentitet.

Hva karakteriserer så kvinnelighet og mannlighet i vår kultur? En utbredt oppfatning er at *femininitet* i større grad enn maskulinitet defineres i forhold til omsorgsfunksjoner og familierelasjoner. Dette betyr ikke at dette er fraværende interessearenaer for mannen, men at det oftest er sterkere knyttet til kvinners identitet. For eksempel er det en vanlig oppfatning at omsorg for barns og foreldres velbefinnende er en viktig side ved det å være kvinne. Omsorgsnormen gir seg også utslag i den sterke overvekten av kvinnelige ”omsorgsarbeidere” på helse- og sosialinstitusjoner (hjelpepleiere, sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, sosionomer med flere). Disse yrkesrollene er knyttet til omsorgsoppgaver og assosieres mer med kvinnelighet enn mandighet i vår kultur. Kvinner som jobber innenfor slike kvinnedominerte yrker får derigjennom bekreftet viktige sider ved vår kulturs definisjon av kvinnelighet.

Mandighet oppfattes i vår kultur i større grad i relasjon til → makt, kontroll, prestasjoner og status. Mannstypiske interesser som jakt, fiske, fotball, turer og teknologi er eksempler på vanlige kjønnsidentifiserende aktiviteter for mange menn. Han skal dessuten unngå visse egenskaper som i for stor grad kan assosieres med femininitet; for eksempel håndarbeid og omsorgsarbeid i barnehage eller på sykehjem.

Det er grunn til å understreke at dette handler om gjengse → normer som i vår kultur kan oppleves sterkere eller svakere for den enkelte. Noen er i sterk grad normstyrte, mens andre i mindre grad lar seg styre av det normale i samfunnet.

Hvorfor og hvordan oppstår kjønnsroller? De ulike sosiologiske skoleretningene forstår dette på ulike måter. → Strukturfunksjonalisk kjønnsrolleteori forstår kjønnsrollene som enten naturgitte eller som funksjonelle og nødvendige for arbeidsdeling, samarbeid og produktivitet, enten det nå gjelder kjønnsroller i familie- eller arbeidslivet. → Konfliktperspektivet og feministisk teori ser derimot mange kjønnsroller som uttrykk for makt og utbytting skapt av samfunnsmessige strukturer og → institusjoner der menn har lagt premissene. Feministisk teori framhever kropp og seksualitet som et særlig viktig område for mannlig dominans ved at seksuell praksis styres av menns begjær og at menns forestillinger om feminitet tvinges på kvinner.

Klassifikasjon/ sykepleieklassifikasjon

Å klassifisere vil si å sortere, systematisere og dele inn i grupper, klasser og kategorier det som hører sammen. Å kategorisere og klassifisere inntrykk som vi opplever er et grunnleggende menneskelig fenomen. Språkforskeren George Lakoff hevder at all tenkning egentlig er basert på evnen til å kategorisere. Å kategorisere og klassifisere er å gi mening og betydning til de inntrykk som møter oss. Uten en slik klassifiseringsprosess vil de ulike fenomener vi møter få samme status og tape sin særegne betydning. Dette handler om grunnleggende erkjennelsesteori som også de greske filosofene Platon og Aristoteles var opptatt av. Begge hevdet at kunnskap og forståelse dreier seg om å gjenkjenne det ukjente i kjente kategorier.

For at sykepleieren skal forstå pasienten og hans tilstand, må han plasseres i forhold til en eller flere bestemte og kjente referanserammer eller kategorier. Eksempler på slike kan være en teori, et faglig begrep, en problemformulering, en sykepleiediagnose, et sykepleietiltak, medisinsk diagnose eller et medisinsk tiltak. Hensikten med et slikt fagspråk er å tolke og uttrykke observasjoner og tiltak på en oppsummerende og presis måte og lette kommunikasjonen mellom helsepersonell. Slike veldefinerte faglige klassifikasjoner skal da kunne erstatte lengre og mer hverdagspråklige beskrivelser.

Det er for tiden en sterk tendens i retning av standardisering og klassifisering innenfor mange fagområder og yrkesgrupper. Innføring av edb-basert dokumentasjon i helsetjenesten er en katalysator for videreutvikling av ulike klassifikasjonssystemer fordi edb-systemene «forstår» og kan tolke et slikt formalisert og kvantifiserbart språk. Som en del av denne utviklingen jobbes det innenfor sykepleiefaget aktivt med å utvikle klassifikasjonssystemer som skal søke å kvalitetssikre sykepleiedokumentasjonen og skape et mer kategorisert, formalisert og samordnet og sykepleiespråk. Det er i USA denne utviklingen er kommet lengst, særlig i form av klassifikasjonssystemer for sykepleiediagnoser, sykepleieintervensjoner og sykepleieresultater. North American Nursing Diagnosis Assosiation (NANDA) definerer sykepleiediagnoser slik: "En klinisk vurdering av individets, familiens eller samfunnets reaksjoner på aktuelle eller potensielle helseproblemer/livsprosesser ...". Stikkordet her er reaksjoner. Mens leger først og fremst diagnostiserer og behandler pasientens *sykdom*, så diagnostiserer og forholder sykepleierne seg først og fremst pasientens *reaksjoner* på sykdom. Det dreier seg, ifølge disse, om å kategorisere og dokumentere pasientens reaksjoner og opplevelse av sykdom og krise, ikke sykdommen eller krisen i seg selv eller dens årsaker. Historisk sett har sykepleiere blitt opplært til å bruke medisinske diagnoser som bakgrunns-kategorier i arbeidet med å beskrive og dokumentere sykepleie. Disse vil utvilsomt også i framtiden være sentrale referanser i sykepleie. Spørsmålet er om de medisinske diagnosene er tilstrekkelige bakgrunns-kategorier for sykepleieobservasjoner og sykepleietiltak, eller om sykepleierne trenger et eget klassifikasjonssystem basert på pasientens reaksjoner for å utvikle sitt selvstendige fag- og arbeidsområde. Men spørsmålet er også om sykepleieklassifikasjonene, i likhet med medisinske diagnoser, er nyanserte nok til å fange opp ulikhetene i pasientens tilstand og situasjon.

Litteratur til videre lesning:

Wifstad, Å. (1994): *Møtet med Den Andre. Om ekspertkunnskapens grenser*. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 1994; 30: 3678-80. Moen, A. (1999): *Klassifikasjonssystemer i sykepleie*. Tidsskriftet Sykepleien 1999; 2: 50-53. Førland, O.: *Mellom klassifikasjon og fortelling*. Tidsskriftet Sykepleien 1999; 10: 51-54. Pedersen, S.A. (2001): *Klassifikasjon som filosofisk begrep*. I: Gjengedal, E. og Jakobsen, R. (red.): *Sykepleie – praksis og utvikling, bind 1*. von Krogh, G. (2001): *Klassifikasjonssystemer i sykepleie*. I: Gjengedal, E. og Jakobsen, R. (red.): *Sykepleie – praksis og utvikling, bind 1*.

Kompetanse

Begrepet brukes vanligvis om en persons evne eller kvalifikasjon knyttet til et bestemt tema eller funksjon, for eksempel yrkesfunksjon. Kompetansebegrepet har en kunnskapside og en handlingsside. Den kompetente person har bestemte kunnskaper *og* har evne til å vise disse overfor andre. Uten denne handlingssiden kan man vanskelig snakke om kompetanse. Kompetanse er mer enn å "vite at". Det handler om å "vite at" og samtidig å "vite hvordan". Kompetanse dreier seg om å vite hvordan ting skal gjøres, det vil si være i stand til å gjøre det som kreves og å utføre det på en god måte.

Kompetanse er en vesentlig del av en persons → identitet og selvfølelse fordi begrepet retter seg mot personens mestring og positive egenskaper. På den annen side kan opplevelse av manglende kompetanse eller inkompetanse virke negativt inn på ens selvfølelse når man føler at man ikke mestrer utfordringer og funksjoner man møter eller innehar. En persons kompetanse kan betraktes som bindeleddet mellom individet og samfunnet i den forstand at kompetanse handler om å være i stand til å vise eller gjøre det som omgivelsene fordrer.

Kompetanse knyttes ofte til yrkesfunksjon; det å være skikket, kvalifisert og dyktig i bestemte yrkesfunksjoner. Begrepet brukes imidlertid i en rekke andre sammenhenger. Noen eksempler på dette er *sosial kompetanse* eller samspillkompetanse som dreier seg om kunsten å omgås andre; for eksempel et barns evne til å samhandle med andre barn og voksne. *Etisk kompetanse* viser til en persons evne til moralsk og etisk refleksjon og handling i møte med situasjoner eller dilemmaer. Her ser vi at *refleksjon* er en del av kompetansen. I enhver profesjonell kompetanse kommer refleksjonen i tillegg til å "vite at" og å "vite hvordan."

Litteratur til videre lesning:

Kari Pape (2000): "*Æ trur dem søv*" – om aktive voksne og sosial kompetanse i barnehagen.
Molander, B. (1993): *Kunnskap i handling*.

Konfliktteori

Konfliktteorier er samfunnsvitenskapelige teorier der samfunnet og handlinger forstås som et resultat av konflikter og interessemotsetninger. Det grunnleggende i alle sosiale relasjoner er i følge dette synet ikke konsensus og fellesverdier som i → strukturfunksjonalismen, men → makt og interessekamp. Dette perspektivet bygger på den forutsetning at sosiale relasjoner er preget av motsetninger som kan føres tilbake til den historiske utviklingen av *ulikhet* i folks grunnleggende livsvilkår. Teoriene har delvis sine røtter i marxistisk teori om motsetninger mellom borgerskap og arbeiderklasse og preget → sosiologien særlig på 1970-tallet.

I dette perspektivet er sykdom et resultat av makt og ulikhet. Ulike maktinteresser medvirker til at ulikheter mellom → grupper i samfunnet med hensyn til sykdom vedlikeholdes; for eksempel mellom kjønnene og mellom ulike sosiale klasser.

Konfliktperspektivet gir også kritiske innspill til helsevesenet som sosial → institusjon. Eksempler på dette er helsevesenets rolle i å definere tilstander som tidligere ble ansett som normale, som sykdom og avvik, eller helsevesenets søken etter sykdomsårsaker i individet, i stedet for i sykdomsfremkallende strukturer i samfunnet.

Litteratur til videre lesning:

Moe, S. (1994): *Sosiologi i hundre år – en veileder i sosiologisk teori*.

Krenkelse

Begrepet krenkelse er knyttet til forestillingen om at hvert enkelt menneske har en urørlighetssone eller et privat territorium. Dette personlige rom kan på ulike måter ufrivillig bli invadert og krenket. Krenkelse oppstår når et menneske opplever at hans eller hennes urørlighetssone blir angrepet og invadert. De private territoriumene danner samlet sett en persons personlige integritet som kaller på respekt fra oss som står rundt.

Det finnes ulike typer urørlighetssoner og personlige rom. Vi kan blant annet snakke om et *romlig territorium* knyttet til det fysiske rommet som vi beveger oss i; for eksempel vårt hjem eller våre eiendeler. Krenkelse av det fysiske rom kan oppstå når helsepersonell tar seg til rette i pasientens hjem på en måte som oppfattes som urimelig. Handlingene skjer ikke med respekt og følsomhet for skikk og bruk som man forventer av "fremmede" i andres hjem. Vi kan også snakke om et *kroppslig territorium* knyttet til at vår kroppslige urørlighetssone kan krenkes. Dette skjer når pasientens kropp ikke blir behandlet med respekt og ydmykhet. At pasientens kropp på ulike måter kan være skadet eller misformet, øker på mange måter behovet for å bli behandlet med aktsomhet og respekt under et stell. Intim�leie er kanskje den pleiesituasjonen som i størst grad kaller på aktsomhet og respekt fra pleierens side. Vi kan også snakke om privat *territorium knyttet til tiden*. Helsepersonell kan krenke tiden når vi ikke viser respekt for pasientens tid; for eksempel ved at han må vente timevis før den avtalte hjelpen kommer eller at han må vente urimelig lenge før han får hjelp til å komme seg på toalettet. Andre former for krenkelser kan være når funksjonshemmede blir behandlet som barn eller når taushetsplikten brytes.

Det å opponere mot opplevd krenkelse kan for noen være en måte å forsvare seg på når ens private territorium blir angrepet. Noen av disse pasientene blir karakterisert som "vanskelige", "krevende", "kverulerende" og så videre. Andre tar ikke opp sin opplevelse av krenkelse. Årsakene til dette kan være flere: Han kan oppleve enkelte sider av hjelpen han får som dekkende og god, han kan oppleve å være i et avhengighetsforhold til hjelperne og han kan være redd for å miste nødvendig hjelp dersom han opponerer.

Krenkelse og overgrep kan på en annen måte deles inn i krenkelse av fysisk, psykisk eller strukturell art. Fysisk mishandling og seksuelle overgrep er tydelige eksempler på *fysisk krenkelse*. Uttestenging, trusler og sjikane er eksempler på *psykisk krenkelse*. Ofte er det en kombinasjon av fysisk og psykisk krenkelse. Når det eksisterer bevisst fysisk krenkelse ledsages denne som regel også av en psykisk krenkelse ettersom det fysiske overgrepet oppleves som en psykisk belastning. Å nekte en pleietrengende stell er et eksempel på en situasjon der både fysisk og psykisk krenkelse er tilstede. *Strukturell krenkelse* eksisterer når forhold som rutiner, normer og innarbeidede vaner fører til at enkeltmenneskets personlige integritet blir krenket. Den kjente sosiologen og sosialantropologen Erving Goffmann (1922-82) har beskrevet det han har kalt den → totale institusjon, der krenkelsesmekanismene ligger i selve institusjonens sosiale system og rutiner.

Krenkelse kan skje bevisst og direkte i den hensikt å skade den andre. Den skjer imidlertid ofte ikke-intensjonelt og ubevisst uten at det er noens mening å volde skade mot andre. Hjelperen kan oppleve sin hjelp levert utfra de beste hensikter, men pasienten opplever av ulike grunner hjelpen som nedsettende, utilstrekkelig og krenkende. Slik krenkelse kan være en følge av rutiner, normer eller innarbeidede vaner. Også manglende kunnskap og erfaring kan føre til krenkelse av en person. Den hjelpetrengendes sårbarhet og hjelperens gode hensikter viser på denne måten noe om hjelperelasjonenes komplekse natur.

Litteratur til videre lesning:

Goffmann, E. (1967): *Anstalt og menneske. Den totale institusjon sosialt set*. Malmedal, W. (1999): *Sykehjemmens skyggesider: Når beboere på sykehjem utsettes for krenkelser og overgrep*. Britt Lillestøl (1998): *Når omsorgen oppleves krenkende*.

Kvalitative data og -metoder

Kvalitativ metode viser til en tilnærming til en → problemstilling der forskeren ved hjelp av for eksempel deltagende → observasjon eller → kvalitative intervjuer samler inn data som tolkes kvalitativt; det vil si ikke for å finne tallmessige sammenhenger, men *meningssammenhenger*. Man søker å få innsikt i informantenes egne meninger, intensjoner, kategorier og → klassifikasjoner for derigjennom å forstå et fenomen, en virksomhet eller en problemstilling. Målet med en slik tilnærming er holistisk; det vil si at det er helheter og ikke enkeltvariabler som undersøkes, beskrives og søkes forstått.

Selve ordet kvalitativ viser til kvalitetene, det vil si egenskapene og karaktertrekkene ved fenomener man ønsker å studere. Mengdeangivelse og hyppighetsanslag er ikke nødvendigvis fraværende i slike studier, men underordnede. Den systematiske bruken av tall som hjelpemiddel i analysen, hvilket er karakteristisk for → kvantitative metoder, er imidlertid fraværende. Forskeren nedtegner sine observasjoner i form av *tekster*, ikke i form av tall som i kvantitativ metode. Når man søker å beskrive meningssammenhenger og menneskers opplevelser, oppfatninger og erfaringer, er ord ofte det beste redskapet. Dermed kan muntlig tale, gjennom for eksempel samtale eller intervju, og skriftspråk, gjennom for eksempel brev, dagbøker eller andre skriftlige framstillingsformer, være egnede kilder for kvalitative data.

I kvalitative tilnærminger må man i undersøkelsessituasjonen være fleksibel og forfølge informantens svar og ha evne til å se bort fra eventuelle egne forhåndshypoteser. Man forsøker å få tak i informantens egen virkelighetsoppfatning, motiver og tenkemåte så lojalt og autentisk som overhodet mulig. Erving Goffmann (1922-82) skriver om mening og forståelse i møte med informanter på denne måten: “Enhver gruppe personer; innsatte, piloter eller pasienter - utvikler sitt eget liv - som blir meningsfullt, rimelig og normalt når du bare kommer nær inn på det.”

Problemstillingen er vanligvis åpnere i kvalitative tilnærminger enn i kvantitative. Mens kvantitativ metode brukes når du vil finne sammenhenger mellom fenomener og hvordan de fordeler seg hos et stort antall mennesker brukes kvalitativ metode når du vil finne dypere innsikt i fenomenenes eller miljøenes sosiale særtrekk og prosesser.

Resultatene av kvalitativ forskning kan ikke generaliseres rent statistisk. Dens hensikt er å utdype vår forståelse av sosialt liv og har således resultert i mye hypotese og begrepsdannelser som man siden kan gå videre med i mer kvantitative, generaliserende studier. Det kan også være fruktbart å gå motsatt vei. Det er imidlertid ikke alltid slik at kvantitative metoder får fram det generelt sanne (jamfør måleproblemer under → kvantitativ metode). For eksempel viser en kvantitativ undersøkelse fra USA at “dårlig tid” er en viktig årsak til at folk trekker seg ut av religiøse sammenhenger, mens Pål Repstad i en kvalitativ undersøkelse ikke fant dette som vesentlig årsak men andre prosesser som miljøpress og opplevelse av tankekors. Det kan være lett å krysse av på “dårlig tid” på et spørreskjema i stedet for å gå inn i mer følelsesmessig ubehagelige grunner som lettere kommer fram i kvalitative undersøkelser. Imidlertid supplerer og korrigerer disse metodene hverandre og en veksling mellom dem vil kunne gi et sikrere grunnlag for tolkning.

Litteratur til videre lesning:

Repstad, P. (1993): *Mellom nærhet og distanse*. Holme, I. M. og Solvang, B.K. (1996): *Metodevalg og metodebruk*.

Kvalitative intervjuer

Intervju er en svært vanlig tilnærming for å samle inn data og vinne innsikt i en → problemstilling. Vi skiller mellom på den ene siden kvantitative intervjuer, som er på forhånd fastlagte og strukturerte intervjuer der svarene gis tallverdier som kan bearbeides statistisk, og på den annen side kvalitative intervjuer der man søker å få tak i informantens særegne forståelse knyttet til et tema eller en problemstilling og der ulike informanter derfor kan få ulike spørsmål. Her er intervjuerens rolle først og fremst å få informanten til å snakke om emner knyttet til problemstillingen. Selve intervjusituasjonen er her viktig, også som kilde til hvordan data skal tolkes.

Det er ikke alltid mulig å få tilgang til et felt direkte via → observasjon og feltarbeid. Intervju kan da være en metode å peile inn feltet og dets prosesser inn på. Prosjektets fokus kan dessuten nettopp være å fokusere på aktørenes holdninger, meninger og i mindre grad de miljømessige rammefaktorene. Ren observasjon av handlinger vil da være utilstrekkelig; det blir nødvendig å snakke med folk. Det kan være nyttig å snakke med folk om hvorfor de handler som de gjør, ikke bare observere og trekke egne slutninger.

Hvem bør intervjues og hvor mange?

Man søker i kvalitative intervjuer å få tak i nøkkelpersoner som kan komme inn på og berøre eller gi svar på problemstillingen. Disse nøkkelpersonene kan både være de man på forhånd tror er “de typiske” eller de man tror er de “de spesielle” i forhold til problemstillingen. Det vesentlige er at de kan synliggjøre viktige sider ved prosjektets problemstilling.

I en kvalitativ tilnærming er det ikke krav om minimum antall intervjuer. Det kan i noen prosjekter være nok med en informant, men det vanlige er å ha noen flere. Å ha så mange som 20-30 informanter kan være problematisk på grunn av den store datamengden som skal analyseres. I noen prosjekter vurderer man underveis antall informanter og stopper når man anser det slik at det sannsynligvis ikke kommer vesentlig nye momenter fram hvis man intervjuer flere.

Bruk av lydbånd/lydkort, notater eller bare hukommelsen?

Fordeler med lydbånd er:

- Intervjueren kan konsentrere seg om hva informanten sier. Skrivning kan forstyrre begge parter.
- Man får bedre tid til å bearbeide svarene.
- Også ikkeverbal atferd kan det være viktig å legge merke til.
- I analysearbeidet kan det være viktig å ha helt ordrette gjengivelser av intervjuet uten den filtrering som notater og hukommelse representerer.
- Ved å lytte på opptaket kan man perfektionere seg som intervjuer ved å være selvkritisk til hvordan man opptrådte. For eksempel at man ikke haster videre til neste spørsmål når det oppstår en pause.

Ulemper ved lydbånd/lydkort:

- Noen informanter blir hemmet/skeptisk, selv om de aller fleste glemmer lydbåndet ganske snart under samtalen. Man bør bruke liten opptaker med sensitiv mikrofon og bruke lange bånd/kort så man slipper å snu kassetten/brikken ofte. Man bør videre fortelle informanten at lydbåndet brukes som et kladdepapir; som hjelpemiddel til å registrere det som blir sagt og understreke at det blir tatt forsvarlig vare på og slettet så snart prosjektet er ferdig. Si også for eksempel at det ikke er noe radioprogram som skal lages så det gjør ingenting med hosting, om han snakker feil eller tar pauser. Dess mer avslappet forhold intervjueren har til opptaket, jo mindre berørt blir som regel respondenten. Hjelper ikke dette bør man ta vekk båndopptakeren og bruke notater og hukommelse.

Inngangen på intervjuet

- Stedvalg/omgivelser er av betydning for at intervjuet skal bli vellykket. Det er viktig å kunne sitte uforstyrret!
- Inngangen på intervjuet kan være et fortettet “feltarbeid”. Man kan snakke om ufarlige ting som omgivelsene, gi ros, se seg om; for å oppdage ting av interesse for tema som man kan spørre om senere og som er en del av helheten. Dette kan også bidra til å skape innledende trygghet og tillit.
- Intervjueren må fortelle om prosjektets hensikt, hvorfor informanten er valgt ut, om at alle data vil bli behandlet og presentert i anonymisert form og om taushetsplikten. Bør være med i den skriftlige informasjonen som informanten på forhånd har fått om prosjektet, sammen med en samtykkeerklæring hvor de sier seg villige til å la seg intervjuet.

Fleksibilitet i samtalen og intervjusituasjonen

- Intervjueren bør ha en åpenhet og helhetsorientering til feltet og problemstillingen, men samtidig være saks- og temarettet. Dette krever at intervjueren på forhånd nøye har tenkt igjennom intervjutemaet.
- Det bør på forhånd være utarbeidet en *intervjuguide* som beskriver de tema man ønsker å berøre. Intervjuguiden inneholder spørsmål og stikkord. Den bør ikke følges slavisk, men brukes som en huskeliste. I det kvalitative intervjuet er temaet i hovedsak klart og informanten styres forsiktig dit. Det er imidlertid viktig at intervjueren kan forholde seg fleksibelt til intervjuguiden og at denne kan justeres underveis i prosjektet og i forhold til hvem man snakker med. I stor grad er det informantens svar som bestemmer hva som er intervjuerens neste spørsmål.
- Mange intervjuer har et retrospektivt (tilbakeskuende) preg som kan være et metodisk problem. Tidligere opplevelser og hendelser tolkes ut i fra der man nå er. Man kan da spørre: “Er dette noe du har tenkt etterpå, eller mente du det den gang også?”

Andre tips til samtalen:

- Forsøk å la samtalen bære preg av naturlig samtale.
- Vær oppmerksom og interessert, da vil ofte samtalen gli av seg selv.
- Hold en lav profil; ikke provosere unødig; heller bruke såkalte “stråmenn”: "Noen vil hevde det motsatte, nemlig at ..."; “Tror du at alle her er enig med deg i dette?”
- Vær positiv støttende i intervjuet; “Du er sikkert ikke alene om å ...”; “Det skjønner jeg godt” osv.
- Når du synes å høre “inkonsekvenser” kan du spørre: “Jeg synes å huske at du tidligere sa ... har jeg misforstått?”
- Hvis respondenten ber om din (moralske) vurdering, kan du uttrykke forståelse for hans spørsmål, men understreke det viktige i *hans* synspunkter og meninger i denne samtalen.
- “Traktprinsippet” gjelder også for intervjuer. Først bredde så dybde i samtalen.
- Svar følges opp ved at informanten oppfordres til å *utdype og begrunne* sine svar.
- Hør hva som sies, også mellom linjene. Spør eventuelt tilbake for å få bekreftet eller avkrefte din tolkning. Forsøk å nå inn i respondentens meningsverden.
- Åpne alltid opp for tilleggsutsagn/suppleringer på slutten av samtalen.
- Be om å få kontakte respondenten igjen (eventuelt telefonisk ved eventuelle tillegsspørsmål).
- Noter umiddelbart etter intervjuet egne opplevelser og reaksjoner og respondentens ikke-verbale atferd som er av betydning for videre analyser.

Nedtegning av intervjuer

- Enten skrive ut alt fra lydbåndet eller gjøre utvalg slik som man gjør når man kun skriver notater under eller etter intervjuet.

Analyse og tolkning av de innkomne svar/data

Data taler ikke for seg selv. De må ordnes, → klassifiseres og tolkes. *Analyse* er en prosess der man prøver å kategorisere data slik at de får struktur og det skapes oversikt. Dermed blir de lettere tilgjengelig for tolkning. Man er her opptatt av likheter, ulikheter og nyanser i materialet. Også i kvalitative intervju er det av interesse å sammenligne data fra ulike personer, selv om man ikke bearbeider disse statistisk.

Tolkning er en begrunnet vurdering av data i forhold til de tema og problemstillinger som tas opp i prosjektet og i forhold til teorier som setter funn fra studien inn i en større sammenheng.

Emner og mønstre i materialet

I praktisk analysearbeid er det nødvendig med en systematisering og klassifisering i forhold til emner og momenter som er kommet opp i samtale. Hensikten er underveis å finne større linjer og mønstre i materialet. En måte å oppsummere på er å forsøke å få fram noen idealtyper (felles trekk ved respondentene og deres utsagn) som framtrer fra dataene som en pedagogisk karikatur for å få fram viktige sider. Målet kan for eksempel være å få fram forskjellen mellom institusjons- og hjemmesykepleierrollen. → Rollen som hjemmesykepleier kan da, ut fra innholdet i intervjuet, settes på spissen for å få fram det typiske og særegne ved denne rollen (for eksempel gjest, ikke-uniformert og så videre), i motsetning til rollen som sykepleier på institusjon.

Tolkning og hermeneutikk

Tolkning skjer kontinuerlig i hele undersøkelsesprosessen i møtet mellom empirien (dataene) og teori og derigjennom kan hypoteser utvikles. En journalistisk beskrivelse av miljø eller hendelser kan knapt kalles samfunnsvitenskap. Vitenskap blir det først når det kobles til teori og at tolkningen skjer på basis av samfunnsvitenskapelig innsikt og teori. Det er imidlertid en vesentlig balansegang mellom "narrativisme" (utelukkende fortelling) og "overfortolkning" av datamaterialet.

Med en tekst foran seg, for eksempel et utskrevet intervju, leser man vanligvis først helheten. Så går man tilbake til de enkelte del-utsagnene og prøver å utkrystallisere *deres mening og betydning* og vender så tilbake på ny til en mer reflektert helhetstolkning og så videre. Dette er idealbilde av den hermeneutiske prosess/sirkel. Men man bør imidlertid bruke fantasi og være fleksibel i prosessen. I verste fall kan en kvalitativ analyse fortelle mer om forskerens verdier enn de verdier som respondenten har uttrykt! Man kan eventuelt forsøke å få en annen med en annen verdiprofil til å tolke de samme dataene.

Det eksisterer ingen absolutt objektivitet for oss som mennesker, bare mer eller mindre troverdige fortolkninger av virkeligheten. Heller ingen forutsetningsløs tolkning; vi tolker gjennom de "briller" vi ha på, og dette vil farge tolkningen. Vi skal alltid søke å fremstille dataene slik vi tror respondentene har ment det. I tolkningsdelen derimot, er det forskeren som skal skape mening og eventuelt hypoteser og teori av materialet, ved å forholde dataene til andre data og annen teori.

Litteratur til videre lesning:

Repstad, P. (1993): *Mellom nærhet og distanse*. Fog J. (1994): *Med samtalen som utgangspunkt*. Malterud, K. (1996): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* Holme, I. M. og Solvang B. K. (1996): *Metodevalg og metodebruk*

Kvalitetssikring/ kvalitetsutvikling/ internkontroll

Disse begrepene handler om ulike administrative prinsipper med det mål å kontrollere, sikre eller utvikle kvaliteten av tjenester eller produkter. Andre begreper som brukes i noen grad er Kvalitetskontroll, Kvalitetsstyring, Kvalitetssystem, Total kvalitet, Total kvalitetsledelse og Kontinuerlig forbedring. Begrepene og tenkningen rundt dem har sin opprinnelse fra industri og næringsliv, aller først fra Japan i 1950-årene, og etter hvert i resten av verden. I helsevesenet ble prinsippene og tenkningen først introdusert i USA i 1970-årene. Det norske helsevesenet, inkludert sykepleie, ble introdusert for dette i 1980-årene, men det var særlig i 90-årene at de ble utbredt.

Kvalitetssikring kan defineres som alle systematiske og planlagte tiltak som er nødvendige for å få tilstrekkelig tiltro til at et produkt eller en tjeneste vil tilfredsstillende angitte krav til kvalitet. Som definisjonen tilsier dreier det seg om for det første å skape en prosess knyttet til tiltak og tjenester som er *systematisk og planlagt*. For det andre å *beskrive kvalitetsnivået* (standard) tiltakene/tjenesten skal være på; det vil si lage kravspesifikasjon som beskriver tilfredsstillende kvalitet. For det tredje (som en følge av punkt en og to) *skape tiltro* i møte med kundene/→ brukerne/→ pasientene.

Kvalitetsutvikling kan defineres som en kontinuerlig prosess der man hele tiden vurderer de aktiviteter som påvirker tjenestens kvalitet for derved å heve kvaliteten. Begrepet "kontinuerlig forbedring" uttrykker noe av det samme som kvalitetsutvikling. Det handler her om kontinuerlig å analysere de faktorene som virker inn på kvaliteten og å arbeide med å forbedre disse slik at dette blir en integrert måte å tenke og arbeide på. Holdningen er at man ikke trenger å være dårlig for å bli bedre. I vurderingen av aktivitetene spør man seg for det første om man gjør de riktige tingene (tiltakene/aktivitetene) og dernest om man gjør disse på riktig måte, på riktig sted og til riktig tid.

Kvalitetsutviklingsprosessen kan deles inn i ulike trinn. For det første velger man ut tiltak eller aktiviteter som man ønsker å forbedre. For det andre beskrives standarder (det vil si kvalitetsbeskrivelse) for akseptabel kvalitet på den aktiviteten man søker å forbedre. For det tredje vurderer man om praksis er i overensstemmelse med den ønskede standard, og beskriver tiltak og rutiner som må settes i verk for å nå denne standarden. Fjerde trinn er å jobbe for å integrere standarden og tiltakene/rutinene i hele personalgruppen som er involvert i forhold til aktiviteten. Til slutt må det lages et system for kontinuerlig tilbakemelding/evaluering slik at man kan sjekke ut om standarden nås i praksis.

Grunnprinsipper i arbeidet med kvalitetsutvikling i helsevesenet er "brukeren i sentrum", "prossessorientering", "engasjement og forpliktelse fra ledelsen", "målrettet deltagelse" og "et personalet som deltar i og har eierforhold til kvalitetsutviklingsarbeidet", "tverrfaglighet", "beslutninger basert på fakta" og "at personalet har integrert en holdning til kontinuerlig forbedring".

Prossessorienteringen, som et av grunnprinsippene, handler om å være bevisst at sykepleie- og helsetjenester består av en mengde prosesser i et komplekst system. Det er prosessene, ikke organisasjonen som skaper kvalitet for brukerne. Ved å konkretisere disse prosessene kan man forbedre dem. En måte å gjøre dette på er å tegne opp de stegene for eksempel en pasient, et tiltak eller en sak går gjennom i et såkalt → flytdiagram for derigjennom å identifisere såkalte kvalitetssvikt eller avvik. Med *avvik* i denne sammenhengen menes en ikke ønsket hendelse hos en pasient som ikke er planlagt eller ledd i en naturlig sykdomsprosess. I kvalitetsutviklingsarbeidet må enhver melding om avvikshendelse behandles som verdifull kunnskap og som et incitament til ytterligere forbedring.

Internkontroll dreier seg om å påse at krav fastsatt i lov eller i medhold av lov eller forskrift overholdes. Her er fokus kvalitetssikring på de områdene som det eksisterer klare

lover og forskrifter for. I dette arbeidet lager man et såkalt internkontrollsystem med nedfelte prosedyrer og rutiner som skal sikre at aktivitetene utføres i samvar med lov og forskrift.

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten §3 (1984) krever at enhver helseinstitusjon plikter å ha et slikt internkontrollsystem. Eksempelvis krever Sosial- og helsedepartementet at alle som driver pleie- og omsorgstjenester i kommunene har laget et internkontrollsystem for tjenestene knyttet til "Forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenester" (1997). Dette betyr at de må ha skriftlige internkontrollprosedyrer for å sikre sykehjems- og hjemmesykepleiepasientens behov for blant annet privatliv, tilrettelagte måltider, munnstell og tannbehandling, for å ta noen eksempler fra denne forskriften.

Kritikken av kvalitetstenkningen i helsevesenet går blant annet på at man definerer målbare generelle standarder for hva som er god kvalitet av enkelttjenester og at disse fører bort fra en individbasert, innfølelse omsorg og over til en mer upersonlig og standardisert tjeneste. Kvalitetstenkningen har sine røtter i en teknisk rasjonalitet og en markeds- og managements-tenkning. Spørsmålet som stilles er om denne systemtenkningen er forenlig med tradisjonell helse- og sykepleietenkning med vekt på det individuelle, unike og ustandandardiserte. Videre kan det spørres om disse systemene og prosedyrene er nødvendige for å skape kvalitet eller fungerer de i praksis som tvangstrøyer som alle må inn i? Oversees sykepleiens karakter som en personorientert og situasjonsbundet praksis? Tar standardene og rutinene vår oppmerksomhet bort fra det særegne ved hver situasjon og pasient? Fører tenkningen til en for sterk vektlegging av sykepleiens målbare sider i sin vektlegging av det faktabaserte og dokumenterbare?

Litteratur til videre lesning:

Mikkelsen, J.K. (1998): *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten*.

Kvantitative data og -metoder

Kvantitative data er informasjon som kan uttrykkes i form av tall. For å behandle kvantitative data benytter man kvantitative metoder. Ved hjelp av kvantitative metoder gjøres informasjonen om til tall og analyseres ved hjelp av statistiske utregninger.

I kvantitativ metode er det vanlig å skille mellom tverrsnittstudier (survey) og longitudinelle studier. En *tverrsnittundersøkelse* gir et bilde av respondentenes situasjon eller meninger (variabler) på det tidspunkt undersøkelsen fant sted. Dette gir et «øyeblikksbilde» av deres situasjon på *ett* tidspunkt. I *longitudinelle studier* følges ett utvalg av respondenter over to eller flere tidspunkt. Ettersom all årsak-virkningsmekanisme står i en tidsdimensjon er det ved longitudinelle undersøkelser lettere å teste ut årsakssammenger enn ved tverrsnittstudier.

Kvantitative metoder er toneangivende innenfor blant annet medisinsk forskning. Eksempler på dette er eksperimentelle- og epidemiologiske studier. *Eksperimentelle studier* er studier som bevisst tester ut den effekt en eller flere bestemte variabler har på respondentene. Forskeren har kontroll over den såkalte bakgrunnsvariabelen (for eksempel en ny blodtrykksmedisin) og tester ut informantens respons på den såkalte effektvariabelen (virkningen av den nye medisinen). Eksperimentelle studier er som regel longitudinelle. → *Epidemiologiske studier* kartlegger utbredelsen av sykdom og undersøker sammenhengen mellom sykdommen og ulike årsaksutløsende faktorer. Slike studier kan enten være tverrsnittstudier eller longitudinelle.

Informantene/respondentene (det kan være personer, institusjoner, sammenslutninger eller andre "objekter") i en kvantitativ undersøkelse kalles *enheter*. Alle enhetene utgjør samlet sett undersøkelsens *utvalg*. Vanligvis legger man i slike undersøkelser vekt på at utvalget er *representativt* for den gruppe eller populasjon man ønsker å generalisere resultatene til. For å kunne si noe "sikkert" om hele populasjonen må man da enten spørre alle i populasjonen eller velge et representativt utvalg. La oss ta et eksempel på dette: I en undersøkelse er herr Hansen en av de 400 enhetene som er valgt ut til å svare på et spørreskjema. Dette utvalget på 400 personer er trukket eller valgt ut blant de 10000 som er brukere av hjemmetjenester i Bergen kommune. De 10000 utgjør her den populasjon man ønsker å generalisere resultatene til på grunnlag av utvalget på 400 personer.

Egenskapene og kjennetegnene enhetene kan ha uttrykkes ved hjelp av *variabler*. De kalles variabler fordi de kan variere fra respondent til respondent. Vi har for det første såkalte *bakgrunnsvariabler* som kjønn, alder og sivil stand. For det andre såkalte *handlingsvariabler* som uttrykker ulike valg eller handlinger som respondentene har foretatt; for eksempel valg av utdanning eller yrke. For det tredje kan vi ha såkalte *holdningsvariabler* som viser til syn, meninger og holdninger hos respondenten. I kvantitative undersøkelser forhåndsdefineres variablene før man går ut i feltet og spør (se → spørreundersøkelser).

De ulike kjennetegn enhetene kan ha på en variabel kalles *verdier*. For eksempel kan variabelen alder ha verdier fra 0 til 100. Det er nettopp ved å gi variablene verdier at de kan behandles matematisk (statistisk); for eksempel å regne ut gjennomsnittsverdien. Når de kvantitative dataene (for eksempel svarene på en spørreundersøkelse) er samlet inn må de derfor kodes om til logiske verdier som uttrykk for svarene. Når dette er gjort er man klar for en *kvantitativ analyse* av dataene. Denne søker å gi en sammenfatning og forenkling av store datamengder slik at de blir mulig å tolke. En slik sammenfatning kan for eksempel gi oversikt over hvor mange som har svart hva (frekvensoversikter) og vise statistiske sammenhenger mellom to eller flere variabler (for eksempel at det påvises samvariasjon mellom "stor legetetthet i et land" og "høy levealder"). At det er *statistisk samvariasjon* mellom to variabler betyr ikke nødvendigvis at den ene er årsak til den andre. For å kunne si noe sikrere om slike spørsmål må man enten kontrollere variabelen "høy levealder" opp mot andre mulige årsaksforklaringer som ernæringsforhold, hygieniske forhold, sykdomsutbrudd av bestemte sykdommer, behandlingstilbud osv., eller ved hjelp longitudinelle studier kontrollere hvilke hendelser som følger etter hvilke i tid.

Både i kvalitative og kvantitative studier må man når man skal tolke dataene vurdere deres *reliabilitet*; det vil si hvor nøyaktig dataene er samlet inn og behandlet og deres *validitet*; det vil si hvor gyldige, relevante og dekkende dataene egentlig er i forhold for → problemstillingen som er valgt.

Litteratur til videre lesning:

Hellevik, O. (1999): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Skog, O.-J. (1998): *Å forklare sosiale fenomener*. Holme, I. M. og Solvang, B.K. (1996): *Metodevalg og metodebruk*.

Livskvalitet

Livskvalitet er et vanskelig begrep å definere presist. Rent intuitivt vil man kunne hevde at det handler om å ha en gjennomgående opplevelse av glede, trivsel, velvære, sosial tilhørighet og evne til å mestre dagliglivets utfordringer. Det handler om å leve et "godt liv". Problemet med begrepet er imidlertid at det ikke finnes noen objektiv gullstandard for hva et godt liv er.

Flere har likevel forsøkt å innholdsbestemme begrepet: Innenfor samfunnsvitenskap og psykologi er det blitt lagt vekt på særlig to sider: En følelsesmessig (å føle seg glad) og en mer tankemessig (å betrakte seg tilfreds). I denne tradisjonen bestemmes begrepet livskvalitet altså dels av "hvordan vi har det" (følelsesmessig) og dels "hvordan vi tar det" (tankemessig). Dimensjonene som ofte blir trukket fram i denne sammenhengen er grad av dekning i forhold til 1) grunnleggende biologiske behov, 2) å ha varme menneskelige relasjoner og opplevelse av tilhørighet, 3) å ha meningsfulle beskjeftigelser, 4) å ha et variert og engasjerende handlings- og opplevelsesliv og 5) å ha en grunnstemning av glede. På grunn av at det ikke finnes noen gullstandard for livskvalitet og det gode liv har flere forskere forlatt livskvalitetsbegrepet og erstattet det med "subjective well-being" eller på norsk "subjektivt velvære". Dette begrepet forsøker ikke å henspeile på en objektiv gullstandard for det gode liv, men viser kun til den enkeltes egen opplevelse av velvære.

Innenfor helsefagene (for eksempel medisin og sykepleie) har livskvalitetsbegrepet i tillegg til å fokusere på subjektivt velvære også trukket inn objektive og målbare sider ved for eksempel fysisk, psykisk, intellektuell og sosial → *funksjon* – slik pasienten opplever det. Eksempler på dette kan være munntørrehet, kvalme, forstoppelse, smerte, bevegelse, selvhjulpenhet, hukommelse, konsentrasjon, angst, depresjon, arbeid, fritidsaktiviteter, sosial tilhørighet osv. Spørsmålet som kan stilles til dette er om disse aspektene ved livet, selv om de er subjektivt opplevde, er uttrykk for selve livskvaliteten, eller om de bare er forhold som påvirker livskvaliteten. Man kan nemlig skåre lavt på mange slike livskvalitetsmål men likevel ha en opplevelse av velvære.

Livskvalitetsforskningen og livskvalitetsfokuseringen innenfor helsevesenet har imidlertid utvilsomt bidratt til å gjøre helsevesenet mer pasientorientert, ved at det legges vekt på andre sider enn objektive størrelser som tester og blodprøvesvar. Problemet oppstår derimot når man også gjør livskvalitet til en slik objektiv størrelse som tallfestes. Beregningen av såkalte "kvalitetsjusterte leveår" er et eksempel på dette. Her forsøker man å regne ut hvor lang ekstra levetid et aktuelt helsetiltak forventes å gi og multipliserer det med et tall mellom null og ett, som er en beregning av pasientens livskvalitet i denne ekstra levetiden. Verdier som i utgangspunktet ikke er målbare fordi de vurderes forskjellig fra person til person blir tallfestet og brukt av byråkrater og politikere i planlegging når tiltak skal prioriteres. Dette kan imidlertid føre til en diskriminering av for eksempel eldre og funksjonshemmede fordi deres liv faller dårlig ut på flere av målekriteriene på livskvalitetsskalaen.

Litteratur til videre lesning

Næss, S. (1986): *Kvinnens arbeid og livskvalitet*, Aggernæs, A. (1988): *Livskvalitet*, Rustøen, T. (2001): *Håp og livskvalitet*, (1993), Wyller, B. T. (1999): *Hva er livskvalitet*

Livsløp, livsløpsoverganger og livsløpsfaser

Et livsløp kan betraktes som sekvenser av faser, hendelser og overganger i et menneskes liv. I alle samfunn er livsløp delt inn i sosialt meningsfulle enheter tilknyttet kulturelt anerkjente overganger og livssituasjoner.

Overganger består i at man forlater en status og går inn i en annen som gir endrede rettigheter og plikter. Eksempler på dette er overgangen fra å være sykepleierstudent på et praksissted til å være ansatt som ferdigutdannet sykepleier, eller overgangen fra ikke å ha barn til å ha fått barn. Livsløpet kan betraktes som en sosialt markert løype der overganger markerer vendepunkt og faser, eller sagt på en annen måte: Knuter på livstråden. Knuter som gjør at fletningen (det vil si livet) får et noe annet mønster enn tidligere. Overgangene leder oss inn i nye → roller, statuser, posisjoner. Overgangene leder personene som kommer i befatning med dem inn i nye roller, posisjoner og statuser som innebærer endrede rettigheter og plikter. Det dreier seg om vendepunkter i livet som kan oppfattes som kritiske og som kan få positive eller negative følger.

Likeledes som defineringen av ulike livsfaser (for eksempel alderdommen) i livsløpet er en sosial konstruksjon, er også innholdet i de roller og den status som er knyttet til slike faser, sosiale konstruksjoner. Visse aldre medfører bestemte statuser og roller, rettigheter og forpliktelser definert av ulike samfunnsinstitusjoner.

Samfunnet strukturerer livsløpet i en rekke livsløpsfaser både på formelle og uformelle måter. Staten er, gjennom lovgivning og andre reguleringer, en viktig *formell* livsfaseleverandør som har en vesentlig organiserende og strukturerende betydning for den enkelte. Noen eksempler på dette er følgende:

- *Før fødselen* (aldersgrenser i forhold til abort).
- Gjennom *barndom*: For eksempel aldersgradert barneomsorg via helsestasjon og barnehage og den obligatoriske opplæringsplikt mellom 6 og 15 år.
- *Ungdom*: Gjennom aldersgrenser for deltakelse i yrkes- og samfunnsliv (for eksempel den generelle myndighetsalder, aldersgrenser for seksuelt samkvem, kjøp av alkohol, stemmerett ved kommune og stortingsvalg, sertifikat for ulike kjøretøy og førstegangstjeneste i militæret).
- I *alderdommen*: Gjennom den legalt regulerte pensjonsalderen, øvre aldersgrense for deltakelse i yrkeslivet og for aldersregler for fornying av førerkort.

Staten medvirker gjennom slike reguleringer (det vil si gjennom sin politikk) til å strukturere og standardisere livsløpene i livsfaser og sekvenser. I dette spiller den kronologiske alderen en sentral rolle som et strukturerende kriterium. Det statlige organet Statistisk Sentralbyrå gjenspeiler og bygger opp under slike aldersgrupperinger ved å dele befolkningen inn i ulike aldersstrata som barn, ungdom, yngre voksne, middelaldrende, eldre eller rubrisert i 5 årsgrupper, 10 årsgrupper osv. Ulike private instanser har bestyrket ulike aldersstrata og livsfaser ved for eksempel å opprette barnebilletter og såkalte honnørbilletter på tog, buss, fly, kino etc.

Andre aldersstrata og aldersgrenser er mer vage, uoffisielle og *uformelle*. De kan imidlertid gripe inn i våre liv like så virkningsfullt som de mer åpne og forskriftsbestemte reguleringene. Det kan dreie seg om sosialt normative aldersføringer i forhold til fundamentale menneskelige fenomener som å elske, arbeide, leke, reise, ta beslutninger og bruke penger. Dette er forhold som det sosialt sett i ulik grad er knyttet sosiale normative aldersgrenser for. Vi følger en sosial «timeplan» som forteller oss når i livsløpet ulike handlinger *forventes* å finne sted. For enkeltpersonen fungerer sosiale → normer som internaliserte regulatorer for hans handlinger ved blant annet å gi idéer for *når* begivenheter og endringer bør finne sted (for eksempel gifte seg, pensjonere seg, søke om hjemmehjelp).

De er ytre regulatorer ved at de skaper sosialt press og føringer på individet fra samfunnsmedlemmer om å følge en kulturell «tidsplan» for forventet aldersrelatert atferd. Således kan vi si at vi går rundt med «sosiale klokker» som forteller oss når passende alder for en livssituasjon bør inntreffe eller avsluttes (for eksempel starte og slutte yrkeslivet). Familien er et eksempel på en slik institusjonell domene med få formelle normer som regulerer forholdet mellom alder og roller, men med desto flere uformelle regulatorer.

I studiet av livsløp og samfunnets alderssystem står begrepene «transitions» og «trajectories» sentralt. «Transitions» vil her si overgang fra en statusposisjon og rolle til en annen. Det vil si overganger som representerer vesentlige vendepunkter eller hendelser i livsløpet. «Trajectories» er selve «banen» livsløpet følger gjennom sekvenser av statusposisjoner og roller. Livsløpsbanen viser individets statusposisjoner og roller gjennom livsløpet med tilhørende aldersplassering, varighet og rekkefølge.

Ikke alle overganger er selvvalgte. Man *velger* å gifte seg, mens man *blir* enke eller enkemann. «Mot-overganger» er en betegnelse som blir brukt ved enkelte former for overganger. Mot-overganger vil si overganger som man utsettes for ved andres rolleskifte. I familielivet er det mange slike mot-overganger; for eksempel at man blir svigermor og svigerfar når datter eller sønn gifter seg og man blir bestemor og bestefar når hun eller han får barn. Dette blir man uten at man selv velger det og enten man føler seg forberedt til å innta rollen eller ikke. På samme måte risikerer man i økende grad å bli eks-svigermor og eks-svigerfar når barn skiller seg. For flere av de nye mot-overgangene man kan utsettes for i dagens familieliv eksisterer det ikke ritualer som markerer overgangene. I tillegg eksisterer det få klare normer og forventninger knyttet til slike nye roller og de kan være sosialt og kulturelt usynlige selv om de kan ha stor betydning for livsløp og livsopplevelse.

Litteratur til videre lesning:

Thorsen, K. (1992): *Livsløp og alderdom*. Hagestad, G.O.: (1997): *Første etappe: Historiske endringer i barns familiemønstre*. I Frønes (red.): *Livsløp*. Rørbye & Kirk 1992: *Alderdom og fordom*. Førland, O. (1998): *Aldersmessig standardisering eller destandardisering? En analyse av livssituasjoner i overgangen til alderdommen*.

Makt

Makt er ifølge Bertrand Russel (1872-1970) evnen til å realisere ønskede virkninger. Max Weber (1864-1920) definerer i tråd med dette makt som evnen til å få andre til å handle etter sin egen vilje til tross for motstand. Kilder til makt er det å inneha ulike type ressurser og muligheten til kontroll over dem. → Konfliktteori ser på makt og interessekamp som grunnleggende sosiale handlinger og er opptatt av å avsløre undertrykkende maktmisbruk. → Strukturfunksjonalistisk teori ser på utøvelse av makt og sosial kontroll som nødvendig for å skape sosial integrasjon i et samfunn.

Det er elementer av makt i alle mellommenneskelige relasjoner. Dette er en sentral erkjennelse, ikke minst i sykepleie-pasientrelasjonen. Makten som ligger i sykepleierkompetansen kan imidlertid brukes bevisst til å styrke pasientens stilling, jamfør → empowerment/bemyndigelse.

Avmakt er manglende evne til å mobilisere nødvendig styrke for å realisere egen vilje. Eksempler på avmakt er sykehjemspasienten som reagerer med resignasjon og tilbaketrekking i møte med sykehjemsrutinenes disiplinerende trekk eller helsearbeideren som resignerer i møte med pasienten som nekter å samarbeide i behandlingen av sin egen sykdom.

Motmakt er felleshandlinger mot de som sitter med makten og styringen. Etableringen av pasientorganisasjoner, pasientombud og alternative behandlingsformer kan betraktes som motmakt mot undertrykkende sider ved det offisielle helsevesenet.

Litteratur til videre lesning:

Engelstad, F. (red.) (1999): *Om makt : teori og kritikk*. Stang, I. (1998): *Makt og bemyndigelse. Om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor*.

Marginalisering

Marginalisering og ekskludering refererer til en prosess hvor noen medlemmer av en → gruppe eller et samfunn skyves ut i utkanten eller faller helt utenfor. Marginaliseringsprosessen kan ha ulike grunner. En grunn kan være at noen av medlemmene bryter gruppens → normer og blir ekskludert for kortere eller lengre tid. Andre faller ut fordi de har for få sosiale ressurser for å kunne delta tilfredsstillende i gruppen. Marginalisering kan også være et resultat av at flertallet i gruppen har behov for en syndebock eller at gruppen velger seg ut ofre for å styrke sin egen stilling. De marginaliserte er ofte personer eller subgrupper som beveger seg i en gråsoner mellom sosial integrasjon og samfunnsmessig utstøtning.

Marginaliseringsprosessen begynner ofte med at enkelte blir oppfattet som → avvikende med hensyn til et bestemt kjennetegn. Avviket kan gradvis forsterkes ved at avvikeren blir stigmatisert inntil han mister sin opprinnelige tilhørighet til gruppen eller samfunnet.

I mange vestlige land har vi sett en økende tendens til at enkelte grupper faller utenfor fellesskap og velferdsordninger. Eksempler på dette er innvandrere (særlig de illegale), etniske minoriteter, grupper av nyfattede, sosialhjelpsmottakere og rusmisbrukere. Mennesker som strir med rusmiddelproblemer og kriminalitet tilhører dem som raskest kan ende opp som varig marginaliserte. Tyngre sprøytemisbrukere er kanskje den mest marginaliserte gruppen vi har i vårt samfunn. Mange i denne gruppen har opplevd betydelig sterkere integrasjon gjennom bruken av for eksempel Metadon og Subutex. Politikken overfor rusmisbrukere er blant de viktigste områdene for å forhindre økende marginalisering i vårt samfunn.

Medikalisering

Refererer til en utvikling i retning av at medisinen får økende betydning for folk og i samfunnet. Tilstander og problemer som tidligere ikke ble forbundet med sykdom og medisin er nå blitt definert inn under det medisinske kompetanseområdet. Eksempler på dette er medikaliseringen av normale hendelser som kjærlighetssorg, tap av nære familiemedlemmer (jamfør medisins behandling med beroligende medikamenter og sovemedisiner) og sosiale problemer som rusmisbruk (jamfør den aktuelle debatten om bruk av Metadon og Subutex i behandlingen av narkotikamisbrukere).

Medisinen og helsevesenet utvider stadig sitt interessefelt og diagnostiserer og behandler tilstander og fenomener som tidligere ikke ble forstått som sykdom. Enkle problemtilstander som folk flest tidligere mestret selv blir tatt over av helsevesenet. Ny medisinsk teknologi fører til at muligheten for å oppdage, diagnostisere og behandle organfeil og patologiske prosesser stadig blir utvidet. Ulike screeninger, genanalyse og genterapi er metoder som fremmer denne utviklingen.

Medisinsk sosiologi

Medisinsk sosiologi er den gren av sosiologien som studerer → profesjonene og profesjonaliseringen av helsevesenet, ulike sosiale aspekter ved → sykdom og funksjonshemming og medisinen og helsevesenet som sosial → institusjon i samfunnet. Studiet av medisinen som sosial institusjon fokuserer på den → funksjon medisinen og helsevesenet ivaretar i samfunnet.

Medisinsk sosiologi som eget sosiologisk fagfelt oppsto på 1950-tallet og dekker nå en rekke temaer innen medisin og helsevesen. Eksempler på slike temaer er: Sosiologiske perspektiver på sykdom, sykdomsattferd, hjelpesøkningsattferd, interaksjonen lege-pasient og sykepleier-pasient, sosiale faktorer som kan forklare årsaker til sykdom, fruktbarhet og dødelighet, sosiale faktorer som kan forklare bruk av helsetjenester og tekniske hjelpemidler, helseprofesjonenes utvikling og funksjon, helseinstitusjonenes organisering og utviklingen av helsevesenet som samfunnsmessig institusjon.

Tilnærmingen er ofte *kritisk* ved at den ikke bare beskriver eller tar helsevesenets tilstedeværelse, utforming og fordeling for gitt. Den søker i stedet å avdekke bakenforliggende sosiale prosesser for å forklare eller gi forståelse til fenomenene knyttet til sykdom og helsetjenester. Den studerer i en viss forstand helsevesenet som et uttrykk for noe annet enn seg selv. Et eksempel på dette er den samfunnsvitenskapelige tesen om at fremveksten av det moderne helsevesen i vår del av verden henger sammen med, og er betinget av, den generelle → sekulariseringen av samfunnet. Dette forklares slik at helsevesenet og dens profesjonelle møter våre behov for forklaring, fortrolighet, identitetsutvikling og mening slik presten, kirken og den religiøse samfunnsinstitusjon gjorde tidligere. En bakenforliggende faktor som forklarer denne utviklingen er helsevesenets sterke vektlegging av naturvitenskapelig kunnskap. Denne har erstattet mange tidligere folkelige og religiøse forestillinger om sykdommer og deres opprinnelse. Andre samfunn med mindre vekt på naturvitenskapelig kunnskap har andre typer av helsetjenester som passer deres verdier og oppfatninger av tilværelsen.

Et annet eksempel på den medisinske sosiologiens kritiske tilnærming er dens studier av maktforholdene i lege-pasientrelasjonen for eksempel på sykehus og pleier-pasientrelasjonen for eksempel på sykehjem. Et tredje eksempel er → medikaliseringen av normale hendelser som kjærlighetsorg, tap av nære familiemedlemmer og sosiale problemer som rusmisbruk.

Den medisinske sosiologien har dessuten ofte vært i opposisjon til den medisinske forklaringsmodell. Denne har tradisjonelt årsaksforklart sykdom på basis av organfeil og individuell livsstil, mens medisinsk sosiologi fokuserer på sosiale og kulturelle årsaker til sykdom og på sosiale følger av medisinske fenomener.

Litteratur til videre lesning:

Svensson, R. (1998): *Samfunn, medisin og sykepleie – en introduksjon til medisinsk sosiologi.*

Norm

En sosial norm er uttrykk for en felles oppfatning av hva som er riktig eller gal atferd eller tankemønster i en gitt situasjon, gruppe eller kultur. Normer kan være *formelle* (for eksempel lover, forskrifter, prosedyrebøker) eller *uformelle* når de ikke er nedskrevne men kun foreligger som forventninger. De uformelle normene kan være uttalte eller ikke-uttalte (non-verbale). Normer kan være sterke eller svake avhengig av hvor stor vekt det legges på atferden som normene er uttrykk for i → gruppen. En normsender er en aktør eller → institusjon som formidler en norm til andre aktører og som forventer at normen skal etterleves. Denne prosessen foregår i enhver gruppe ved hjelp av → sosialisering. Sosialiseringens prosessens mål er at gruppemedlemmene skal internalisere og integrere gruppens normer. Gjennom → sosial kontroll og sanksjoner forsøker gruppen å få normbryteren inn igjen i den gode fold. Brudd på sosiale normer kan føre til at normbryteren blir → stigmatisert eller stemplet som → avviker. Ulike subgrupper kan ha egne normsett og disse kan noen ganger påvirke storgruppens/storsamfunnets normer. Sosiale normer i samfunnet er derfor i stadig endring, herunder hva som anses for normbrudd og avvik.

Gjennom medisinsk → klassifisering og diagnostisering er legen og medisinen, enten bevisst eller ubevisst, med på å definere normer og det normale og hva som blir betraktet som avvik i samfunnet. Dette er ingen nøytral virksomhet, men har klare etiske konsekvenser. Dilemmaer og avveininger man vil måtte ta stilling til kan for eksempel være hvorvidt man bør behandle adoptivbarn og andre med lav høyde med vekstshormon for å gjøre dem *normalt* høye, anvende tidlig ultralyd for å utelukke utviklingsavvik eller definere *normer* for → livskvalitet for eldre. Mange spørsmål aktualiseres når slike dilemmaer kommer opp: Hva er normalt og hva er avvik. Er det normale det samme som det gjennomsnittlige, det ønskelige eller ...? Hvem definerer standarden og hva som er normalt? Hvilken hensikt har det å definere standarder og normalitet når variasjonen og mangfoldet ofte er stort? Hvilke sosiale og psykiske konsekvenser får normalitetsklassifikasjonene for de som avviker fra normen?

Observasjon og feltarbeid som metode

Observasjon som metode er studier av mennesker og menneskers samhandling i bestemte miljøer. Man studerer sosiale prosesser og særtrekk i situasjonene og miljøene. Det kan også være aktuelt å gå inn i samtaler med dem, blant annet for å få tak deres egen tolkning av de fenomenene forskeren observerer. Fordelen med observasjon som metode er at den gir forskeren *direkte* tilgang (ser med egne øyne) til den sosiale interaksjon og sosiale prosesser, mens intervjuer, spørreundersøkelser og dokumentanalyse bare gir annenhånds informasjon.

Valg av felt/miljø er grunnleggende viktig. Det gjelder å finne et felt som best mulig belyser den problemstilling man har. Ofte vil man se etter felt som har trekk som man antar også andre felt har. Generalisering på basis av observasjonsstudie blir dog et spørsmål om skjønn.

Man må også velge strategier for observasjonen, for eksempel om observasjonen skal være skjult eller åpen. Ved *skjult observasjon* i feltet vet ikke informantene at de blir observert; for eksempel ved at observatøren deltar et arbeidsfellesskap på lik linje med de andre. Hvorvidt dette er etisk forsvarlig må vurderes nøye i hvert enkelt tilfelle. Ved *åpen observasjon* vet alle involverte parter at det foregår en observasjon og et feltarbeid. Det kan imidlertid være en glidende overgang mellom skjult og åpen observasjon.

Hvilken rolle forskeren skal ha i en observasjonsstudie må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Skal forskerens rolle være passiv observerende eller aktiv deltakende? Dette avhenger av hva man vil finne ut av og hvordan det å være aktiv eller passiv i miljøet innvirker på feltet. Den betraktende “Mona Lisa-rolle” kan for eksempel skape usikkerhet og fiendskap. Og motsatt: Det å gi tydelig uttrykk for interesse, bidra til hverdagslig småprat, gi en hjelpende hånd og så videre, kan skape åpenhet og tillit.

For å få en formell *innpass i feltet* er det nødvendig med et informasjonsskriv om hvem du er, problemstillingen, dine forventninger, din taushetsplikt, nytten av prosjektet og eventuelt om tilbakeføring av dine funn. Hvis feltet er en arbeidsplass vil en ofte i praksis bli introdusert i feltet av en kontaktperson fra ledelsen.

Det er noen forhold man må være spesielt oppmerksom på med hensyn til slikt feltarbeid. For det første; man får ofte mest informasjon fra de mest verbale og samarbeidsvillige i feltet/gruppen. Sentral informasjon fra andre kan da forbli skjult. Sosialantropologen Peter Morsley kritiserte i tråd med dette mye av den tidlige antropologiens vektlegging av religion i de førindustrielle samfunn. Disse samfunn framstår som gjennomsyret av religion fordi de bygger på informanter som var spesielt opptatt av eller hadde en oppgave i forhold til religiøs utøvelse. Dette var ikke nødvendigvis typisk for “den vanlige” innbygger. Det er derfor viktig å være oppmerksom på mulig skjevhet i de data man tar inn. For det andre må man være oppmerksom på den såkalte *forskningseffekten*; det vil si at informantene i feltet kan oppføre seg annerledes når de blir observert av en ukjent forsker enn de vanligvis gjør. For det tredje er det viktig å ikke stille spørsmål med en kritisk/moralistisk undertone som for eksempel “Pleier dere alltid å være så passive her?” Man bør heller stille spørsmålene på en åpen måte som får informantene til å snakke om hva de er opptatt av, ikke at de skal ta stilling til mine antagelser.

Nedskrivning av data/feltnotatet er viktig å få gjort umiddelbart etter observasjonen for å huske viktige detaljer. Man skal være forsiktig med å gjøre skriftlige notater når man oppholder seg direkte i feltet, fordi dette kan forstyrre den naturlige kommunikasjonen. Toalettet, eller andre tomme rom, kan være steder for nedtegning av slike foreløpige observasjoner. Andre måter er å memorere nøkkelord og utsagn. Det er oftest også vesentlig å registrere de ytre forholdene (fysisk rom).

Rent praktisk kan man i registreringen bruke venstre del av arket til fortløpende referat fra feltet (utsagn og så videre) og høyre del til egne kommentarer og tolkninger, og dele dette inn i avsnitt som muliggjør klipping, liming og sortering tematisk i ettertid. Det er viktig å skille observasjoner og utsagn fra egen tolkning. Det er derfor viktig å ikke sensurere utsagn for å gjøre dem mer forståelige.

Litteratur til videre lesning:

Repstad, P. (1993): *Mellom nærhet og distanse*.

Organisasjon

En organisasjon er et større → sosialt system med en velutviklet arbeidsdeling, definerte mål, regler for samhandling, tilhørighet og belønning. Eksempler på organisasjoner er idrettslag, fagforeninger, sykehus og militærallianser. Innenfor en organisasjon kan det være subsystemer som for eksempel underordnede organisasjoner, avdelinger eller → grupper.

En organisasjon har både en formell og en uformell struktur (organisasjonsstruktur). Den *formelle strukturen* kan illustreres gjennom et organisasjonskart. Dette gir en oversikt over stillingstyper som finnes i organisasjonen, ordning av stillinger i grupper og avdelinger,

og de formelle autoritetslinjene mellom stillingene og avdelingene. Den *uformelle strukturen* er uttrykk for de reelle samhandlingsmønstre og relasjoner i organisasjonen. Disse mønstre og relasjoner trenger ikke tilsvare linjene i den formelle strukturen. Organisasjonens (for eksempel en sykehusavdelings) uformelle struktur viser blant annet til hvem som spiser lunsj sammen, hvem som snakker med hvem, hvem som egentlig styrer og har → makt og hvem som blir styrt.

Organisasjonskulturen er uttrykk for de verdier og holdninger som særpreger organisasjonen. "Klima", "filosofi" og "ånd" er andre ord for dette fenomenet. Organisasjonskulturen kan i en del tilfeller variere fra avdeling til avdeling og → gruppe til gruppe innenfor samme organisasjon.

Pasient/ pasientrolle

I dagligtale er pasient en person som søker helsehjelp i møte med lege, tannlege, sykepleier eller annet helsepersonell. Ordet betyr egentlig "en som tåler lidelse og bærer den med tålmodighet", jamfør det engelske ordet for tålmodig ("patient").

Å bli pasient innebærer til en viss grad å gå inn i en bestemt → rolle tilknyttet → normer og forventninger. Det kan dreie seg om forventninger som han har til seg selv og forventninger fra omgivelsene. Han kan forvente å motta omsorg, medfølelse, pleie og behandling. Han kan forvente fritak fra visse forpliktelser og ansvar, som for eksempel det å gå på skole eller arbeid. Som definert syk vet han også at han har lov til å gi mer uttrykk for smerter og ubehag enn hva som er vanlig. Fra *omgivelsene* kan han oppleve en forventning om at han bør holde seg i ro (sengen), ikke være aktiv, ikke jobbe osv. Fra pårørende og helsepersonellet kan han oppleve forventninger om å godta den behandling og pleie som blir foreskrevet. For mange sykdomstilstander kan han for eksempel kjenne på at det eksisterer en norm om at man bør bli frisk igjen etter en viss tid og for kroniske sykdomstilstander at man resignerer og godtar sin skjebne.

Normen og forventningen om at den syke fritas for ansvar og har lov å motta hjelp kan i noen tilfeller føre til at man trives så godt i denne rollen at man ikke vil ut av den. Den passive pasientrollen læres og fører til såkalt lært hjelpeløshet. En annen side ved samme sak er at helsepersonellens tilstedeværelse, og pasientbetegnelsen, kan føre til økt sykeliggjøring, ved at pasientrollen bekreftes.

Forventninger om pasienten som underdanig, ydmyk, mottaker og passiv oppleves av mange, spesielt hjemmeboende og kroniske syke, som belastende og → stigmatiserende. Andre alternative betegnelser som klient og → bruker har derfor blitt utviklet. Spørsmålet er imidlertid om disse uttrykk er dekkende for rollen som syk.

Litteratur til videre lesning:

Svensson, R. (1998): *Samfunn, medisin og sykepleie – en introduksjon til medisinsk sosiologi.*

Paternalisme; se Autonomi

Problemstilling

Et *problem* er en vanskelighet, hindring, utfordring, et dilemma eller spørsmål man søker å beskrive eller finne å løsninger på. En *problemstilling* er en *beskrivelse* av den problematikk man søker å gå inn i og om mulig finne løsning på. Sykepleiefaglige problemstillinger er problemstillinger som vedrører sykepleiens virksomhetsområder. I praktisk arbeid med pasienter kan disse uttrykkes i form av beskrivende sykepleieproblemer eller såkalte sykepleiediagnoser, det vil si korte → klassifikasjoner av pasienttilstander.

I skriftlige arbeider, som en fagoppgave, er det vanlig å formulere en problemstilling med en eller flere setninger for å få fram flere nyanser enn en kort klassifikasjon klarer å fange opp. Problemstillingen er uttrykk for fagoppgavens arbeidsbestilling. En vanlig og ryddig måte å sette denne opp på er å formulere den som et *spørsmål*. Oppgaven man skriver blir da svaret på dette spørsmålet. Det er også mulig å formulere en problemstilling som en *påstand* eller *hypotese*. Utgangspunktet for problemstillingen i en fagoppgave kan være noe man er spesielt interessert i eller opptatt av, en undring som skaper nysgjerrighet, noe som irriterer, noe som man ønsker mer kunnskap om eller noe som man ønsker å finne svar på.

I arbeidet med å *avgrense* en slik problemstilling kan man stille spørsmålsordene hva, hvem, når, hvor og hvorfor. *Hva* skal fokuseres? *Hvem* (for eksempel hvilken pasientgruppe) skal fokuseres? *Når* i et hendelsesforløp (for eksempel et sykdomsforløp) skal det fokuseres? *Hvor* (det vil si hvilken arena; for eksempel hjemmet, institusjon, type avdeling osv.) skal det fokuseres? *Hvorfor* skal det fokuseres på dette (det vil si en beskrivelse av hva som er hensikten og målet)?

Profesjon og profesjonalisering

I dagligtale er en profesjon uttrykk for et yrke. Slik forstått blir et virke eller arbeid profesjonalisert og utøveren profesjonell når yrket har utviklet seg fra å være frivillig og ulønnet til å bli lønnet. *Profesjonalisering* er et uttrykk for en samfunnsprosess der stadig flere sentrale oppgaver overtas av formelle yrkesgrupper. Dette er oppgaver som tidligere ikke var knyttet til bestemte yrkesgrupper, men som for eksempel ble ivaretatt av familien. Det moderne samfunn er kjennetegnet av økende profesjonalisering.

I samfunnsvitenskapelig teori er det vanlig å knytte profesjonsbegrepet til bestemte kjennetegn som formalisert utdanning og autorisasjon, egen fagorganisasjon, egen kodeks som fastslår yrkesutøverens plikter og krav (for eksempel etiske retningslinjer), selvstendig yrkesfunksjon og at yrket har utviklet sin særegne kunnskap, et særegent begrepsapparat og sine egne metoder. De klassiske profesjonene som leger, jurister og prester innehar utvilsomt alle disse kriteriene. Det har vært diskutert om yrker som sykepleiere, lærere og sosionomer oppfyller alle de sentrale profesjonskriteriene, eller om de i stedet må betegnes som semi- eller halvprofesjoner. Etter hvert som de i større og større grad klargjør sin særegne yrkesfunksjon og utvikler sin egen fagkunnskap og fagbegreper innfrir de i hvert fall mer og mer de sentrale profesjonskriteriene.

En *kritikk* mot profesjonaliseringstendensene i vårt moderne samfunn er at profesjonene kan framstå som mer interessert i å styrke egne interesser og → makt enn å møte samfunnets, brukernes eller klientenes behov. De kan for eksempel legge opp til å skape behov for sine tjenester på tvers av det som gagnar samfunnet, (jamfør begrepet → medikalisering). Profesjonalisering kan også innebære en spesialisering som kan ha uheldige bivirkninger som for eksempel at brukerne må forholde seg til svært mange yrkesgrupper for å få dekket sine behov.

Litteratur til videre lesning:

Svabøe, A., Bergland, Å. og Hæreid, J. (2000): *Sosiologi og sosialantropologi for helsearbeidere*. Erichsen, V. (1996): *Profesjonsmakt*.

Religion

Religion er menneskets tanker om, og atferd rettet mot, en makt eller kraft som rekker ut over mennesket selv, og som står bak de grunnvilkår som mennesket lever i. At denne makt eller kraft rekker ut over mennesket selv viser til at det dreier seg om noe oversanselig og overnaturlig i forhold til menneskets normale virkelighet. Den religiøse person betrakter og handler oftest overfor det oversanselige og overnaturlige med ærbødighet, som noe hellig, også ofte med en forpliktelse og en tilbedelse. Den religiøse person mener også at denne overnaturlige makt (Gud) står bak de grunnvilkår som mennesket lever under og at denne makt er opprinnelsen til og gir grunnlaget for menneskets tilværelse. Religion bidrar på denne måten til å gi tilværelsen mening for den religiøse.

Religionsosiologien studerer religionens funksjon og betydning i grupper og i samfunnet som helhet. Religionen betraktes her som en sosial → institusjon med → normer og ritualer knyttet til viktige samfunnsmessige oppgaver og betydninger. For eksempel mente Emile Durkheim i boken "Les formes elementaires de la vie religieuse" fra 1912 at religionens primære oppgave ikke er å dyrke en guddommelig makt men å skape fellesskap og samhold i et samfunn eller en → gruppe (se også → sekularisering).

Reminisens

Reminisens er den aktivitet vi foretar når vi erindrer og gjenkaller minner og hendelser fra fortiden; altså minne-erindring. Det er en almen aktivitet vi alle foretar oss på tvers av livsfaser.

Reminisens er en identitetsbevarende aktivitet fordi den minner oss om hendelser fra vår fortid som har formet oss og som forteller noe om hvem vi er. Når jeg reminiserer husker jeg ting og begivenheter fra min egen fortid. Gjennom dette bekrefter jeg at denne fortiden er min, at jeg har en eksistens over tid. Jeg har en helt særegen eksistens som bare er min, en → identitet. Minne-erindring er således nødvendig for å fastslå hvem jeg er.

Når vi reminiserer husker vi ikke tingene slik de objektivt sett virkelig var, men slik vi oppfattet dem og tolket dem da og nå i ettertid. Det er personlige fortolkninger av hendelsene. Når vi reminiserer internaliserer eller eksternaliserer vi oppfattelser og gir mening til det som har skjedd.

Litteratur til videre lesning:

Heap, K. (1994): *Samtalen i eldreomsorgen*

Risiko

Risikobegrepet er i sin betydning et spennende og åpent begrep ettersom det refererer både til noe farlig, noe som kan åpne for skade, sykdom og død og tap, og til noe som kan være livgivende, gi vinning og mening i livet. Hva som er risiko er kulturelt skapt, knyttet til moral og → makt. Når risiko individualiseres blir det den enkeltes ansvar å håndtere den. Noen type risiko er det tradisjon for at staten håndterer gjennom → velferdsstatens ordninger, for eksempel trygdeordninger og sykehustjenester. Forholdet mellom den enkeltes og det offentliges ansvar for risiko endres over tid.

Før den massive helsefokuseringen og → medikaliseringen var en naturlig del av vårt daglige mediebilde og dermed vår oppmerksomhet, oppfattet man seg som friske så lenge man ikke følte seg syk. Nå vet vi bedre! Gjennom den moderne medisinske diagnostikk og vår kunnskap om sykdom blir symptomfrie mennesker definert som pasienter eller i det minste risikanter, fordi de er bærere av risikofaktorer eller genetiske "feil". Helse-systemets helseopplysning og → forebyggende helsearbeid forteller oss om de mange potensielle risikofaktorene, både inni oss selv og i våre omgivelser. Dette kan skape usikkerhet og unødvendig bekymring hos både friske og syke mennesker. Når helsepersonell informerer om medisinsk kunnskap skal vi derfor være bevisst at denne kunnskap alltid blir oppfattet subjektivt.

Selv om medisinen og helsevesenets manifeste mål er "best mulig opplevd helse for flest mulig" er det ikke sikkert at det er en enkel sammenheng mellom et vel utbygget helsevesen, økt tilgang på leger og sykepleiere og dette målet. For den opplevde helsens skyld er det sannsynligvis viktigere å leve sunt uten å være opptatt av potensiell sykdom og på jakt etter mulige risikofaktorer.

Litteratur til videre lesning: Beck, U. (1997): *Risiko og frihet*. Thelle, D.S. (2001): *På den usikre siden. Risiko som forestilling, adferd og rettesnor*.

Rolle

En rolle er uttrykk for forventet atferdsmønster eller → normer knyttet til en sosial posisjon eller stilling. Vår atferd og handlinger er ikke bare frie, men skjer innenfor etablerte forventninger og normer. Betegnelser innenfor teaterverdenen brukes for å forstå atferd og sosiale handlinger. Når en person ikke innfrir rolleforventningene kan dette føre til sanksjoner og → sosial kontroll og bli behandlet som → avvik eller bli oppfattet som komedie.

Status og rolle er nært knyttet til hverandre. En rolle er den synlige utformingen av en status. Status står for det man *er*, mens rolle er hva man *gjør*. *Rollepar* er uttrykk for par av roller som henger sammen; for eksempel mor-barn, sykepleier-pasient. Andre eksempler er → pasientrollen i forhold til → brukerrollen og institusjonssykepleierrollen i forhold til hjemmesykepleierrollen. Normene og forventningene knyttet til hjemmesykepleierrollen er blant annet det å være gjest, individualist, ikke-uniformert, generalist og personorientert. På den annen side er forventningene til institusjonssykepleieren i større grad å være vert, samarbeider, uniformert, spesialist og oppgaveorientert.

Rollesett er summen av forventninger knyttet til *en* posisjon eller stilling. De ulike forventningene kan noen ganger være motstridende og motsetningsfylte; det har da oppstått en *rollekonflikt*. Et eksempel på dette er når hjelpepleieren forventer at sykepleieren skal hjelpe til på skyllerommet mens legen forventer at hun skal administrere medikamentene. *Sosius* er et begrep for summen av alle rollene som en person innehar.

Innenfor det strukturfunksjonalistisk perspektiv er roller relativt *fastlagte* normer og forventninger knyttet til en posisjon i et → sosialt system. Det er her lite rom for individuell

rolleutforming. Roller er noe man trer inn i. → Sosial interaksjonisme vektlegger på den annen side personens aktive stillingstagen og utforming av rollen. Roller er her noe som skapes.

Litteratur til videre lesning:

Martinussen, W. (1991): *Sosiologisk analyse : en innføring*

Sekularisering

Sekularisering har vanligvis blitt forstått som prosessen der samfunnsmessige og kulturelle områder har frigjort seg fra religiøse institusjoner og symboler. For enkeltindividet innebærer sekularisering at mennesker i økende grad forstår seg selv og verden uavhengig av religiøse fortolkninger.

Tidligere var det vanlig å tenke sekularisering som en irreversibel prosess i retning av et stadig mer rasjonelt og desakralisert (sakral = hellig) samfunn der → religion får stadig mindre betydning. Dette blir det i dag stilt spørsmål ved. Vel kan det hevdes at den institusjonelle religionen har mistet mye av sin formende innflytelse og → makt. Enkeltmenneskenes religiøsitet er derimot ikke nødvendigvis blitt mindre, men den tar nye former og veier, delvis utenfor den kollektive og offentlige sfære og delvis utenfor den institusjonelle kirke. Kirkereligionen har mange steder fått mindre oppslutning, men åpenhet og søken etter ikke-materielle verdier og åndelighet har ikke fått tilsvarende mindre plass, kanskje heller tvert imot. Flere religionsforskere mener at det nettopp er sekulariseringen og desakraliseringen av samfunnets institusjonelle, offentlige og materielle sider som skaper en ny resakralisering og åndelig åpenhet på det individuelle og kulturelle plan. Sekularisering og desakralisering i samfunnet kan skape et meningstomrom og en identitetskrise på det individuelle plan som åpner opp for en individuell religiøsitet som kompensasjon. Som en kompensasjon for tap av stabile, institusjonelle og overordnede autoriteter og tradisjoner. De tradisjonelle religiøse institusjonene forkastes langt på vei uten at den religiøse tro forkastes. Vi har fått "religion uten kirke". Troen får en individuell karakter og/eller fylles av nye og alternative former. Denne religiøsiteten er i mindre grad preget av institusjonelle kollektive handlinger (som i den tradisjonelle gudstjenesten) og mer av individuelle, private og selvbestemte handlinger (for eksempel lystenning på gravene). Den nye religiøsiteten er i mindre grad autoritetstro, den velger fra ulike kilder ut fra det som passer best i den enkeltes situasjon (for eksempel litt astrologi, litt sjelevandring og litt Jesus-tro).

En uoffisiell og ikke-institusjonell religion, ved siden av den offisielle og institusjonelle, er egentlig ikke noe nytt fenomen. Folkereligiøse og ikke-kononiserede forestillinger og handlinger på kanten av den offisielle kirke har "alltid" eksistert. Den svenske religionssosiologen Gøran Gustavson anvender i denne sammenhengen den amerikanske sosialantropologen Robert Redfields skille mellom den såkalte "lille" og "store" tradisjonen. Den store tradisjonen er de dogmatiske, institusjonelle og ofte skriftlige systemene (for eksempel den offisielle kirke), mens den lille tradisjonen består av folkelige strømdrag som tilpasses hverdagslivets og den enkeltes opplevelser. Begge disse systemene er i stadig endring og de påvirker også hverandre gjensidig.

Sekulariseringstendenser kan også skape forsvarsreaksjoner i den institusjonelle kirke som fører til fundamentalisme og nymoralisme.

Litteratur til videre lesning:

Brunstad, Paul Otto 1998: *Ungdom og livstolkning*.

Selv mord (suicid)

Selv mord og selvmordsatferd kan forstås i lys av ulike teorier og fag. *Psykoanalytisk teori* forstår selvmord primært som en individuell handling på bakgrunn av intrapsykiske krefter og prosesser, ubevisste motiver og ulike utviklingsmessige problemer i barndom og oppvekst som for eksempel ulike traumer og tapsopplevelser. Freud beskriver i tråd med dette selvmord som et resultat av et morderisk raseri rettet mot internaliserte objekter som svar på tap og skuffelser i forhold til det ytre objekt. *Kognitiv psykologi* fokuserer på selvmord som resultat av fastlåste suicidale tankemønstre på bakgrunn av for eksempel aktuelle hendelser, negativt selvbilde og depresjon. *Biologisk teori* beskriver betydningen av fysiologiske forhold hos enkeltindividet som medvirkende årsak til selvmordsatferd; for eksempel viser undersøkelser en forstyrret serotoninomsetning i hjernen ved alvorlig selvmordsatferd.

Selvmondsatferd er en tilsynelatende personlig handling, men *samfunnsforskere* har lenge undersøkt sammenhenger mellom ulike samfunnsforhold og selvmord. Sosiologen Emile Durkheim (1858-1917) var den første som undersøkte slike sammenhenger da han for over hundre år siden fant at selvmordshyppigheten varierte fra område til område i tråd med hvor sosialt integrerte de ulike fellesskapene var. Land med protestantisme var mer preget av individualisme og hadde høyere selvmordsrate enn katolske land der det sosiale fellesskapet var tettere. Hans → funksjonalistiske tolkning av disse resultatene var at det som bestemmer selvmordshyppigheten i område er i hvor sterk grad individene er integrert i et sosialt fellesskap. Ved å påpeke sammenhengen mellom slike sosiale forhold og selvmordshyppighet viste han at også en tilsynelatende så individuell handling som selvmord også kan forklares sosialt. Selvmordshyppighet kan i tråd med dette forstås som en indikator for levekår og sosiale forhold i et samfunn.

Sosialantropologi

Sosialantropologi stammer fra de tre ordene ”sosial”, det vil si samvær eller samfunn, ”antropos”, som betyr menneske og ”logia”, som betyr ord, lære eller studium. Sosialantropologi blir dermed læren om mennesket som sosialt og kulturelt vesen; for eksempel i motsetning til mennesket som biologisk vesen. Sosialantropologien legger vekt på *sammenlignende* studier av ulike menneskelige kulturer. Gjennom slik sammenligning forsøker den å beskrive, forklare og forstå → grupper og samfunn over hele verden og å utvikle beskrivende begreper for sosiale og kulturelle prosesser og → funksjoner. I likhet med → sosiologien forsøker man ikke å forklare disse prosessene psykologisk, men sosialt. Faget studerte tradisjonelt såkalte fremmede kulturer. Nå er studieobjektet også vestlige samfunn; for eksempel lokalsamfunn, bedrifter og spesielle sosiale miljøer og → grupper.

Den sosialantropologiske datainnsamlingsmetoden er først og fremst → observasjon og feltarbeid. Sosialantropologen bor og oppholder da seg gjerne i studiefeltet over lengre tid; for eksempel et år eller lengre. Formålet med dette er å samle opplysninger om hverdagslivets organisering og enkeltmenneskers tanker for å lære den aktuelle kultur å kjenne fra innsiden.

Brodtkorb, E., Norvoll, R. og Rugkåsa, M. (red.) (2001): *Mellom mennesker og samfunn : Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Eriksen, T. H. (1998): *Små steder - store spørsmål : innføring i sosialantropologi*. Hydle, I. (1997): *Antropologiske perspektiver på medisinen, trygden og retten*. Sachs, L.: *Medicinsk antropologi*. Svabø, A., Bergland, Å. og Hæreid, J. (2000): *Sosiologi og sosialantropologi for helsearbeidere*.

Sosialgerontologi/ aldringsteorier

Sosialgerontologien interesserer seg for psykologiske og sosiale aspekter ved aldringsprosessen, samt Eldres levekår og sosiale posisjon. Eksempler på aktuelle sosialgerontologiske temaer er Eldres roller i samfunnet, rolleoverganger i alderdommen (se → livsløp, livsløpsoverganger og livsløpsfaser), holdninger til eldre, arbeid og pensjonering, eldrepolitikk og teorier om aldring. Det finnes mange ulike teorier om aldring. Jeg skal her kort gjøre rede for tre klassiske sosialgerontologiske teorier: Tilbaketrekkingsteorien, aktivitetsteorier og utviklingsteorier. *Tilbaketrekkingsteorien* er preget av en → funksjonalistisk individualisme ved å postulere tesen om det eldre individs naturgitt og universelle tilbøyelighet til å trekke seg tilbake fra samfunnslivet (frivillig) og at denne tilbøyelighet går parallelt med samfunnets tilbøyelighet til å distansere seg fra sine eldre medlemmer. *Aktivitetsteoriene* er i litteraturen ikke klart utformet som en egen teori, men mer som en samlebetegnelse på teorier og tenkemåter som står i kontrast til tilbaketrekkingsteorien, ved at de delvis er reaksjoner og kritikk mot denne. Tilbaketrekking er *ikke* en universell og naturgitt prosess, men snarere en konsekvens av at samfunnet støter eldre mennesker fra seg og hindrer dem i å delta aktivt. Det dreier seg om utstøtning snarere enn egen frivillig og trivselsskapende tilbaketrekking. Eldre vil delta i samfunnslivet i den grad de får mulighet til det. En alternativ betegnelse på disse teoriene er «kontinuitetsteorier». Det er den aktive og engasjerte eldre som representerer den «gode aldring», det vil si en fortsettelse (kontinuitet) av den livsform man har etablert tidligere i livet. Mens tilbaketrekkingsteorien er en teori om alderdommen som en egen særegen livsfase bygger aktivitetsteoriene mer på en tankegang om at alderdommen snarere er en forlengelse av middelalderen. *Utviklingsteoriene* bygger på individual- og utviklingspsykologi. De har det likhetstrekk med tilbaketrekkingsteorien at de framhever alderdommen som en egen livsfase. Alderdommen er den siste av en lang rekke livsfaser fra tidlig barndom. Hvert stadium representerer sine særegne utfordringer og sine fasetypiske behov. Utviklingen i tidligere faser har stor betydning for situasjonen i det aktuelle stadium. Erik Homburger Erikson er den mest kjente representanten for denne retningen. Hans teori om livsløpets 8 ”aldre” er en mye referert utviklingsteori. Den 7. fasen, som representerer ”de middelaldrende”, beskrives som en periode preget av generativitet versus stagnasjon. Alderdommen, som den siste fasen i rekken, beskrives som en periode preget av egointegritet versus fortvilelse. ”Egointegritet” dersom den eldre aksepterer at hans levnetsløp måtte bli som det ble og føler seg vel i forhold til dette. ”Fortvilelse” dersom den eldre ikke avfinner seg med at dette var det eneste og endelige livet. Fortvilelsen uttrykker følelsen av at tiden nå er knapp; altfor knapp for å starte et annet liv for å finne andre veier til integritet. Alderdommen preges blant annet av et tilbake-skuende perspektiv på den del av livsløpet som er tilbakelagt. Teorien har blant annet vært en viktig referanse for den livsbiografiske forskningen - særlig den psykologisk inspirerte retningen. Av andre teorier som har preget sosialgerontologien kan nevnes rolleteori, → strukturfunksjonalisme, → bytteteori, → sosial interaksjonisme og såkalt kritisk gerontologi. Kritisk gerontologi har fokusert på hvordan ulikhet i samfunnsforhold gjør aldring og alderdommen for eksempel forskjellig for kvinner og menn, fattige og rike. I studier av sosial aldring og alderdom har sosialgerontologien altså hentet sitt tilfang fra et bredt spekter av samfunnsvitenskapelige tradisjoner.

Litteratur til videre lesning:

Daatland og Solem (2000): *Aldring og samfunn*. Daatland (1995): *Aldersforskning og sosialpolitikk: ”Dominerende paradigmer og kritiske alternativer”* i Daatland og Solem: *Aldersforskning i kritisk lys*. Førland, O. (1998): *Aldersmessig standardisering eller destandardisering? En analyse av livssituasjoner i overgangen til alderdommen*.

Sosial kontroll

Sosial kontroll er uttrykk for atferd og handlinger med den hensikt å påvirke eller disiplinere en person eller → gruppe for å få dem til å handle som forventet.

Sosial kontroll kan defineres som maktutøvelse for å vedlikeholde en sosial orden i et → sosialt system gjennom disiplinering og overvåking av medlemmene. Utøvelse av sosial kontroll har til hensikt å få ”den andre” til å handle og oppføre seg slik jeg selv forventer og ønsker. Sosial kontroll er en grunnleggende prosess i all → sosialisering fordi den er bygd inn i alt sosialt samvær. Dette skjer blant annet når vi sosialiseres inn i bestemte → roller, for eksempel pasientrollen. Ved normbrudd utøves det ofte sosial kontroll for å få → avvikerer disiplinert igjen. *Sanksjoner* er midler som blir brukt i den sosiale kontrollen for å sikre at forventninger, → normer, regler og lover blir overholdt. Eksempler på sanksjoner er at et barn blir tilsnakket av sine foreldre, karaktersystemet på skolen, rutiner på et sykehjem og fengselsstraff etter lovbrudd. Sosial kontroll kan være *tilsiktet* når den eller de som utøver kontrollen bevisst har til hensikt å påvirke. Den er *utisiktet* når den ikke er bevisst men likevel fører til at ”den andre” føler seg påvirket eller disiplinert. I vanlig mellommenneskelig samvær er den å betrakte som *uformell*, men kan også være *formell* når den utøves av personer som i kraft av sitt yrke har som (del)oppgave å kontrollere andre som for eksempel politi, vektere, lærere og kontrollører.

Sosial interaksjonisme

Sosial interaksjonisme er en teoretisk retning som vektlegger betydningen av *sosial interaksjon* som grunnlag for utviklingen av oppfatninger og handlinger.

Den har sine røtter i G.H.Meads (1863-1931) lære om selvet som utviklet gjennom sosial interaksjon der individet har evne til å føre en intern konversasjon med seg selv etter å ha tatt ”den andres perspektiv”. ”Selvet” er noe som stadig utvikler seg. Det var der ikke opprinnelig ved fødselen, men oppstår gjennom prosessen av sosial erfaring og aktivitet. Menneskets ”selv” dannes i interaksjonen med de andre ved at ”jeg” evner å sette meg inn i de andres normer og forventninger til verden og meg, det vil si at jeg klarer å se på verden og meg selv med de andres briller. Forutsetningen er at ”jeg” evner å sette meg i den andres sted og ta den andres perspektiv. Når en deltager kommuniserer med en annen, antar han den annens perspektiv og bruker det til å regulere sine egne ytringer. Det forgår en meningsfull symbolsk samhandling/interaksjon. Jeg prøver å foregripe den andres respons på min ytring og dette blir regulerende for min egen ytring. Denne overtagelsen av andres perspektiv er en viktig kilde til individets identitetsdannelse. Selvet/→ identiteten vokser fram ved at barnet/tenåringen/den voksne *tar inn i seg og gjør til sin egen oppfatning* (det vil si internaliserer) de definisjoner og bilder av ham og virkeligheten som omgivelsene holder opp for ham. ”In order to be self one must be others”.

Dette er en «*sosial speilingsteori*»: Vi spiller oss i andres reaksjoner på oss selv (og verden) og dette danner basis for hvordan vi oppfatter oss selv (og verden) og våre egne handlinger. Det dreier seg imidlertid ikke om en passiv imitasjon av andre, men en aktiv stillingstagen og handling. Ikke passive rolleovertagelser men aktiv selvbevissthet og aktiv interaksjon.

For at en reaksjon skal virke inn på oss må den komme fra en såkalt ”*signifikant andre*”, det vil si en som jeg har tillit til eller som betyr noe for meg. → Sosialiseringen og identitetsdannelsen skjer ved at man identifiserer seg og utvikler et (selv)bevisst forhold til mor, far, søsken, kamerater, kameratgrupper, subkulturer etc. Dette er samtidig en identifikasjon og en selvbevissthet i forhold til ”*den generaliserte andre*”; det vil si at man har tatt inn over seg gruppens eller samfunnets strukturelle normative definisjoner av ulike roller, oppfatninger og virkelighetsbilder. Mine nærmestes (de signifikante andre) og

gruppens og samfunnets (den generaliserte andres) normer; for eksempel i forhold til hva som defineres som sykdom, har påvirket min egen oppfattelse av fenomenet sykdom. Sosialinteraksjonismen vektlegger imidlertid et aktivt subjekt: Det å gå inn i roller, for eksempel sykerollen, er ikke en passiv rolleovertagelse. Roller skapes aktivt av den enkelte i interaksjon med omgivelsene.

Litteratur til videre lesning:

Vaage, S. (1989): *Handling og pedagogikk. G.H.Mead om utdanning og sosialisering*. I Thuen H. og Vaage S. *Oppdragelse til det moderne*. Moe, S. (1994): *Sosiologi i hundre år – en veileder i sosiologisk teori*.

Sosialt system

Et sosialt system kan defineres som en enhet av personer/aktiviteter som står i et visst forhold til hverandre og der det kan trekkes en grense mot verden utenfor systemet.

Personene/aktivitetene og relasjonene mellom dem må for det første ha en viss grad av *varighet, intensitet og hyppighet*. For det andre må medlemmene i systemet ha en *felles problemforståelse og felles mål og interesser*. For det tredje må det være mulig definere relasjonene internt i det sosiale systemet *avgrenset* fra andre sosiale systemer (det vil si fra omgivelsene).

Eksempler på sosiale systemer → grupper (for eksempel en avdeling, en familie, en gjeng), → organisasjoner (for eksempel EU, en fag-organisasjon) og sosiale → institusjoner (for eksempel familien, utdanningen, økonomien, religionen, politikken). Se også → systemteori.

Litteratur til videre lesning:

Martinussen, W. (1991): *Sosiologisk analyse : en innføring*

Sosialisering

Sosialisering er prosessen av formidling og innlæring av ferdigheter som medfører at individene formes til en personlighet. Mennesket går fra å være et individ til å bli en person gjennom den påvirkning det utsettes for i kulturen. Dette blir kalt *primærsosialisering* (den kulturelle forming av den gitte natur i barnet). Primærsosialisering skjer i nær familie, i barnehage og hos dagmamma.

Gruppesosialisering er en prosess der nye medlemmer i et sosialt system føres inn i → gruppens → roller, det vil si lærer de grunnleggende plikter og rettigheter som fordres av medlemmer av systemet/ gruppen. For eksempel når sykepleierstudenten starter opp på et nytt praksissted. Sosialiseringen omfatter både utilsiktet påvirkning og preging og bevisst, tilsiktet og målrettet påvirkning. *Utilsiktet* sosialisering foregår når gruppens normer og forventninger ligger i kulturen og overføres til de nye medlemmene uten at disse er direkte verbalt formulert eller klargjort. *Tilsiktet* sosialiseringen kan for eksempel være bevisst oppdragelse og dannelse.

Sosialisering i et → strukturfunksjonalistisk perspektiv fokuserer på betydningen av å lære å oppføre seg i pakt med eldre generasjoners normer med den hensikt å skape integrasjon i gruppen eller samfunnet. Avvik blir her sett på som sviktende sosialisering.

I et → konfliktteoretisk perspektiv er sosialisering den prosessen som skjer når de "herskende" overfører sine verdier til de be-herskede. Skolesystemet kan være et eksempel på dette. Opprør og avvik ses på som positivt i denne retningen.

→ Sosialinteraksjonismen ser sosialisering som prosessen som skjer når vi i aktiv samhandling tilegner oss andres perspektiver; for eksempel barnet som gradvis begynner å se seg selv med "den signifikante andres" øyne.

→ I et fenomenologisk perspektiv er betraktes sosialisering som barnets/ menneskenes "konstruksjon" av virkeligheten i møte med "Den Andre" og gruppers/samfunnets normer.

Litteratur til videre lesning:

Martinussen, W. (1991): *Sosiologisk analyse : en innføring*

Sosiologi

Sosiologi er læren om de sosiale fenomener. Betegnelsen stammer fra de latinske ordene "socius" (= samvær, samfunn) og "logos" (= ord, lære). Hva er så "sosiale fenomener"? Sosiale fenomener er menneskelige fenomener, det vil si alle handlinger og forhold som vi mennesker oppfatter og setter ord på. En sentral tese i sosiologien er nemlig at våre handlinger og det vi oppfatter og setter ord på i sin opprinnelse hverken er individuelle eller eksakte. Tvert i mot: De er sosialt skapt, de er relative og tidsbestemte. La oss ta et eksempel: Tenk deg fenomenet "legemidler" som brukes i forbindelse med sykdom. Vi tenker kanskje at legemidler er noe entydig og objektivt. Det er det ikke når vi tenker etter. Oppfatningen av hva som er legemidler og virkningsmekanismer *varierer* blant annet i ulike tidsepoker, i ulike kulturer og i ulike sosiale lag i vårt samfunn. Oppfatninger er med andre ord sosialt og kulturelt skapte, relative og tidsbestemte.

Sosiologien retter seg mot alle menneskelige fenomener og postulerer altså den hovedtanke at disse fenomener er sosialt og samfunnsmessig konstruert. En kjent innføringsbok i sosiologi skrevet av Peter L. Berger og Thomas Luckmann bærer i tråd med dette tittelen: "The Social Construction of Reality." Sosiologen spør seg: Hvilke sosiale prosesser ligger bak menneskelige fenomener og hvilke sosiale konsekvenser har de? Sosiologien forsøker å *avdekke og bevisstgjøre* disse prosessene og konsekvensene.

Sosiologiens grunnleggende spørsmål kan deles inn i såkalte *ontologiske* (læren om det værende, det som er), *epistemologiske* (læren om hvordan mennesker erkjenner og får kunnskap) og *normative* (forventinger om det som bør være) spørsmål.

Eksempler på sentrale *ontologiske* spørsmål i sosiologien er om mennesket er en autonom handlende aktør (selvstendig og individuell) eller er om vi er styrt av overordnede og overindividuelle (sosiale) strukturer? Er vi innefrastyrt (egen vilje) eller utenfrastyrt (via gitte samfunnstrukturer og ytre normer)? I sosiologien finner vi tradisjoner som hovedsakelig er aktørorienterte og andre som hovedsakelig er strukturorienterte. Eksempler på andre grunnleggende ontologiske spørsmål er: Hva er samfunnets og det sosiales grunnleggende kjennetegn? Er det *harmoni og integrasjon*? Det vil si at alle mennesker dypest sett har samme verdier eller at samfunnet hele tiden kjemper for å gjenopprette balanse og likevekt. At samfunnet kan sammenlignes med en organisme eller et økosystem som hele tiden søker homeostase. Eller er samfunnets grunnleggende kjennetegn tvert i mot *konflikt*? At det alltid vil eksistere motstridende interesser og at det er denne interessekampen som skaper endring og driver samfunnet framover. Eller er samfunnsutviklingen bare *tilfeldig og planløs*?

De *epistemologiske* spørsmålene i sosiologien forsøker å svare på hvordan vi kan oppnå sann kunnskap om mennesket, samfunnet og sosiale forhold. For å få slik kunnskap kan vi studere menneskene i samfunnet som *objekter* ved hjelp av statistiske metoder. Dette er en objektivistisk og naturvitenskapelig orientert sosiologi der menneskelige fenomener betraktes som fakta. På den annen side kan vi studere "det sosiale" som *subjekter*; det vil si å vinne kunnskap om menneskene i samfunnet ved å studere folks fortolkninger og forståelse, situasjonsavhengige oppfatninger og intensjoner. Denne relativistisk orienterte sosiologien er inspirert av den såkalte fenomenologien og Max Webers definisjon av sosiologi som "den fortolkede forståelse av sosial handling." Hvilke *metoder* sosiologien bør bruke er direkte knyttet til disse epistemologiske spørsmålene. Den naturvitenskapelig orienterte sosiologien benytter seg av store spørreskjemaundersøkelser og meningsmålinger der svarene analyseres kvantitativt (→ kvantitativ metode) ved hjelp av ulike statistiske utregninger. Den mer relativistisk orienterte sosiologien benytter seg fortrinnsvis av feltobservasjoner, dybdeintervjuer og litteraturstudier i sine empiriske undersøkelser der funnene analyseres ved hjelp av → kvalitative metoder.

På tilsvarende måte kan vi stille spørsmålet om hvordan vi bør gå fram for å skaffe oss "sann" kunnskap om pasienten og sykepleie. På den ene siden kan vi som sykepleiere fokusere på såkalte objektive fakta i pasientens liv og situasjon som kjønn, alder, sivil stand, sykdomsdiagnose, sykdomsutløsende årsaker osv. (pasienten som objekt og natur). På den annen side kan vi fokusere på pasientens egne opplevelser og reaksjoner på sin sykdom (pasienten som subjekt og særegen).

Sosiologiens *normative* spørsmål handler om hva sosiologien kan og bør/bør ikke brukes til og hvilke verdier som kan knyttes til sosiologisk kunnskap. Kan for eksempel faget være nøytralt og objektivt? Mange vil hevde at faget kan være objektivt i den forstand at det framskaffer kunnskap av objektiv vitenskapelig karakter som for eksempel at levealderen er lavere på Oslo østkant enn vestkant. Men selv om kunnskapen på denne måten kan være vitenskapelig objektiv er den ikke verdimesig objektiv og nøytral. All kunnskap kan og blir brukt for å oppnå noe; enten av forskeren selv eller av andre. Derfor er det alltid interesser og makt forbundet med sosiologisk kunnskap. Spørsmålet blir da å avdekke hvilke verdier og interesser som blir aktualisert. Til fagets normative spørsmål hører også spørsmålet om hva sosiologisk kunnskap skal tjene til. Her kan ulike svar gis, men et av de kan være at sosiologisk kunnskap skal avdekke og bevisstgjøre hvilke sosiale prosesser som ligger bak menneskelige handlinger og fenomener, samt vise hvilke → funksjoner og konsekvenser ulike handlinger har. Her ligger også fagets relevans for sykepleie og andre helsefag: Et støttefag som kan hjelpe oss til å forstå hvilken sosial opprinnelse og hvilke sosiale konsekvenser sykdom, medisin, helsetjenesten og andre helsemessige faktorer har for enkeltindividet, for bestemte grupper i samfunnet og for samfunnet som helhet (jmfør → medisinsk sosiologi).

Det finnes en rekke sosiologiske skoleretninger/tradisjoner; for eksempel → strukturfunksjonalisme, → konfliktperspektiv, → bytteteori, → sosial interaksjonisme, → fenomenologisk sosiologi.

Litteratur for videre lesning:

Moe, S. (1994): *Sosiologi i hundre år – en veileder i sosiologisk teori*.

Spørreundersøkelser

En spørreundersøkelse er et verktøy for systematisk innsamling av data (for eksempel samfunnsvitenskapelige eller → epidemiologiske data). Et spørreskjema inneholder spørsmål som respondenten enten svarer på via en intervjuer eller ved å selv lese spørsmålene og registrere ned sine svar (avkryssninger). Datainnsamlingen foregår enten via post, telefon eller ved personlig intervju. Kvantitative spørreundersøkelser har enten spørsmål med faste svaralternativer der respondenten selv skal gjenkjenne det som er riktig for ham/henne eller åpne spørsmål der respondenten står fritt til å formulere sitt eget svar. Spørreskjemaer med åpne spørsmål vil gi mer kvalitative data mens spørsmål med på forhånd faste svaralternativer lettere lar seg behandle kvantitativt ved ulike statistiske analyser og tellinger.

Her følger noen korte praktiske tips i arbeidet med å lage et spørreskjema:

- Still bare spørsmål som er nødvendige for å belyse din problemstilling. Lange spørreskjemaer er ofte mindre motiverende å svare på.
- Start med lette spørsmål og bakgrunnsopplysninger (som alder og kjønn).
- Still gjerne spørsmål som er stilt i andre undersøkelser for å kunne sammenligne resultater.
- Bruk en enkel setningsoppbygging (ikke mer enn 20 ord pr. spørsmål) og et lett forståelig språk.
- Unngå upresise spørsmål (som for eksempel "Går du ofte på arbeidsstuen." Spør heller: "Hvor ofte var du på arbeidsstuen forrige uke").
- Måten du stiller spørsmålene på kan virke inn på hvilke svar du får. Unngå derfor ledende spørsmål.
- Spørreskjemaer som sendes via post må ha en oversiktlig layout og være selvforklarende. Følg brevet må gi informantene lyst til å svare. Ferdig frankert og påskrevet returadresse må ligge ved.

Ved personlig intervju bør man være oppmerksom på den såkalte *intervjueffekten*: Det vil si at respondenten svarer noe annerledes når han blir intervjuet enn når han svarer på egenhånd pr. post selv om spørsmålet er likt formulert. Ulike grunner kan ligge bak slike "feil": Respondenten kan ønske å gjøre et godt inntrykk på intervjueren, han kan ønske å ikke virke uvitende eller for spesiell og svare det han tror intervjueren ønsker å høre. Slike intervjueffekter bør man forsøke å forebygge ved å gi saklig og god forhåndsinformasjon og skape en trygg atmosfære under intervjuet.

Litteratur til videre lesning:

Hellevik, O. (1999): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*.

Stigmatisering

Stigmatisering er et uttrykk for det å tilskrive et individ eller en gruppe diskrediterende og negative egenskaper på bakgrunn av spesielle kjennetegn. Eksempler på slike kjennetegn er kroppslige handikap, seksuell legning, etnisk tilhørighet eller rusproblemer. Det dreier seg om kjennetegn som definerer personen eller → gruppen av personer som annerledes eller mindreverdige i forhold til enn resten av gruppen eller samfunnet han tilhører.

Begrepet stammer fra ordet "stigma" som betyr "brennmerke" og ble i Hellas tidligere brukt som en straffemetode. Den straffedømte fikk et brennmerke på kroppen som for ettertid skulle fungere som et vitnesbyrd om hans forbrytelse.

Strukturfunksjonalisme; se Funksjonalisme

Sykdom

Vi skal her kort trekke fram tre ulike perspektiver på sykdom: Medisinsk, psykologisk og sosiologisk.

Det *medisinsk* perspektivet betrakter sykdom som noe objektivt konstanterbart og beskriver den ved hjelp av en medisinsk diagnose («disease»).

Det *psykologisk* perspektivet vektlegger sykdom som en subjektiv opplevelse («illness»). Man kan for eksempel ha fått en medisinsk diagnose og likevel ikke føle seg syk og motsatt: Man kan også føle seg syk uten at den medisinske ekspertisen har konstatert noen medisinsk diagnose.

Et *sosiologisk- eller samfunnsperspektiv* vektlegger sykdom som et sosialt og kulturelt betinget fenomen («sickness»). Samfunnets måte å definere sykdom på varierer fra kultur til kultur. Sosiologien er opptatt av å vise at fenomenet ”sykdom” ikke bare er noe objektivt men også har en sosial opprinnelse og sosiale konsekvenser. Både hva som defineres som sykdom av den medisinske ekspertisen, og hva folk flest opplever som sykdom, er sosialt og kulturelt betinget. De er betinget og formet av rådende verdier og → normer og varierer i tid og sted.

De forskjellige skoleretningene i sosiologi tolker fenomenet sykdom på ulike måter. Det → (struktur)funksjonalistiske perspektivet betrakter sykdom som et sosialt → avvik fra det normale og funksjonelle i samfunnet. Det → (sosial)interaksjonistiske perspektivet betrakter sykdom som en sosial definisjon skapt i aktiv interaksjon med andre. Det → fenomenologiske perspektivet betrakter sykdom som en sosial konstruksjon i menneskets subjektive forestillingsverden. → Konfliktperspektivet betrakter sykdom som et resultat av → makt og ulikhet.

System; se Sosialt system og Systemteori

Systemteori

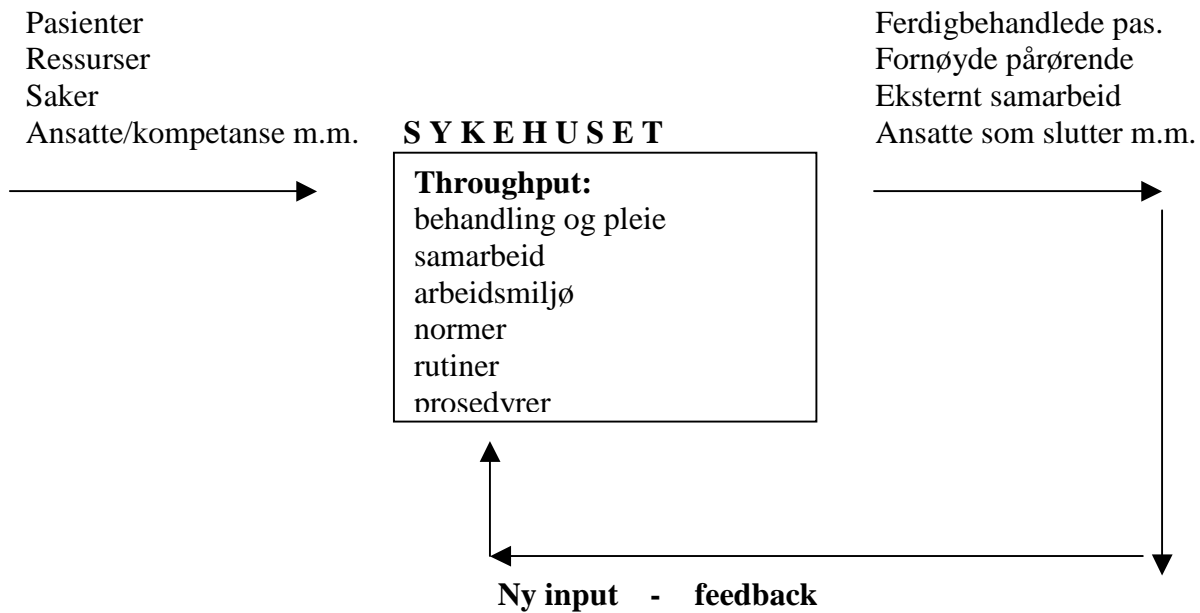
Systemteori er en teori og metode for å analysere det som skjer i og rundt → sosiale systemer. Det er en form for → funksjonalisme der samfunnet sees som et sosialt system med ulike subsystemer og der → funksjonen og resultatene (output) fra systemet står i en vekselvirkning med og påvirker andre systemer. Slik output fungerer i tillegg som ny input til eget system i en kontinuerlig feedback-sløyfe.

Enhver sosial → gruppe, → organisasjon og ethvert samfunn kan betraktes som et sosialt system. For eksempel kan sykehuset med bakgrunn i systemteori betraktes som en levende organisme med et indre liv (throughput) og med relasjoner til omgivelsene (output). Det indre livet dreier seg om behandling og pleie, samarbeid, arbeidsmiljø, normer, rutiner og dette må fungere tilfredsstillende for institusjonen skal utvikle seg normalt. I tillegg er det avhengig av tilstrekkelig input i form av pasienter, fagkompetanse, ressurser, saker osv. Output i dette sosiale systemet kan for eksempel være ferdigbehandlede pasienter, fornøyde eller misfornøyde pårørende, samarbeidsrelasjoner med hjemmesykepleie og primærlege osv. I tillegg til at dette er output i fungerer det også som ny input (feedback) til sykehuset (se illustrasjon neste side):

Illustrasjon: Sykehuset som sosialt system

Input:

Output:



Total institusjon

Erving Goffman (1922-82) har skapt begrepet "total → institusjon" som et uttrykk for et → sosialt system der de innsatte eller innlagte, over lengre tid, lever på en regulert og beskyttende måte, adskilt fra resten av samfunnet. Slike institusjoner har dels som → funksjon å beskytte dem som er innlagt i institusjonen og dels å beskytte samfunnet mot denne → gruppen mennesker. Derfor avtar samhandlingen sterkt ved systemets grense. Institusjonen har en innebygd barriere mot sosialt samspill med omverdenen og mot det å forlate institusjonen når man ønsker det. Denne barrieren kan bestå av låste dører, gjerder, isolert beliggenhet eller lignende. Institusjonen er total i den forstand at de innlagte får "dekket" alle sine behov innenfor dens rammer; for eksempel det å sove, spise og arbeide. Den totale institusjon bryter dermed ned de barrierer som normalt skiller ulike sider ved hverdagslivet. Den sosiale deltagelsen foregår hele tiden i de samme omgivelsene og er sterkt regulert av institusjonens ledelse. De daglige aktivitetene utføres tett sammen og sammen med et større antall andre mennesker. Alle blir behandlet likt og det forventes at alle oppfører seg likt. De daglige aktivitetene i institusjoner er styrt av formelle fastlagte rutiner og en organisert stab (for eksempel behandlere, pleiere eller voktere) ser til at rutinene og → normene følges. Dette fører til en → krenkelse av den innlagtes frihet og personlige integritet. Krenkelsesmekanismene ligger i selve institusjonens sosiale system og rutiner. Mange institusjoner har elementer som ligner denne beskrivelsen; for eksempel fengsler. Men også helseinstitusjoner som sykehjem og psykiatriske sykehus har hatt og har fortsatt trekk fra totale institusjoner.

I boken *Asylums* (1962) vektlegger Goffman hvordan institusjoner, og i særlig grad totale institusjoner, søker å kontrollere sine medlemmer og i stor grad blir bestemmende for medlemmenes → rolle-atferd. Rollene i disse systemene kan i liten grad formes av individene selv, men framstår som på forhånd gitte oppsett av rutiniserte og ritualiserte atferdsmønstre. Goffmans interesse er kampen mellom slike sosiale systemer og det enkelte menneske i systemet.

Velferdsstat/ velferdssamfunn

En velferdsstat er en stat med offentlige ordninger som garanterer den enkelte innbygger trygghet for liv, helse og velferd. Staten gjør dette ved aktivt å fordele verdiskapningen i samfunnet mellom innbyggerne, i den hensikt å skape tilfredsstillende velferd for *alle* innenfor områder som bolig, utdanning, familie, arbeid, privatøkonomi og helse.

Det er i hovedsak to fordelingsmekanismer med hensyn på samfunnets ressurser og verdier; markedet og velferdsstaten. Hensikten med velferdsstaten er å *omfordele* den skjevheten i ressursfordelingen som markedet skaper når det får utfolde seg fritt. Mens prinsippet i det frie marked er individuell nyttemaksimering er velferdsstatens prinsipp kollektiv nyttemaksimering eller kollektiv solidaritet. Velferdsstatens grunntanke er ikke omfordeling av ressurser og goder som veldedighet, men å skape rettferdighet ut fra den tanke at det eksisterer tilstrekkelig grunnleggende goder for alle.

Velferdsstaten søker altså, via en aktiv statlig omfordeling, å skape tilfredsstillende velferd for alle og å redusere sosial ulikhet mellom → grupper i samfunnet. Dette gjøres blant annet via et statlig skatte- og avgiftssystem. I en velferdsstat er skattesystemet progressivt der de med høyest formue og inntjening blir sterkest beskattet. Prinsippet er her at man skal bidra til fellesskapet etter evne og at alle skal være sikret å få ved behov.

Et *velferdssamfunn* er et samfunn med sterk grad av velferdproduksjon uten at denne nødvendigvis er statlig styrt. Velferdsgodene som helse, bolig og økonomiske kår er tilstede i et slikt samfunn, men de kan være ujevnt fordelt i befolkningen ettersom det ikke er noen sterk stat som omfordeler disse godene.

Vi kan skissemessig skille mellom tre modeller for velferdsstat/velferdssamfunn. *Prestasjonsmodellen* søker å skape velferd blant innbyggerne ved at hver enkelt borger sørger for sin egen velferdsmessige trygghet gjennom private eller bedriftsmessige sikkerhetsordninger. I denne modellen spiller den offentlige velferdsstaten en perifer rolle. ”Hjelp til selvhjelp” er det bærende prinsippet og det er derfor en tett forbindelse mellom på den ene side innsats og ytelse, og på den andre side rettighet (det man får tilbake av goder). De som yter minst får minst tilbake av de private forsikringsordningene. I den *selektive modellen* reserveres hjelpen og støtteordningene til de som har et spesielt behov for slik hjelp. Stikkord her er behovsprøving. Målet med slike ordninger er å få de trengende opp på et akseptabelt velferdsnivå. En åpenbar bivirkning av slike selektive ordninger er → stigmatisering av svake samfunnsgrupper, jamfør tidligere tiders fattigforsorg. *Den universalistiske modellen* søker å skape velferd ved å rette velferdsordningene mot hele befolkningen uavhengig av økonomisk situasjon og sosial posisjon. Eksempler på slike ordninger er barnetrygden og kontantstøtten som ytes likt til alle enten man er en fattig student eller velfødd milliarder. Mange velferdsordninger er universalistiske i den forstand at de retter seg mot hele befolkningen som er kommet i en bestemt situasjon, men størrelsen på ytelsene man får tilbake varierer ut i fra tidligere innsats. Eksempler på dette er sykepengesystemet og alderstrygd. Hensikten med universaliteten er todelt; å unngå stigmatisering av personer og grupper med bestemte behov og dernest å styrke samholdet i samfunnet ut i fra prinsippet om at det alle med stor sannsynlighet vil få nytte av er lettere å gi sin støtte til (for eksempel sykepengesystemet eller et offentlig sykehusvesen) enn det som bare noen kan få del i (for eksempel ulike behovsprøvede ytelser).

Litteratur for videre lesning:

Hatland, A., Kuhnle, S. og Romøren, T.I. (1996/2001): *Den norske velferdsstaten*.

Alvsvåg, H. (1997): *Velferdsstat versus velferdssamfunn*. I: Alvsvåg, H., Anderssen, N., Gjengedal, E. og Råheim, M.: *Kunnskap, kropp og kultur*.

