

Positioner i sygeplejen

Helle Ploug Hansen

Artiklen sætter fokus på tre udvalgte positioner i sygeplejen: en evidensbaseret, en behovsbaseret og en omsorgsbaseret. Positionerne er fremtrædende i forskellige former for italesættelse af sygepleje i uddannelses-, efter- og videreuddannelsessammenhænge og i artikler, lærebøger, pjecer, målsætninger for sygepleje m.m. Der tages afsæt i spørgsmålet: 'Hvad kan vi vide om sygepleje?', der afgrænses ved hjælp af Gregory Batesons begreb 'trusted ideas' (nedsænkede ideer). Artiklen indledes med en kort kontekstualisering af sygeplejen samt en diskussion af nedsænkede ideer i sygeplejen. De tre positioner undersøges hver for sig med fokus på nedsænkede ideer om forholdet mellem viden og sandhed, subjekt og objekt. Positionerne repræsenterer dels en ideografisk pol og en nomotetisk pol. Inden for den nomotetiske pol befinder sig den evidensbaserede og den behovsbaserede position (at opstille generelle lovmæssigheder). I den omsorgsbaserede position er en ideografisk pol tydelig (at beskrive og forstå hver enkelt patient i sin særegenhed). Konklusionen lægger op til, at ethvert møde mellem sygeplejerske og patient er unikt (ideografisk) og typisk (nomotetisk) på samme tid, og at der er brug for at udvikle et dobbeltblik på sygepleje.

En aften holdt jeg foredrag i en af Dansk Sygeplejeråds amtskredse. Da jeg var ved at pakke sammen, spurgte en sygeplejerske fra bagerste række meget bestemt: 'Men hvad er så sygepleje?'. Hun hentydede til, at jeg havde talt om sygepleje i tre timer uden at præsentere en definition. 'Det ved jeg ikke', svarede jeg og fortsatte: '

for vi kan kun opleve tegn på sygepleje. Jeg mener ikke, det er muligt at udarbejde en klar og entydig definition på sygepleje'. Flere spørgsmål fulgte: 'Jamen, hvad mener du så er fagets kerne?'. 'Er omsorg sygeplejens væsen eller er sygepleje et håndværk?'. 'Hvad er sygeplejens egenart?'. 'Det er da vigtigt, at vi finder frem til sygeplejens væsen, synes du ikke?' osv. Jeg afrundede diskussionen med at sige, at sygepleje hverken er et objekt eller en ahistorisk, statisk eller kontekstløs størrelse eller noget, der har et væsen.

Disse og lignende spørgsmål er jeg ofte stødt på i forskellige sammenhænge bl.a. i artikler i tidsskriftet *Sygeplejersken*, i tidsskriftet *Klinisk Sygepleje* og i sygeplejerske Ulla Fastings prisopgave: *Sygeplejerske i det 21. århundrede*, hvor hun giver svaret: 'Sygepleje er et biologisk fag' (Fasting 1999: 41). Sygeplejerskernes spørgsmål peger på en nysgerrighed, undren og insisteren på at begribe og forstå sygepleje som praksis og som fag. Spørgsmålene er ikke nye, men de har fået en særlig betydning inden for de senere år, hvor bl.a. National Delstrategi for Sygeplejeforskning (1999-2002), begrebet evidensbaseret sygepleje, professionsbacheloruddannelse i sygepleje, cand.cur. og cand.scient.san. er kommet på den fag- og sundhedspolitiske dagsorden.

Artiklens omdrejningspunkt

Artiklen sætter fokus på nogle polære tilbøjeligheder i italesættelser af sygepleje i henholdsvis en ideografisk pol, hvor idealet er at beskrive og forstå hvert enkelt tilfælde, hver enkelt handling og hvert enkelt menneske i sin særegenhed og så en nomotetisk pol, hvor idealet er at opstille generelle lovmæssigheder, almengyldige love. Der tages afsæt i spørgsmålet: 'Hvad kan vi vide om sygepleje?'. Formuleringen henviser til, '... at det, der er, til alle menneskelige formål er identisk med det, der kan vides' (Bateson & Bateson 1990: 27). Den indledes med et kort rids over udviklingen af sygepleje som fag i en dansk kontekst. Herefter stilles ovenstående spørgsmål til tre udvalgte positioner inden for sygeplejen: en *evidensbaseret*, en *behovsbaseret* og en *omsorgsbaseret*, som udgør artiklens empiriske felt. Positionerne er fremtrædende i forskellige former for italesættelse af sygepleje i uddannelses-, efter- og videreuddannelsessammenhænge og i artikler, lærebøger, pjecer, målsætninger for sygepleje m.m. Idet spørgsmålet 'hvad kan vi vide om sygepleje?' er overordnet og abstrakt, benyttes begrebet 'trusted ideas' til afgrænsning af det analytiske felt. Trusted ideas skal forstås som ideer, der overlever gentagen brug, og som man stoler på og ikke længere forholder sig kritisk til. De befinder sig i

en slags 'sort boks' (Bateson 1972: 501). 'Trusted ideas' oversættes i artiklen her til 'nedsænkede ideer', og de filosofiske grundkategorier *viden og sandhed*, *subjekt og objekt* benyttes til åbning af de tre positioners sorte bokse med henblik på en diskussion af de polære tilbøjeligheder i italesættelser af sygepleje.

Vejen ad hvilken

Efter reformationen i 1536, hvor epidemier med pest og kolera hærgede, var det fattige og ofte drikfældige kvinder, der påtog sig arbejdet som vågekoner og sygepassere i fattiggårdene og pesthusene. Som betaling fik de kost, logi og en beskedent løn (Lyngaa 1995: 29). I 1876 blev den første egentlige sygeplejerskeuddannelse etableret ved Københavns Kommunehospital. Lægerne ønskede en systematisk oplæring af sygeplejersker. De skrev lærebøgerne og forestod selv en stor del af undervisningen (ibid. 30). Kaldstanken kom ind i sygeplejen, og selv om den formelt blev nedtonet efter 2. Verdenskrig fortsatte kontrollen med sygeplejerskers moralske adfærd frem til slutningen af 60'erne (ibid. 33). Forskellige uddannelsesreformer afløste nu hinanden, og sygeplejerskeuddannelsen gik fra at være en kortere videregående elevuddannelse¹ over en mellemlang videregående uddannelse² til at blive en 3½ årig professionsbacheloruddannelse i sygepleje³.

At sætte sig mellem to stole

I forhold til den sidste uddannelsesreform er sygeplejerskeuddannelsen blevet afkortet med tre måneder. Uddannelsen skal primært kvalificere til selvstændig funktion som sygeplejerske og dernæst til videreuddannelse, og den skal rumme både professionsbaseret, udviklingsbaseret og forskningstilknytning. Undervisningen skal inddrage erfaringer fra praktik, viden om centrale tendenser i professionen samt metoder til at udvikle professionsfaget og til at udføre kvalitets- og udviklingsarbejde.

Sygeplejefaget er det største enkeltstående fag i uddannelsen til sygeplejer⁴. I bilag 1 til bekendtgørelsen står bl.a. at fokus i faget skal være virksomheden, videnskabsteoretisk forståelse og fagetiske problemstillinger. Det skal udvikle de studerendes kundskaber inden for centrale områder, teorier, begreber og principper i sygepleje, samt '... de studerendes forståelse af menneskers forskellige værdier, opfattelser og reaktioner i forbindelse med sundhed, sygdom og sygepleje som grundlag for udførelse af professionel omsorg med udgangspunkt i patientens opfattelse af sin livssituation og en sygeplejefaglig vurdering'⁵. Endvidere skal

undervisningen generelt inddrage resultater af nationale og internationale forsknings-, forsøgs- og udviklingsarbejder fra områder, der er relevante for professionen og egnede til eksemplarisk at bidrage til at udvikle og anvende ny professionel viden⁶. Ambitionsniveauet er højt og uigennemskueligt, og det er et spørgsmål, om uddannelsen ikke sætter sig mellem to stole: 'sygepleje som en profession, dvs. som et erhverv' og 'sygepleje som akademisk disciplin'. Det vil nok snart vise sig. De første professionsbachelorere er uddannet⁷ og kan søge optagelse direkte på f.eks. kandidatuddannelsen i sygepleje (cand.cur.) og den sundhedsfaglige kandidatuddannelse (cand.scient.san.).

Naturalisering af sygepleje

Ideer om sygepleje skabes og genskabes vedvarende i praksis og i fag, og derigennem gives sygepleje forskelligt indhold og udtryk (Hansen 2003). Men udøvelse af sygepleje og ideer om sygepleje må selvfølgelig indebære, at der inden for en gruppe - et samfund - eksisterer fælles betydning om, hvilke opgaver og handlinger (herunder også sproghandlinger) der kan betragtes som sygepleje, da det ellers ville være umuligt for en sygeplejerske at yde sygepleje. Sygepleje skal ikke opdages og defineres forfra hver dag, aften eller nat. *Teknikker og procedurer* som at tage sterile handsker på, give en intramuskulær injektion eller et sengebåd, lægge et kateter, udføre mundpleje, give medicin og *handling*er som at informere, formidle, koordinere, udføre ordinationer, dokumentere, vurdere, administrere, gå stuegang med en læge er rimelig stabile over tid. Der er forestillinger og forventninger om sygepleje som sygeplejerske og patient deler med hinanden, nogle som sygeplejerske og læge (og andre faggrupper) deler med hinanden og nogle, som sygeplejersker deler med hinanden osv.

Forestillinger og forventninger om sygepleje institutionaliseres bl.a. gennem uddannelsen i form af teorier, modeller, begreber, metoder, etiske overvejelser og gennem arbejdet i praksis i form af oplæring og handling i praksis. Grundlaget for en række sygeplejehandlinger og ideer om sygepleje tages således for givet; ideerne overlever gentagen brug og nedsænkes. Der sker en form for naturalisering af sygeplejeforståelsen, hvorved epistemologiske forhold antager karakter af at være ontologiske forhold, hvilket kan medføre en blindhed over for nye erkendelser og ideer, nye epistemologier (Bateson 1972: 502).

Nedsænkede ideer lejrer sig således som habitus med Bourdieus ord (Bourdieu 1977). Denne naturalisering har flere fordele: Sygeplejerskerne skal ikke hele tiden

overveje alle mulige og umulige forhold, de deler fælles betydning, og de mere fleksible dele af bevidstheden (mind) kan holdes åbne for nye ideer; vel at mærke ideer, der knytter sig til de samme nedsænkede ideer. Nedsænkede ideer udgør således en del af sygeplejerskers forforståelse i forhold til at tænke sygepleje. De er nødvendige men samtidig også problematiske, fordi de som nedsænkede ideer, som habitus, er vanskelige at blive opmærksomme på og dermed ændre. Det er således denne artikels ærinde tentativt at bringe det givne, det konstante, frem til nærmere undersøgelse.

Position I: Evidensbaseret sygepleje

Evidensbaseret sygepleje er et forholdsmæssigt nyt begreb/fænomen i sygeplejen. Internationalt og nationalt lægges der vægt på, at lægelige undersøgelser, behandlinger, rehabiliteringstiltag og nu også sygeplejen skal bygge på evidens, eller som der ofte står 'være evidensbaseret' (jf. Hansen 2000: 92-111). Fremkomsten af evidensbaseret praksis (EBP), evidensbaseret medicin (EBM) og evidensbaseret sygepleje (EBS) herhjemme skal ses i sammenhæng med sundhedspolitiske og fagpolitiske tiltag særligt op igennem 1990'erne for at forbedre kvaliteten i sundhedssektoren: 'Det overordnede budskab er, at kvalitetsmåling, kvalitetsudvikling og kvalitetskontrol skal være en integreret del af den daglige kliniske virksomhed' (Borgwardt 1999: 125-126; DiCenso et al. 1998; Forbes & Griffiths 2002).

Kvalitet efterspørges af både patienter, myndigheder, læger og sygeplejersker. Patienter ønsker at kunne vælge behandlingssted efter kvalitet, myndighederne har behov for at kunne dokumentere kvaliteten over for omverdenen, og læger og sygeplejersker vil sikre kvaliteten af behandling og pleje på et højt niveau. Der er udarbejdet en national strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, og som en del af dette: 'Det Nationale Indikatorprojekt'. Projektet skal omfatte en landsdækkende overvågning af sygehuskvaliteten, og i 2003 påbegyndte man en registrering af kvalitet på seks store sygdomsområder: apopleksi, hoftenære frakturer, akut mave-tarm-kirurgi, skizofreni, lungecancer og hjerteinsufficiens (Bjørnsson 2002).

I 'Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen' lægges der i formålet med uddannelsen bl.a. vægt på, at de studerende skal kvalificeres til at kunne 'Udvikle sygepleje og udføre kvalitets- og udviklingsarbejde samt følge, anvende og deltage i forskningsarbejde inden for sundhedssektoren'⁸. Og 'Bekendtgørelse om bachelordannelsen' pointerer, at undervisningens vidensgrundlag skal være karak-

teriseret ved professionsbaseret, udviklingsbaseret og forskningstilknæthed⁹. Sundheds-, fag-, og uddannelsespolitisk er der således lagt op til en fælles kvalitetsstrategi på sundhedsområdet, hvori EBP, EBM og EBS er centrale komponenter.

Definition og betydning

I EBS-litteraturen benyttes ofte DiCenso et al.'s definition på EBS: 'Evidence based nursing is the process by which nurses make clinical decisions using the best available research evidence, their clinical expertise and patient preferences, in the context of available resources'. Desuden benyttes ofte (<http://www.york.ac.uk/>) Sackett et al.'s definition:

Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external evidence from systematic research. By individual clinical expertise we mean the proficiency and judgement that individual clinicians acquire through clinical experience and nursing practice. Increased expertise is reflected in many ways, but especially in more effective and efficient diagnosis and in the more thoughtful identification and compassionate use of individual patients' predicament, rights and preferences in making clinical decisions about their care' (Sackett et al. 1996).

Ordet *evidence* er først og fremmest en angloamerikansk retslig term, der dækker betydninger som dokumentation, at producere evidens osv.: 'Der var ikke tilstrækkelig evidens til at erklære ham skyldig'. Evidens benyttes her som det, der kan understøtte en påstand og er således tæt knyttet til 'sandhed'. Denne betydning af ordet er fremherskende i en dansk EBS kontekst, mens der ikke ses nogen tilknytning til det latinske ord: *evidentia*, der betyder øjensynlighed, indlysende tydelighed og klarhed.

I en lærebog for sygeplejestuderende lægges der bl.a. vægt på, at udvikling og implementering af vidensbaserede, landsdækkende og tværfaglige *referenceprogrammer*¹⁰ er en nødvendighed for at kunne begrunde, at den pleje og behandling, der tilbydes patienter, er i overensstemmelse med den bedst mulige tilgængelige viden (Hansen 2000: 92). Et referenceprogramms anbefalinger må således baseres på videnskabelig dokumentation, der sidestilles med evidens, og det er et krav til anbefalingerne, at graden af evidens og styrken af anbefalingerne (validitet) op-

træder i referenceprogrammet (ibid. 92, 98). Ved grad af evidens benyttes en model, der er oversat fra et amerikansk referenceprogram om smerter. Der er tale om et hierarki mellem de forskellige niveauer, hvor 'I a' har højeste grad af evidens, mens 'IV' har laveste grad af evidens:

- I a Metaanalyse af flere randomiserede, kontrollerede undersøgelser
- I b Mindst én randomiseret, kontrolleret undersøgelse
- II a Mindst én god, kontrolleret, ikke randomiseret undersøgelse
- II b Mindst én anden type, god, lignende, eksperimentel, ikke randomiseret undersøgelse
- III Gode deskriptive undersøgelser (kohorte, case kontrol, sammenlignende korrelationsundersøgelser samt case studies)
- IV Ekspertkomité eller velestimerede autoriteter (sek. kilde Hansen 2000; Guyatt et al. 1995)

Derudover beskrives hver reference (litteraturkilde) i et referenceprogram ud fra seks niveauer, hvor målbare effekter har størst gyldighed og ekspertsygeplejerskers mindst. Til sidst angives styrken af anbefalinger som A, B eller C afhængig af referencernes grad af evidens. EBS bliver således et nøgleord i forbindelse med kvalitetsudvikling og implementering af referenceprogrammer. Men det er ikke tilstrækkeligt med landsdækkende referenceprogrammer. Der udarbejdes også *kliniske retningslinier*, som er lokale, monofaglige vidensbaserede anbefalinger (Egerod & Poulsen 2000: 81). Tidsskriftet *Sygeplejersken* har bragt flere artikler om evidensbaserede kliniske retningslinier¹¹. Artiklerne lægger op til, at der er områder af sygeplejen, som bør evidensbaseres, og i følge forfatterne kan det ikke gå hurtigt nok med at komme i gang (Christensen & Zielke 2000: 39).

Kliniske retningslinier og referenceprogrammer bygger på antagelser om, at det er muligt at evidensbasere praksis, at generalisere og standardisere pleje- og behandlingstiltag. De anbefalinger, der skal ligge til grund for forskrifterne, skal bygge på forskning og litteraturstudier, vel at mærke forskning der så objektivt som muligt kan måle en effekt, dvs. metaanalyser af flere randomiserede klinisk kontrollerede undersøgelser. Både nationalt og internationalt anses randomiserede kliniske undersøgelser for at være 'the gold standard': 'The reason that the RCT is the most appropriate design is that through random assignment of patients to comparison groups, known and unknown confounders are distributed evenly between the groups ensuring that any difference in outcome is due to the intervention' (DiCenso 1998).

Fra en umiddelbar betragtning er det på samme tid overraskende og ikke overraskende, at EBS følger den linie, som EBP og EBM har udstukket. Det er *overraskende*, fordi der inden for de sidste tyve år har været en bevægelse både i sygeplejepraksis, -fag og -forskning bort fra naturvidenskabelige og instrumentelle tilgange til sygepleje og hen mod humanistiske og omsorgsmæssige tilgange til sygepleje (f.eks. Martinsen 1989; Benner & Wrubel 1989). Det er *ikke overraskende* fordi en del af sygeplejeforskningen har lænet sig op ad den lægelige forskning (se f.eks. EBN Online 2001), og fordi sygeplejefprofessionen har ønsket at komme på samme akademiske niveau som lægerne. I en tekst om EBS antager forfatteren, at EBS vil ændre '... sygeplejepraksis fra en 'tror og føler'-kultur til en 'videns og dokumentations'-kultur' (Hansen 2000: 104).

Sygepleje ud fra den evidensbaserede position

Viden og sandhed: Der er tale om en position, hvor kumulativ (i forståelsen additiv) viden har høj prioritet; jo flere randomiserede kliniske undersøgelser jo bedre. Sat på spidsen er sygeplejeinterventioner i denne forståelse målbare: de kan fastfryses i tid og sted, dvs. de opfattes som kontekstuafhængige. Hvis det ikke er muligt at måle en effekt, så skal forskningen i hvert fald kunne beskrive en effekt. Videnskaben bliver herigennem hierarkiseret med naturvidenskab øverst. Pleje og behandling opfattes som tiltag, der tilbydes patienterne eller udføres på patienterne, patientpræferencer er 'noget', patienter *har* i sig selv og som sygeplejersken *kan tage og bruge* (Hansen 2003a)¹². Evidens bliver et spørgsmål om eksakt viden, der så bliver lig med sandhed. Ord og sætninger tages for pålydende. Eksakt viden er tæt knyttet til forestillinger om nytte og nytteværdi, herunder muligheder for at kontrollere og udnytte omgivelserne. I sygeplejen og i nogle kliniske retningslinier formuleres dette som 'monitorering' (Mainz & Hundrup 2000). Inden for EBS tages det for givet, at sygepleje kan og bør evidensbaseres, og at det nationale indikatorprojekt samt referenceprogrammer, kliniske retningslinier m.fl. er optimale måder at dokumentere sygepleje på.

Subjekt og objekt: EBS er knyttet til behandlings- og plejetiltag, der kan standardiseres og monitoreres. Sygeplejersken er den aktive, den handlende, dvs. et subjekt der ved hjælp af forskellige teknikker og procedurer er i stand til at behandle og understøtte patientens begrænsede kropslige kompetencer¹³. Hun er i stand til at *identificere* og *tage* patientens oplevelser gennem dialog og interviews for senere

at *benytte* dem på forskellig vis. Patienten er derimod mere eller mindre passiv og optræder som objekt for sygeplejerskens kliniske, rationelle og instrumentelle blik. Dette er især fremtrædende i de kliniske retningslinier, idet de bygger på den antagelse, at sygeplejersken er i stand til at betragte objektet (patienten, organet, funktionen, behandlingen, undersøgelsen osv.) udefra.

I en klinisk retningslinie om urinudskillelse hos patienter med apopleksia cerebri (Zielke & Christensen 2000a) fremstår blære, bækkenbund, bevidsthedsniveau osv. som objekter, som genstande, der er en del af et større objekt: patienten. Enten fungerer blære, bækkenbund osv., eller også gør den det ikke, og enten er patienten i stand til at deltage aktivt, eller også er hun det ikke. Det er uafhængigt af de situationer, patienten befinder sig i og uafhængigt af den sygeplejerske, der iagttager, skriver ned og vurderer. Kontekst er så at sige uinteressant i en klinisk retningslinie. Patienten er blevet naturaliseret, og da indholdet i en klinisk retningslinie baserer sig på forestillingen om observerbare fakta og ikke subjektive forestillinger, skulle objektiviteten være sikret. Sygeplejersken opfattes ikke som en del af det, der iagttages, vurderes og handles ud fra. Hun svæver henover objektet, og fra dette udsigtspunkt kan hun indsamle data, observere, beskrive, agere, sammenligne og klassificere. Det er først og fremmest patientens biologiske krop samt dele heraf, der er i fokus.

EBS knytter således an til en 'hard programmed' nedsænket ide, hvor *viden* forstås som kumulativ, hvor *sandhed* korresponderer med objektiv virkelighed (det 'traditionelle' naturvidenskabelige ideal), og hvor instrumentelle ræsonnementer og rationalitet har den højeste værdi. Randomiserede kliniske undersøgelser, meta-analyser og systematiske reviews (oversigtsartikler), referenceprogrammer og kliniske retningslinier (praksis) producerer 'fakta'. Sandheden opfattes som neutral og universel og uden for tid og sted (Gordon 1988: 30; Hansen 2003; Gregson et al. 2002: 26). Biologiske nødvendigheder som f.eks. at kunne udskille urin betragtes som ting, som data, der lader sig observere fra en objektiv position.

Position II: Behovsbaseret sygepleje

Behovsbaseret eller behovsorienteret sygepleje er en dansk udgave af den amerikanske sygeplejerske Virginia A. Hendersons antagelser om sygepleje. Henderson har skrevet om grundlæggende pleje og omsorg, og særligt hendes bog *The Nature of Nursing* bliver stadig inddraget i diskussioner mv. om sygepleje; bl.a. i uddannelsesregi. Henderson var forud for sin tid, idet hun forsøgte at tænke sygepleje

tværvideenskabeligt. Med afsæt i viden om mikrobiologi kom hun til den overbevisning, at en definition på sygepleje burde inddrage princippet om fysiologisk og følelsesmæssig ligevægt: 'I min forståelse er sjæl og legeme blevet uadskillelige ... Jeg har altid siden holdt på, at man må starte med cellefysiologien for at forstå, hvad fysiologisk og følelsesmæssig ligevægt vil sige' (ibid. 30). Særligt op igennem 1950'erne og 1960'erne var Henderson optaget af at beskrive sygeplejens område, og hun opstillede bl.a. følgende aktiviteter, som grundlæggende pleje og omsorg skulle fokusere på:

1. At trække vejret normalt.
2. At spise og drikke tilstrækkeligt.
3. At udskille kroppens affaldsprodukter.
4. At bevæge sig og indtage ønskede kroppsstillinger.
5. At sove og hvile.
6. At vælge hensigtsmæssig påklædning – at klæde sig af og på.
7. At holde legemstemperaturen inden for normalområdet ved at justere påklædningen og regulere den omgivende temperatur.
8. At holde kroppen pæn og velplejet og beskytte hud og slimhinder.
9. At undgå risici i omgivelserne og undgå at tilføje andre skade.
10. At kommunikere med andre ved at udtrykke sine følelser, behov, bekymringer eller meninger.
11. At dyrke sin tro.
12. At arbejde på en sådan måde, at det er forbundet med skaberglæde.
13. At lege eller deltage i forskellige former for rekreative sysler.
14. At lære, opdage eller tilfredsstille den nysgerrighed, som fører til normal udvikling og normalt helbred og gøre brug af de tilgængelige sundhedstilbud (Henderson 1995: 37).

Henderson opfordrer sygeplejersker til at benytte listen over de 14 aktiviteter, når de skal evaluere sygeplejen. Målet med sygeplejerskens succes knytter Henderson til i hvor høj grad, sygeplejersken hjælper patienten til selv at kunne udføre de forskellige aktiviteter eller hjælper patienten til at acceptere begrænsninger eller døden (Henderson 1995: 37). De 14 aktiviteter er naturligvis knyttet til den tid, som Henderson levede i og skrev i (førsteudgaven udkom i 1966), men det er alligevel interessant, at da hun redigerede bogen (udkom i 1992 på engelsk), bibeholdt hun de oprindelige 14 aktiviteter uden f.eks. at indsætte et punkt om seksualitet.

Fra aktiviteter til grundlæggende menneskelige behov

I de førnævnte artikler i tidsskriftet *Sygeplejersken* anbefaler forfatterne, at disse 14 aktiviteter, der i artiklerne nu er omdøbt til *14 grundlæggende menneskelige behov*, fungerer som en sygeplejefaglig ramme i forhold til sygepleje generelt og i forbindelse med udarbejdelse af referenceprogrammer og kliniske retningslinier med henblik på at styrke kvaliteten af de sygeplejefaglige ydelser (Harder 2000; Zielke & Christensen 2000a, 2000b). Ved at erstatte *aktiviteter* med *grundlæggende menneskelige behov* sker der et skift. Hvor aktiviteter henviser til handlinger, noget dynamisk og foranderligt, henviser behov til adfærd, noget statisk og uforanderligt.

I *The Nature of Nursing* beskriver Henderson sygeplejersken som en person, der skal hjælpe patienten eller tilvejebringe betingelser for, at patienten selv kan udføre ovennævnte 14 aktiviteter. Sygeplejersken bliver patientens forlængede arm, et redskab, og sygeplejens vigtigste opgave bliver '... at supplere og fuldstændiggøre patienten ved at tilvejebringe, hvad han mangler af viden, viljestyrke eller kræfter til at udføre sine daglige aktiviteter og gennemføre den behandling, han er blevet ordineret' (Henderson 1995: 45). Hun argumenterer for, at sygeplejersken skal bestræbe sig på at sætte sig i patientens sted, men påpeger samtidig, at dette er vanskeligt og kun kan lykkes tilnærmelsesvis, og at det forudsætter, at sygeplejersken kender sig selv godt (ibid. 48-50). Der ligger således i Hendersons opfattelse af sygepleje en antagelse om, at sygeplejerske og patient påvirker hinanden og sætter følelser og stemninger i gang; at der er sociale relationer mellem dem.

Metaforisk kan man sige, at Hendersons sygeplejerske skiftevis er oppe på en piedestal, hvorfra hun ser ud over og iagttager landskabet (patienten), og nede i landskabet sammen med patienten. Begge perspektiver lægger op til, at sygeplejersken er øjenvidnet og den agerende, mens patienten er passiv og lidende, og selvom sygeplejersken til tider befinder sig i landskabet, søger hun at opretholde et metafysisk overblik (Kold 2002: 53), der kommer til udtryk i antagelsen om at kunne afdække og tilvejebringe den fornødne støtte til at supplere og fuldstændiggøre patienten i forhold til de 14 førnævnte aktiviteter (Henderson 1995: 45). I forbindelse med kliniske retningslinier er det kun det første 'oppefra og ned'-perspektiv, der inddrages.

Sygepleje ud fra den behovsbaserede position

Viden og sandhed: Den behovsbaserede position knytter an til den samme 'hard programmered' nedsænkede ide som ved EBS, hvor viden forstås som kumulativ, hvor

sandhed korresponderer med objektiv virkelighed, og hvor instrumentel ræsonnering og rationalitet har den højeste værdi. Hvor Henderson benytter to perspektiver i sin forståelse af sygepleje: 'et oppefra og ned'-perspektiv og et 'nedefra og op'-perspektiv, er det primært det første perspektiv, der er ført med over i en dansk sygeplejekontekst, således at patienten så at sige bliver 'bærer af sande behov'.

Subjekt og objekt: Den behovsbaserede position er ligeledes knyttet til behandlings- og plejetiltag, der kan standardiseres og monitoreres. Det er først og fremmest patientens biologiske krop og dele af kroppen, der er i fokus. Sygeplejersken er den aktive hjælper, et subjekt, der ved hjælp af forskellige teknikker og procedurer er i stand til at behandle og understøtte patientens begrænsede kropslige kompetencer (ibid. 54, 61). Hun er i stand til at *identificere* sig med patienten og *tage* dennes opfattelser (ibid. 62) gennem dialog og interviews for senere at *benytte* dem på forskellige vis. Patienten er derimod mere eller mindre passiv og optræder som objekt for sygeplejerskens kliniske blik. Dette er fremtrædende i de kliniske retningslinier, idet de implicit rummer den antagelse, at sygeplejersken er i stand til at betragte objektet (patienten, organet, funktionen, behandlingen, undersøgelsen osv.) udefra. Sygeplejersken opfattes ikke som en del af det, der iagttages, vurderes og handles udfra, men svæver henover objektet, og fra dette udsigtspunkt kan hun indsamle data, observere, beskrive, agere, sammenligne og klassificere.

Position III: Omsorgsbaseret position

Den norske sygeplejerske og filosof Kari Martinsen har i mere end 30 år peget på, at omsorg er og må være forudsætning for udøvelse af sygepleje. Sygeplejersken er i sit arbejde tæt på livet og på lidelsen, og omsorgen viser sig i menneskelige relationer gennem tillid, åben tale, håb og barmhjertighed (Martinsen 1993: 13, 1989: 69). Omsorg opfattes som en social relation, der altid forudsætter to parter, hvor den ene har omtanke og bekymring for den anden. Centralt i omsorgen er således forståelse for den andens situation, en forståelse der bygger på sygeplejerskens erfaring og kundskaber og herunder fagkundskaber. I denne forståelse af omsorg spiller kroppen en særlig rolle. Martinsen tager afstand fra at reducere kroppen til en genstand, idet kroppen er det mest konkrete udtryk for 'livet i de menneskelige relationer' (Martinsen 1993: 49).

Martinsen er fortaler for, at sygepleje må begrundes i en *omsorgsrationalitet*, der lægger vægt på det konkrete, på sansning, på nærhed og på tyding i modsætning

til en *formålsrationalitet*, der lægger vægt på effektivitet og resultater både hvad angår behandling og pleje. Hun kritiserer den positivistiske videnskab for at være bærer af en teknisk og instrumentel rationalitet, som alle menneskelige sammenhænge kan forstås ud fra, og som medfører en instrumentel fornuft, som ikke lever i situationen men står uden for den – i det abstrakte (Martinsen 1993: 36). Hun argumenterer for, at det at bygge humanisme ind i teknologien ikke bliver til andet end sygepleje som tildækket teknologi: 'Jeg har kaldt dette for en eksistentielistisk-humanistisk glasur over positivismens teknisk-erobrende gjøremål' (Martinsen 1993: 177). Og omsorgsrationaliteten søger Martinsen at begrunde i 'skabelsestankens livsforståelse', der viser hen til det, som er 'gitt oss ufortjent' (ibid. 54).

Noget givet ved livet

Martinsen er stærkt inspireret af K. E. Løgstrup og især af hans nok mest berømte begreb: 'De Suveræne Livsytringer'. Hun opfatter livsytringerne som det fundament, sygepleje bygger på: '... hvorledes livsytringerne, som er det fundament sykepleien bygger på, er til stede i det faglige skjønn – i sykepleierens gode håndlag og medlevende blik, i hennes deltakende lytten og nærværende tale' (Martinsen 1993: 176). Martinsen argumenterer for, at da sygeplejersken er tæt på livet og lidelsen og på livets fundamentale spørgsmål, er det nødvendigt med metafysisk tænkning. Men hun har, som ovenstående citat viser, vanskeligt ved helt at blive i det metafysiske. Hos Løgstrup er de suveræne livsytringer noget givet ved livet (sekundær kilde: Hansen 1998: 159). De er ikke historisk opstået men er før-kulturelle og før-historiske (Hansen 1998:157). Martinsen anskuer også livsytringerne som noget givent ved livet, men i og med hun knytter dem til sygeplejen, kan de opfattes som noget historisk og kulturelt (f.eks. '...er til stede i det faglige skjønn'), og ikke længere en serie påstande om og en refleksion over de områder af tilværelsen, der ligger ud over det menneskeskabte.

Sygepleje ud fra den omsorgsbaserede position

Viden og sandhed: Den omsorgsbaserede position i Martinsens udlægning forsøger at eksplicite sine nedsænkede ideer. Her argumenteres der vedvarende for, at det er nødvendigt i sygeplejen at fravælge den positivistiske videnskab og i stedet tage udgangspunkt i skabelsestanke og metafysik. Den omsorgsbaserede position tager afstand fra den forståelse af viden og sandhed, der er indlejret i den positivistiske videnskab og dermed den forståelse, der er indlejret i EBS og til dels i den

behovsbaserede position. Viden og sandhed er i den omsorgsbaserede position knyttet til det konkrete, til situationen og til kroppen: 'Kroppen vil integreres, være sosial' (Martinsen 1993: 49). Der er således tale om en ideografisk position. Og det gælder både sygeplejersken og patientens krop. Viden og sandhed er således noget, der skabes og genskabes i det konkrete; i de menneskelige relationer. Martinsens argumentation herfor hentes først og fremmest i 'skabelsestankens livsforståelse' og i de suveræne livsytringer.

Subjekt og objekt: Den omsorgsbaserede position har sociale relationer, situation, nærhed og sanselighed i centrum. Sygeplejersken befinder sig i landskabet sammen med patienten, hvor omsorgen for den anden viser sig spontant, suverænt og utvunget gennem livsytringernes handlingsliv (Martinsen 1993: 180). Sygeplejerske og patient er begge subjekter. Sygeplejersken bruger sig selv og sine sanser, og gennem indlevelse og deltagelse får hun indblik i det, der tillægges betydning for patienten. Sygeplejersken medvirker således i genereringen af data, idet sygeplejerske og patient mødes og påvirker hinanden som medmennesker.

Konklusion

De nedsænkede ideer om *viden* og *sandhed* og *subjekt* og *objekt*, der kan fremlæses ud fra de tre positioner, repræsenterer ved første analyse dels en *ideografisk* pol og en *nomotetisk* pol. Inden for den nomotetiske pol befinder sig den evidensbaserede og den behovsbaserede position, hvor idealet er at opstille generelle lovmæssigheder. Her anskues *viden* som kumulativ og *sandhed* som generel, lovmæssig og objektiv. I begge positioner er sygeplejersken det aktive, handlende subjekt og patienten, eller dele af patienten, objekt for sygeplejerskens kliniske, rationelle og instrumentelle blik (f.eks. patienten som 'bærer af sande behov', der objektivt kan indsamles, registreres, dokumenteres osv.). I den *omsorgsbaserede* position er en ideografisk pol tydelig. Her er idealet at beskrive og forstå hver enkel patient i dennes særegenhed. Men selvom positionen eksplicit lægger afstand til de nedsænkede ideer, der knytter sig til den nomotetiske pol, er der noget, der tyder på, at positionen alligevel er 'svagt' nomotetisk, idet den ubevidst indsætter en ny lovmæssighed ved at sætte de suveræne livsytringer til sygeplejens fundament.

Med baggrund i den her præsenterede udfoldelse af tre positioner i sygeplejen er det muligt at nuancere det svar, jeg afsluttede et aftenforedrag med. I sin grundform handler sygepleje om pleje af syge; altså om relationer. Ethvert møde

mellem en sygeplejerske og en patient er unikt (ideografisk) og typisk (nomotetisk) på samme tid. Sygepleje befinder sig på samme måde som antropologien i en grænseflade; et dilemma mellem, '...viljen til at generalisere det menneskelige på den ene side, og viljen til at forstå det særlige, det enestående, ved hvert menneskeligt udtryk på den anden' (Hastrup 1999: 7). Der er med andre ord brug for et *dobbeltblik* på sygepleje (Hansen 2004) udviklet på baggrund af en grundig analyse af bl.a. de her præsenterede positioners nedsænkede ideer.

Noter

- 1) jf. lov om sygeplejersker nr. 127 af 25. maj 1956.
- 2) jf. LBK nr. 759 af 14/11/1990 med ændringer i § 23 i lov nr. 352 af 14/05/1992 og § 5, stk. 1-3, og § 11, stk. 2 og 3, i lov nr. 481 af 31/05/2000.
- 3) jf. lov om mellemlange videregående uddannelser, LBK nr. 905 af 12/09/2000, kap. 1 § 3.
- 4) 120 ECTS-point ud af i alt 10 ECTS-point.
- 5) jf. BEK nr. 232 af 30/03/2001 bilag 1.
- 6) jf. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor, BEK nr. 113 af 19/02/2001, kap 1 § 1 og 4 § 5.
- 7) jf. BEK nr. 1021 af 12/12/2001.
- 8) jf. BEK nr. 232 af 30/03/2001, kap. 1, § 1, stk. 4.
- 9) jf. BEK nr. 113 af 19/02/2001, kap. 1, § 1.
- 10) Et referenceprogram er ifølge Sundhedsstyrelsen 'En systematisk beskrivelse af de elementer, som bør indgå i undersøgelse, behandling og pleje af en bestemt sygdom eller et kompleks af symptomer. I beskrivelsen medtages organisatoriske og sundhedsøkonomiske aspekter' (Sundhedsstyrelsen 1992).
- 11) Til en klinisk retningslinie udarbejdes der dokumentationsredskaber i form af f.eks. en plejeplan, som kan omfatte et statusark, sygeplejediagnose/mål/evaluering samt handlingsplan.
- 12) jf. den engelske definition på EBS på side 72.
- 13) Begrebet kropslige kompetencer henviser til, at en person har de nødvendige færdigheder og den nødvendige viden til at kontrollere en række kropslige (biologiske, f.eks. organismens behov for føde, psykologiske, f.eks. opmuntring, støtte, anerkendelse og sociale) funktioner af betydning for at kunne klare sig i arbejde og hverdagsliv' (Damkjær 1998: 137).

Litteratur

- Bateson, Mary Catherine & Gregory Bateson 1990 *Hvor engle ej tør træde. På vej mod en erkendelsesteori om det hellige*. København: Rosinante.
- Bateson, Gregory 1972 *Ecology and Flexibility in Urban Civilization. I: Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine Books.

- Benner P. & J. Wrubel 1989 *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*. New York: Addison-Wesley Publishing Company.
- Bjørnsson, Kirsten 2002 Seks store sygdomme skal overvåges. I: *Sygeplejersken, Tidsskrift for Sygeplejersker* 38: 8-9.
- Borgwardt, Arne 1999 Sygehusvæsenet som virksomhed – som lægen ser det. I: Blædel, Michael & Gunhild Lange Skovgaard (red.): *Det danske sundhedsvæsen – hvis ansvar?* København: Gyldendal.
- Bourdieu, Pierre 1977 *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Christensen, Doris & Susanne Zielke 2000 Evidensbaserede kliniske retningslinier. I: *Sygeplejersken, Tidsskrift for Sygeplejersker* 17: 38-43.
- DiCenso, A. & N. Cullum; D. Ciliska 1998 Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evidence-Based Nursing* 1: 38-39.
- EBN Online. <http://ebn.bmjournals.com/>, (downloaded 21-09-02).
- EBN Online 2001 Other Articles Noted. *Evidence Based Nursing* 4: E1-E11. <http://ebn.bmjournals.com/cgi/content/full/4/4/E1> (downloaded 21-09-02).
- Egerod, Ingrid & Ingrid Poulsen 2000 Dokumentation. I: Egerod, Ingrid et al.(red.): *Dokumentation og kvalitetsudvikling*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Centre for Evidence Based Nursing. Online: <http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm> (downloaded 12-09-02).
- Fasting, Ulla 1999 *Sygeplejerske i det 21. århundrede*. København: Dansk Sygeplejeråd.
- Forbes, A. & P. Griffiths 2002 Methodological strategies for the identification and synthesis of 'evidence' to support decision-making in relation to complex healthcare systems and practices. *Nursing Inquiry* 9 (3): 141-155.
- Gordon, D. 1988 Tenacious Assumptions in Western Medicine. I: Lock, M. & D. Gordon (red.): *Biomedicine Examined*: 19-57. London: Kluwer Academic Publishers.
- Gregson, P.R.W. & A.G. Meal; M. Avis 2002 Meta-analysis: the glass eye of evidence-based practice?. *Nursing Inquiry* vol 9 (1): 24-30.
- Guyatt, G. & D. Sackett; J. Sinclair et al. 1995 Users' Guides to the Medical Literature 9. A method for grading health-care recommendations. *Journal of the American Medical Association* (274): 1800-804.
- Hansen, Helle Ploug 2004 Et dobbeltblik på sygepleje?. I: Mekki, T. E. & S. Pedersen (red.): *Grundlæggende sygepleje*. København og Oslo: Gads Forlag & Akribe Forlag (under udgivelse).
- Hansen, Helle Ploug 2003a Evidence-based nursing. A must or a mantra? I: Kristiansen, Ivar Sønbo & Mooney Gavin (red.): *Evidence based medicine – in its place*. London: Routledge (forthcoming).
- Hansen, Helle Ploug 2003, 1995 *I grænsefladen mellem liv og død. En kulturanalyse af sygeplejen på en onkologisk afdeling*. 3. udgave. København: Munksgaard Danmark.
- Hansen, Marianne Nord 2000 Vidensbaseret sygepleje og referenceprogrammer. I: Egerod, Ingrid et al. (red.) *Dokumentation og kvalitetsudvikling*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Hansen, Nils Gunder 1998 *En afgrund af tillid. Guide til Løgstrups univers*. København: Gyldendal.
- Harder, Ingegerd 2000 Sygepleje ud fra grundlæggende behov. I: *Sygeplejersken, Tidsskrift for Sygeplejersker* 44: 21-27.
- Hastrup, Kirsten 1999 *Viljen til Viden. En humanistisk grundbog*. Gyldendal.
- Henderson, Virginia A. 1995 *The Nature of Nursing*. København: Munksgaard.
- Lov om sygeplejersker nr. 127 af 25. maj 1956. LBK nr. 759 af 14/11/1990.
- Lov nr. 352 af 14/05/1992.
- Lov nr. 481 af 31/05/2000.
- Lov om mellemlange videregående uddannelser, LBK nr. 905 af 12/09/2000.
- Lyngaa, Janne 1995 *Pigerne i hvidt*. København: Munksgaard.
- Mainz, Jan & Yrsa Andersen Hundrup 2000 Kvalitetsvurdering, kvalitetssikring, kvalitetsudvikling og kvalitetsmonitorering. I: Egerod, Ingrid et al. (red.): *Dokumentation og kvalitetsudvikling*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Martinsen, Kari 1993 *Fra Marx til Løgstrup. Om etik og sanselighed i sygeplejen*. Otta: Tano.
- Martinsen, Kari 1989 *Omsorg, sygepleie og medicin. Historisk-filosofiske essays*. Otta: Tano.
- Dansk Sygeplejeråd 1999 *National Delstrategi for Sygeplejeforskning 1999- 2002*.
- Sackett, D.L. et al. 1997 *Evidence-based practice: How to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.
- Sackett, D.L. & W. Rosenberg; J.A. Gray et al. 1996 Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* (312): 71-72.
- Sundhedsstyrelsen 1992 *Referenceprogrammer – en vej til kvalitet*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Zielke, Susanne & Doris Christensen 2000a Klinisk retningslinie. Udskillelse af urin ved apopleksi. *Sygeplejersken, Tidsskrift for Sygeplejersker* 18: 58-63.
- 2000b Klinisk retningslinie. Ernæring ved apopleksi'. *Sygeplejersken, Tidsskrift for Sygeplejersker* 18: 50-57.