

En oppsummering av kunnskap

Kroppslege vask og stell-tenester

Jeanne Boge



Økonomiske og teknologiske tilhøve kan gjøre det utfordrende å tilby kroppslege vask og stell-tenester som er i pakt med moderne normer for lukt og utsjånad.

En oppsummering av kunnskap

Kroppslege vask og stell-tenester

Jeanne Boge



Økonomiske og teknologiske tilhøve kan gjere det utfordrande å tilby kroppslege vask og stell-tenester som er i pakt med moderne normer for lukt og utsjånad.



På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Senter for omsorgsforskning opprettet et nasjonalt dokumentasjonssenter for forsknings- og utviklingsarbeid i helse- og omsorgssektoren, omsorgsbiblioteket.no. Omsorgsbiblioteket skal samle og gjøre tilgjengelig kunnskap basert på forskning og utviklingsarbeider knyttet til ulike emner.

Denne oppsummeringen beskriver forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler kroppsleg vask og stell. I tillegg gir oppsummeringen en oversikt over de mest sentrale offentlige reguleringer og føringer for ernæringspraksis i helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: Gary Kramer

Tittel på oppsummeringen: Kroppslege vask og stell-tenester

Emne: Kroppsleg vask og stell

Forfatter: Jeanne Boge

Institusjon: Senter for Omsorgsforskning Vest, Høgskulen på Vestlandet

Emneredaktør: Jeanne Boge

Kontaktperson: Jeanne Boge

Oppsummering nr 20

mars 2020

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Avenir Next)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-104-2

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Oppsummeringen finnes på: www.omsorgsbiblioteket.no

INNHOOLD

SAMMENDRAG	1
VASK OG STELL AV HEILE KROPPEN	1
VASK OG STELL AV ENKELTE KROPPSDELAR	1
MUNN-/TANNSTELL	1
TOALETTPRAKSISAR	2
VELVERE VED KROPPSLEG VASK OG STELL	2
KJØNN OG SEKSUALITET VED KROPPSLEG VASK OG STELL	2
SJØLVHJELP VED KROPPSLEG VASK OG STELL	3
OPPSUMMERANDE KOMMENTARAR	3
ABSTRACT IN ENGLISH	5
WASHING AND PERSONAL HYGIENE OF THE ENTIRE BODY	5
WASHING AND PERSONAL HYGIENE OF INDIVIDUAL BODY PARTS	5
ORAL AND DENTAL CARE	6
TOILET PRACTICES	6
WELLNESS DURING WASHING AND PERSONAL HYGIENE	6
GENDER AND SEXUALITY DURING WASHING AND PERSONAL HYGIENE	6
SELF-HELP DURING WASHING AND PERSONAL HYGIENE	7
SUMMARY	7
INNLEIING	9
OVERORDNA SPØRSMÅL OG FORMÅL	9
KROPPSLEGE VASK OG STELL-TENESTER	9
OPPSUMMERING	11
VITSKAPLEG TILNÆRMING	13
ANALYSESTRATEGI	13
LITTERATURGRUNNLAG	14
EKSPERTGRUPPE	15
HISTORISKE OG STATLEGE RAMMER FOR KROPPSLEGE PLEIETENESTER	17
KROPPSLEGE PLEIETENESTER I EIT HISTORISK PERSPEKTIV	17
KROPPSVASK FOR VELVERET OG NYTINGA SIN DEL	17
STYRESMAKTENE VILLE HA SLUTT PÅ DET VELLYSTIGE BADELIVET	18
FOLK VART REDDE FOR Å VASKE SEG	18
MODERNE HYGIENISK KROPPSVASK	18
LOVER OG FORSKRIFTER	20
OPPSUMMERING	20
VASK OG STELL AV HEILE KROPPEN	21
EIT HISTORISK PERSPEKTIV PÅ VASK OG STELL AV HEILE KROPPEN	21
NOTIDIG VASK AV HEILE KROPPEN	22
DUSJ	22
KARBAD	23
ROBOTBAD	23

HANDUKSBAD	23
OPPSUMMERING	24
VASK OG STELL AV ENKELTE KROPPSDELAR	25
HISTORISK PERSPEKTIV PÅ VASK OG STELL AV ENKELTE KROPPSDELAR	25
NOTIDIG VASK AV ENKELTE KROPPSDELAR	25
EINGONGS VASKESERVIETTAR	25
FOTSTELL	26
HÅRVASK	26
OPPSUMMERING	27
MUNN- OG TANNSTELL ¹	29
EIT HISTORISK PERSPEKTIV PÅ TANNKOST	29
NOTIDIG MUNN- OG TANNSTELL I PLEIETENESTER	29
UTFORDRINGAR NÅR PLEIETRENGJANDE HAR EIGNE TENNER	30
FÅ SJUKEHEIMSBEBUARAR SOM PUSSE TENNER UTAN HJELP	30
KAN MISLIKE ELEKTRISK TANNBØRSTE	30
SYSTEMATISK ARBEID MED MUNN- OG TANNSTELL GIR RESULTAT	30
PERSONAR MED KOGNITIV SVIKT HAR SPESIELT DÅRLEG	
MUNNHYGIENE	31
MANGELFULL MUNNHYGIENE KAN FØRE TIL Sjukdommar i	
MUNNHOLA	31
TVANG VED MUNN- OG TANNSTELL	31
MUNN- OG TANNSTELL VED ALVORLEG Sjukdom	32
OPPSUMMERING	33
TOALETTPRAKSISAR	35
EIT HISTORISK PERSPEKTIV PÅ TOALETTPRAKSISAR	35
NOTIDIGE TOALETTPRAKSISAR	36
PLEIETRENGJANDE SOM IKKJE FÅR KOME PÅ TOALETTET	36
MANGEL PÅ PLEIEPERSONELL SOM KAN HJELPE TIL I	
TOALETTITUASJONAR	36
BYGG OG TEKNOLOGI SOM KAN GJERE DET VANSKELEG Å BRUKE	
TOALETT	37
DEI SOM IKKJE VIL BRUKE BLEIER	38
PERMANENT URINKATETER	39
OPPSUMMERING	39
VELVERE VED KROPPSLEG VASK OG STELL	41
VELVEREMASSASJE VED KROPPSLEG VASK OG STELL	42
MUSIKK VED KROPPSLEG VASK OG STELL	43
SPA I SJUKEHEIM	44
OPPSUMMERING	44
KJØNN OG SEKSUALITET I KROPPSLEGE	
PLEIESITUASJONAR	45
EIT HISTORISK PERSPEKTIV PÅ KJØNN OG SEKSUALITET VED	
KROPPSLEG PLEIE	45
NOTIDIG HANDTERING AV KJØNN OG SEKSUALITET VED KROPPSPLEIE	46
UFRIVILJUG EREKSJON	46
MINST MOGELEG AVKLEDING	46

SEKSUELL OPPFØRSEL VED KROPPSLEG STELL	46
MANNLEG PLEIAR	47
OPPSUMMERING	48
SJØLVHJELP VED KROPPSLEG STELL	49
EIT HISTORISK PERSPEKTIV PÅ SJØLVHJELP	49
NOTIDIGE STUDIAR OM SJØLVHJELP	50
OPPSUMMERING	52
AVSLUTTANDE REFLEKSJONAR	53
VIDARE FORSKING	55
REFERANSER	57

SAMMENDRAG

Formålet med denne oppsummeringa er å samle kunnskap som pleiepersonell kan bruke både klinisk og politisk i arbeidet med å optimalisere kroppslege vask og stelltenester. Analysane er basert på fylgjande spørsmål: *Korleis bør kroppsleg vask og stell gjerast, korleis vert kroppsleg vask og stell gjort og erfart og korleis kan det vere at dei kroppslege vask og stell-tenestene er som dei er?*

VASK OG STELL AV HEILE KROPPEN

Notidige normer for korleis ein bør sjå ut og lukte oppstod i samband med industrialiseringa og demokratiseringa av vestlege samfunn i siste halvdel av 1800-talet. I moderne samfunn har det vore forventta at borgarane er reine, velstelte og velluktande til lågast mogleg pris for storsamfunnet. I den samanheng har det vore argumentert for at det er rimelegare med dusj enn karbad. I lærebøker i sjukepleie frå vår tid vert det argumentert for at kroppsleg vask og stell bør ta utgangspunkt i pleietrengjande sine vaskevanar. Studiar viser at det kan vere lite rom for pleietrengjande som er vande med karbad, då badekar er fjerna frå sjukeheimar. Det er heller ikkje rom for dei som er vande med dagleg dusj. Det kan gå 14 dagar mellom kvar gong pleietrengjande får hjelp til å dusje, fordi dusj tek lenger tid enn vask av enkelte kroppsdelar. Verken pleietrengjande eller pleiarar viser entusiasme for robotbada. Robotbad ser heller ikkje ut til å effektivisere kroppsvasken. Personar med demens kan føretrekkje handduksbad framfor dusj.

VASK OG STELL AV ENKELTE KROPPSDELAR

Då moderne sjukepleie oppstod i Noreg i siste halvdel av 1800-talet, var det nok at pasientar vaska og stelte synlege kroppsdelar til dagleg. Andre kroppsdelar kunne vaskast om det var siving av kroppsvæsker og liknande. I 1911 oppstod den fyrste læreboka som argumenterte for dagleg vask og stell av både synlege og tildekte kroppsdelar.

I lærebøker i sjukepleie frå vår tid vert det argumentert for at ein bør ta utgangspunkt i pleietrengjande sine vaskevanar. Studiar viser at det kan vere lite rom for pleietrengjande i sjukeheim sine etablerte vaskevanar. Sjukeheimsbebuarar som er vande med hårvask og fotvask kvar veke, må gjerne vente 14 dagar før slike kroppsdelar vert vaska. Det er delte meiningar om eingongs vaskeserviettar. Pasientar føretrekkjer vanlegvis vask med vatn og såpe, men eingongsserviettar kan vere praktisk når ein har mykje smerter, diare eller treng ein rask vask.

MUNN-/TANNSTELL

Dei fyrste norske lærebøkene i sjukepleie nemner ikkje tannbørste, då slikt utstyr var uvanleg i siste halvdel av 1800-talet. Den fyrste læreboka som skriv om tannbørste kom ut i 1901, men det var fyrst i 1938 nylontannbørsten oppstod. Notidige lærebøker

argumenterer for at tannpuss bør gjerast minimum to gongar om dagen. Studiar viser at munnen til pleietrengjande berre vert pussa og stelt ein gong i døgnet. Pleiarane får vanlegvis lov til å stelle tennene til dei som har tannprotesar, men dei som har eigne tenner kan vegre seg mot hjelp til tannpuss. Pleiarane kan føretrekkje elektrisk tannbørste, medan pleietrengjande kan mislike at pleiarane brukar slikt utstyr inne i munnen deira. Det hender at pleiepersonell må ty til tvang for å få stelt munnen deira. Det finst lite forskning om munn- og tannstellet til døyande menneske.

TOALETTPRAKSISAR

WC oppstod i England i 1820, men det var fyrst i etterkrigstida at slike sanitære installasjonar vart standard i norske husstandar. Notidige lærebøker i sjukepleie argumenterer for at pleietrengjande må få den hjelpa dei treng i toalettsituasjonar.

Studiar viser at det kan vere vanskeleg for pleietrengjande å bruke ordinære WC eller enkle dostolar fordi er ustødige, fordi dei ikkje når toalettpapiret og skyljemekanisme når dei sit på toalettet, fordi høgda på toalett og handtak ikkje kan justerast, fordi servantane er plassert for langt vekke eller manglar handtak, fordi det er få støttepunkt i rommet, eller fordi takheisar ikkje er gjennomgåande mellom bebuaren sitt rom og badet/toalettet. Sjølv om bygget/teknologien er optimale, kan det vere at pleietrengjande må avlevere mesteparten av urinen og avføringa i bleier, fordi det manglar nok pleiepersonell.

VELVERE VED KROPPSLEG VASK OG STELL

I før-moderne samfunn var bad ein sosial og sensuell aktivitet som ein gjorde for velveret sin del. I moderne samfunn vart slike bad fordømde. Det moderne formålet med kroppsleg vask og stell var forming av reine og ordentlege borgarar. Dei moderne normene for kroppsleg vask og stell har nedfelt seg i lærebøker i sjukepleie. Studiar viser at pleietrengjande kan ha stor glede av velveremassasje, men lærebøker i grunnleggjande sjukepleie gir ikkje konkret innføring i velveremassasje i samband med kroppsleg stell. Hovudfokuset i undervisninga er på hygieniske prinsipp og minst moglege avkledning. Studiar viser at pleiepersonell heller ikkje praktiserer velveremassasje i den daglege kroppslege pleia, og at det heller ikkje er vanleg å kombinere kroppsleg vask og stell med musikk.

KJØNN OG SEKSUALITET VED KROPPSLEG VASK OG STELL

Både i moderne og før-moderne samfunn har det vore nedlatande haldningar til å pleie sjuke og andre hjelpetrengjande sine kroppar. Slikt arbeid har vore rekna for upassande for menn å halde på med. Pleietrengjande, spesielt menn, kan reagere negativt på å bli vaska og stelt av menn, men skepsisen til mannlige pleiarar endrar seg gjerne til ei positiv haldning når pleietrengjande har erfart kompetente menn i konkrete pleiesituasjonar. Kompetanse ser vanlegvis ut til å vere viktigare enn kva kjønn pleiaren har. Studiar viser at det kan oppstå ereksjon ved kroppsleg vask. Dette er uproblematisk å handtere når ereksjonen er ufriviljug, men det er ikkje rom for pleietrengjande som medvite seksualiserer kroppslege pleiesituasjonar.

SJØLVHJELP VED KROPPSLEG VASK OG STELL

Omgrepet personleg hygiene oppstod i sjukepleiefaget i etterkrigstida, og er tett kopla til sjølvhjelpsideologi. Argumentasjonen for sjølvhjelp ser ut til å vere politisk interessant så lenge den fører til lågare kostnader for storsamfunnet. Men dersom pleietrengjande med demenssjukdom skal få hjelp av offentleg betalte pleiarar til å vaske og stelle seg sjølve, kan det ta lengre tid enn om det er ein pleiar som utfører det kroppslege stellet for den pleietrengjande. I slike høve kan sjølvhjelp auka dei offentlege pleieutgiftene.

OPPSUMMERANDE KOMMENTARAR

Normer for korleis ein bør vaske og stelle seg endrar seg i pakt med endringar elles i eit samfunn. Notidige dusj- og toalettpraksisar hadde ikkje vore mogelege i Noreg for 100 år sidan, fordi ein ikkje hadde nødvendig vasstilførsel til folk flest, og fordi det mangla renovasjonssystem som kunne ta unna vatn og andre avfallsprodukt. Det kan godt vere at notidige kroppslege vaskenormer vil endre seg i åra som kjem, for vatn er mangelvare på verdsbasis. Uansett kva normer som gjeld, er det viktig at pleietrengjande får høve til å vaske og stelle seg i pakt med normene som er i det samfunnet som dei lever i. I denne oppsummeringa har me sett at norske pleietenester kan mangle både den teknologien og det pleiepersonalet som er nødvendig for at dei kroppslege vask og stell-praksisane skal vere i pakt med notidige normer for korleis ein bør sjå ut og lukte.

ABSTRACT IN ENGLISH

The purpose of this abstract is to gather knowledge that nursing personnel can use in clinical and policy work to optimize services related to washing and personal hygiene of patients. The analyses are based on the following questions: *How should washing and assisting with personal hygiene be done, how has washing and assisting with personal hygiene been done and experienced, and how it can be that services related to washing and personal hygiene be the way they are?*

WASHING AND PERSONAL HYGIENE OF THE ENTIRE BODY

Contemporary norms for what one should look and smell like arose during the industrialisation and democratisation of Western societies in the second half of the 19th century. In modern society, there has been an expectation that people are clean, well-groomed and smell good at the lowest possible cost to the wider society. In this context, it has been argued that showering is more affordable than bathing in a bathtub. In current nursing textbooks, it has been argued that washing and personal hygiene should be based on the bathing habits of the person in need of care. Studies show that patients who are used to having baths may not be accommodated, as bathtubs have been removed from nursing homes. The same applies for those who are used to showering daily. It may take 14 days between each time the patient receives help to shower because showering takes longer than washing individual body parts. Neither patients nor nurses are enthusiastic about robotic bathing, and robotic bathing does not seem to make bathing more efficient. People with dementia may prefer towel baths to showering.

WASHING AND PERSONAL HYGIENE OF INDIVIDUAL BODY PARTS

When modern nursing arose in Norway in the second half of the 19th century, it was considered sufficient to wash and care for visible parts of the patient's body daily. Other parts of the body could be washed in the event of exuding body fluids and the like. In 1911, the first textbook was published that argued for daily washing and assisting with personal hygiene of both visible and covered body parts. In current nursing textbooks, it has been argued that washing and personal hygiene should be based on the bathing habits of the person in need of care. Studies show that patients' established bathing habits may not be accommodated in nursing homes. Nursing home residents who are used to washing their hair and feet every week often need to wait 14 days before such body parts are washed. There are differing opinions about disposable cleaning wipes. Patients usually prefer being washed with soap and water, but disposable cleaning wipes can be practical when one has a lot of pain, diarrhoea or in need of a quick wash.

ORAL AND DENTAL CARE

The first Norwegian textbooks about nursing do not mention toothbrushes, as such equipment was uncommon in the second half of the 19th century. The first textbook to mention toothbrushes was published in 1901, but the nylon toothbrush was not introduced until 1938. Current textbooks argue that tooth brushing should be done at least twice a day. Studies show that people in need of care attend to oral hygiene and tooth brushing once a day. Those who have dentures usually allow the nurses to take care of their teeth, but those who have their own teeth can object to help with tooth brushing. The nurses may prefer to use an electric toothbrush, but the person in need of care may dislike the nurses using such equipment in their mouths. Sometimes the nurses must resort to coercion to brush the person's teeth. Little research exists about oral and dental care of dying patients.

TOILET PRACTICES

Flushing toilets originated in England in 1820, but it was not until the post-war period that such sanitary installations were standard in Norwegian households. Current nursing textbooks argue that people in need of care must receive the help they need in toilet situations. Studies show that it may be difficult for people in need of care to use ordinary toilets or simple toilet chairs because they are unsteady, do not reach the toilet paper and flushing mechanisms when they sit on the toilet, the height of the toilet and handle cannot be adjusted, the washbasins are too far away or do not have handles, there are few points of support in the room, or the ceiling hoists do not connect the resident's room and the bathroom/toilet. Even though the building/technology is optimal, people in need of care may have to pass most of their urine and faeces in nappies because there are insufficient nursing staff.

WELLNESS DURING WASHING AND PERSONAL HYGIENE

In pre-modern societies, bathing was a social and sensual activity that one did for their wellness. In modern society, such bathing was condemned. The modern purpose of washing and personal hygiene was the forming of clean and orderly people. The modern norms for washing and personal hygiene have been enshrined in nursing textbooks. Studies show that people in need of care can gain considerable pleasure from wellness massage, but textbooks in basic nursing do not provide a specific introduction to wellness massage in connection with assisting with personal hygiene. The focus of the teaching is on hygienic principles and keeping the amount of undressing to a minimum. Studies show that nursing staff do not practice wellness massage in the daily personal hygiene, nor is it usual to combine bathing and personal hygiene with music.

GENDER AND SEXUALITY DURING WASHING AND PERSONAL HYGIENE

Condescending attitudes have been associated with assisting with the personal hygiene of sick people and others in need of care, in modern as well as pre-modern societies. It has been deemed inappropriate for men to do such work. People in need of care, especially men, may react negatively to being bathed and cared for by men. However,

the scepticism towards male nurses and caregivers often changes into a positive attitude when the person in need of care has experienced competent men in specific care situations. The competence of the nurse usually seems to be more important than their gender. Studies show that erections can occur while washing of the body. This is unproblematic to deal with when the erection is involuntary, but there is no tolerance for people in need of care who consciously sexualize situations involving washing and assisting with personal hygiene.

SELF-HELP DURING WASHING AND PERSONAL HYGIENE

The concept of personal hygiene in the nursing profession arose in the post-war era and is closely linked to the ideology of self-help. The argument for self-help seems to be of interest from a policy perspective providing it leads to lower costs for the wider society. However, if dementia patients shall receive help from publicly funded caregivers to wash and perform personal hygiene for themselves, it may take longer than if the caregiver performs the personal hygiene for the person in need of care. In such cases, self-help can increase the costs associated with public care.

SUMMARY

Norms for how one should wash and care for the body change in keeping with changes elsewhere in a society. The present showering and toilet practices would not have been possible in Norway a century ago because most people did not have the necessary water supply and there was no sewage system to remove wastewater and other waste products. The present-day norms concerning bathing may well change in the years ahead, as water is in scarce supply world-wide. Regardless of the norms that apply, it is important that people in need of care can be washed and cared for in keeping with the norms of the society in which they live. In this summary, we have seen that Norwegian nursing services may lack the technology and nursing staff necessary for washing and personal hygiene practices to be in keeping with the contemporary norms of what one should look and smell like.

INNLEIING

OVERORDNA SPØRSMÅL OG FORMÅL

Over 90 % av dei som brukar norske, kommunale pleietenester, treng hjelp til vask og stell av hud, hår, munn, tenner og hjelp i toalettsituasjonar (Boge, 2008; Hofseth & Norvoll, 2003). I denne teksten har ein kasta lys over slike pleietenester ved hjelp av fylgjande spørsmål: Korleis bør kroppsleg vask og stell gjerast, korleis vert vask og stell gjort og erfart og korleis kan det vere at dei kroppslege vask- og stell tenestene er som dei er? Målsettinga er å samle kunnskap som pleiepersonell kan bruke både klinisk og politisk i arbeidet med å legge til rette for best mogeleg kroppsleg vask og stell.

KROPPSLEGE VASK OG STELL-TENESTER

Sjølv om det har vore pleietrengjande til alle tider, er det eit relativt nytt fenomen at ein får offentleg betalt hjelp til pleiarbeid i norske heimar. Allereie i 1958 vart det løyvd tilskot til heimesjukepleie, men det var fyrst tidleg på 1980-talet at det vart lovpålagd med slike tenester i norske kommunar, og frå 1990 har heimesjukepleie, sjukeheimar og heimhjelp vorte regulert som éi teneste. Dette er det gjort utførleg greie for i to mastergradsoppgåver i sjukepleievitskap (Fæø, 2016; Holvik, 2018). Idealet har vore at tenesta skal tildelast på lågaste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), samstundes som bebuarane i kommunen får nødvendig helsehjelp (Alvsvåg & Tanche-Nilssen, 1999). For å halde prisen på tenestene så låg som mogeleg, vert store delar av den direkte kroppspleia utført av pleiepersonell med lita eller inga utdanning. Ei rekkje studiar viser at pleiarane har vanskelege arbeidsvilkår og lite rom til anna pleie enn det som er høgst nødvendig (Boge, Callewaert & Petersen, 2019; Boge & Petersen, 2016; Solheim & Ellingsæter, 2002). Ein stor del av pleiarane med bachelorutdanning ynskjer seg arbeid i spesialisthelsetenester (Gautun & Øien, 2016, s. 73). Mange arbeider ufriviljug deltid (Opjordsmoen, 2014), spesielt dei utan utdanning (Boge & Petersen, 2016). Pleiarar med innvandrarbakgrunn utgjer ein stadig større del av pleiestaben (Kavli & Nicholaisen, 2016). I Noreg er det kommunar som argumenterer for at det bør gå 14 dagar mellom kvar gong pleietrengjande får hjelp til dusj på grunn av dårleg kommuneøkonomi (Wold, 2016). Også på Bornholm vert det argumentert for at ein kan spare pengar ved å ha 14 dagars intervall mellom kvar gong pleietrengjande får bad. Der vert det også drøfta om den daglege kroppsvasken vert rimelegare om pleiarane brukar vaskeserviettar i staden for vatn (Holstrup, 2018). I Danmark har det vore argumentert for at pleietrengjande bør ha lovfesta rett til dusj to gongar i veka. Danske styresmakter ville ikkje lovfeste ein slik rett (Hoffmann-Hansen, 2013).

Berre dei mest pleietrengjande får plass i norske sjukeheimar. Om lag 80 % av norske sjukeheimsbebuarar har demenssjukdom (Demensplan, 2015, s. 18). Mange av bebuarane er ikkje i stand til å stå og gå, og majoriteten av dei som kan gå treng ein stokk, rullator eller ein arm å halde i når dei går. Mesteparten har nedsett syn. Bebuarane er med andre ord skrале (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014). Den engelske sosiologen Geraldine Lee-Treweek (1997) som studerte vask og stell av 32

pleietrengjande i ein privat sjukeheim i England, argumenterer for at slike institusjonar vert drivne etter same prinsipp som industribedrifter. I sjukeheimen ho studerte brukte alle, så nær som to pleietrengjande, rullestol. Dei fleste trong mykje hjelp til kroppsleg vask og stell, og mange var ikkje i stand til å kommunisere verbalt. Studien strekte seg over 2 år og var basert på 179 timar observasjon og intervju med ufaglærte pleiarar. Alle pleiarane var kvinner, og dei fleste var ufaglærte og uorganiserte. Lee-Treweek argumenterer for at det ikkje var omsynet til den enkelte pleietrengjande, men presset på å lage reine, ordentlege individ som passa i daglegstova, som var styrande for arbeidet. I den samanhengen var det ikkje berre kroppsvask som var viktig, men også påkledning, sminke, tannstell og hårstell. Etter at den pleietrengjande hadde vorte køyrd til daglegstova for å ete frukost, var heile dagen delt opp i faste køyreturar til toalettet, faste kviletider, nye faste måltid, og faste pleierundar om natta. Lee-Treweek argumenterer for at pleiarane ikkje rekna dei pleietrengjande for ordentlege personar, men meir som eit materiale. Det kunne vere ein strategi for å klare arbeidet, som var tungt, skite og svært repeterande. Men dette tekniske synet på arbeidet var det vanskeleg å få forståing for frå familie og kjente som ikkje sjølv hadde slikt arbeid. Pleiarane gav uttrykk for at det vart forventat av dei at dei sa at dei arbeidde i sjukeheimen fordi dei var glade i eldre (Lee-Treweek, 1997).

Sosiologen Julia Twigg (2000a) som studerte pleietrengjande som fekk hjelp til å bade i private engelske heimar, stiller kritiske spørsmål til Lee-Treweek si poengtering av pleiarane sitt mekaniske, lite omsorgsfulle tilhøve til dei pleietrengjande. Sjølv om Twigg også fann slike trekk, og sjølv om pleia ikkje alltid var perfekt, var det langt frå den kalde kroppsmeknikken som Lee-Treweek (1997) skildra frå sjukeheimen. Det såg ut som om pleiarane var vennlege mot dei pleietrengjande og prøvde å imøtekome ynskja deira, fordi dei brydde seg om dei pleietrengjande. Den omsorgsfulle veremåten såg ut til å vera djupt rotfesta i dei, og pleiarane strekte seg langt for å imøtekome pleietrengjande sine ynskje (Twigg, 2000a, s. 160–178). At Twigg og Lee-Treweek kom fram til ulike resultat, kan ha samanheng med at studiane var utført i ulike kontekstar. Studien til Twigg omfatta heimebuande pleietrengjande, og helsetenesta var avgrensa til bad, medan Lee-Treweek (1997) sin studie var gjennomført i ein sjukeheim. Fleire av pleiarane som deltok i Twigg sin studie hadde erfaring frå sjukeheim, og dei meinte at det var meir krevjande å arbeide i slike institusjonar enn å gå heim til pleietrengjande og bade dei, fordi sjukeheimsarbeidet innebar at dei skulle rekke over eit mykje meir omfattande arbeid på kortare tid. Studien til Twigg var basert på intervju med 30 heimebuande hjelpetrengjande, 9 menn og 21 kvinner. Alle, med unntak av fire, var eldre. I tillegg vart 34 omsorgsarbeidarar og frontlinjeleiarar intervjuet. Av desse var tre menn, resten kvinner. Nokre var betalte av det offentlege, andre av private selskap, medan atter andre var friviljuge. Undersøkinga vart gjennomført i to område i England. Det eine var eit relativt velståande område inne i London, medan det andre var eit fattig kystområde (Twigg, 2000a, s. 180–213).

Sjukepleiar og sosiolog Britt Lillestø (1998) sin studie, som er basert på intervju med sju heimebuande norske funksjonshemma menn og kvinner i alderen 28–64 år om deira opplevingar med heimesjukepleie, viser at det å trenge hjelp til å vaske og stelle seg og til å få tømt blære og tarm, kan opplevast som krenkande, fordi pleiarane tek lite omsyn til den enkelte sine forventingar om verdig behandling. Pleietrengjande kunne få ei kjensle av at kroppen deira var ein mjølsekk som personalet rulla fram og attende til dei var ferdige med det dei skulle gjere. Samstundes som pleiarane stelte med kroppen, kunne dei stå over den pleietrengjande og snakke om selskap eller strikke- og matoppskrifter. Sjølv om dei var vennlege og høflege, skein institusjonskulturen igjennom.

Det vart ikkje teke omsyn til unge pleietrengjande sine ynskje om å sleppe å bli vaska og stelt av unge pleiarar på deira eigen alder, og det vart heller ikkje teke omsyn til dei som ikkje ynskje å bli vaska og stelt av menn. Dei måtte la alle slags personar utføre den mest intime kroppsspleie for seg. Dei kunne kjenne seg på utstilling og reagere på at personalet tok med seg pleiarar som trong opplæring, utan å spørje fyrst. Studien viser at pleietrengjande forventa at pleiarane såg kva hjelp dei trong og gjorde noko med det utan at dei måtte gje uttrykk for det. Dei kunne vere redde for å be om hjelp til gjeremål som pleiarane ikkje gjorde av seg sjølve, redde for at pleiarane skulle straffe dei (Lillestø, 1998, s. 130–143).

OPPSUMMERING

Norma for offentlege norske pleietenester er at pleietrengjande skal få så rimeleg hjelp som mogeleg. For å halde prisen på tenestene låge, vert store delar av den direkte kroppsspleia utført av pleiepersonell med lita eller inga utdanning, og terskelen for å få sjukeheimplass er høg. 14 dagars intervall mellom kvar gong pleietrengjande får hjelp til dusj kan også bidra til reduserte kostnader. Eingongs vaskeserviettar i staden for vatn/vaskeklut/handduk ser ut til å vere politisk interessant om det kan føre til lågare kostnader. Dei politiske intensjonane om så låge kostnader som mogeleg kan kome i konflikt med pleietrengjande sine kroppsslege vask og stell-preferansar.

VITSKAPLEG TILNÆRMING

Kunnskap som vert presentert i denne teksten bidreg i liten grad med data om korleis ein kan effektivisere kroppslege vask og stell-tenester, heller ikkje med forskrifter om korleis ein best kan gjere slikt arbeid, fordi pleietrengjande og pleiarar sjeldan følgjer reglar, men finn opp pleiepraksisane der og då. Dette skjer i lys av inkorporert kunnskap om korleis kroppen bør sjå ut og lukte, i lys av pleiar og pleietrengjande sine vaskepreferansar, og i lys av bemanning, materielle, historiske og økonomiske rammer. Individu sine evner til å tilpasse handlingar til situasjonen (in situ) er sentral i den franske sosiologen Pierre Bourdieu sin teori om menneskeleg handling (Bourdieu, 1994, s. 89–91). Ifylgje Bourdieu må individ sine preferansar og handlingar sjåast i lys av habitus (Callewaert, 2000, s. 112–140). Habitus er eit integrert system av varige og kroppsleggjorde disposisjonar som regulerer agentane sine tankar, vurderingar og handlingar. Ein agent er eit individ som handlar per habitus (Hovmark, 1997). Fordi habitus er kroppsleggjord, er ein ikkje medviten i kor stor grad og korleis habitus verkar inn på haldningar og handlingar. Habitus gjev agenten praktisk sans slik at ein kan orientere seg i samfunnslivet på ein fornuftig, kompetent og sjølvstendig måte. Agentar sine kulturelle, økonomiske og sosiale kapitalar vil vere avgjerande for kva posisjon dei har, og for korleis dei posisjonerer seg i det sosiale rommet (Callewaert, 2000, s. 112–140).

Forfattaren av denne teksten er ein agent med relativt mykje kulturell kapital (professor). Denne posisjonen inneber makt til å velje inn/velje ut kunnskap om kroppslege pleietenester. Utan heilt å vite korleis, er det sannsynleg at forfattaren sine val av tekstar og vedkomande sin måte å skrive om kroppsleg vask og stell på, er prega av at forfattaren er ein norsk borgar som begynte å vaske og stelle pleietrengjande i sjukeheim då ho var 15 år. Seinare har ho utført slikt arbeid som sjukepleiar i heimesjukepleie, sjukeheim, akuttmottak og intensivavdelingar. Ho har undervist bachelorstudentar i sjukepleie om korleis dei bør vaske pleietrengjande, og har forska på kroppsleg pleie i om lag 20 år. Denne teksten må også forståast i lys av at forfattaren har vore ein del av forskingsgruppa praxeologi ved Universitetet i Bergen dei siste 10 åra, der Bourdieu sitt teoriunivers har ein sentral plass (Petersen & Callewaert, 2013).

ANALYSESTRATEGI

Kunnskapsoppsummeringa omfattar normer for korleis kroppsleg vask og stell-tenester bør gjerast, og litteratur om korleis slikt arbeid vert gjort og erfart. For betre å forstå og forklare kroppsleg vask og stell, er praksisane sett inn i ein historisk og notidig kontekst. Denne måten å nærme seg kroppsleg vask og stell på er inspirert av praxeologisk metodologi (Petersen & Callewaert, 2013). Praxeologiske analyser av menneskeleg handling omfattar både ei subjektivistisk/fenomenologisk tilnærming (agentane sine posisjoneringar) og historisk og notidig kontekstualisering av praksisar (Bourdieu, 1994, s. 72–86; Kropp, 2009). Sjølv om analysane er inspirert av det praxeologiske vitenskapsuniverset, så er ikkje dette ein gjennomført praxeologisk analyse (Petersen & Callewaert,

2013). Analysane er bygd opp kring fylgjande spørsmål:

Korleis bør kroppsleg vask og stell gjerast?

Korleis vert kroppsleg vask og stell gjort og erfart?

Korleis kan det vere at kroppsleg vask og stell i pleietenester er som det er?

LITTERATURGRUNNLAG

Lærebøker i sjukepleie har hatt ein sentral plass i arbeidet med det fyrste analysespørsmålet om normer for kroppsleg vask og stell/korleis vask og stell bør gjerast. Noregs fyrste lærebok i sjukepleie var forfatta av diakonisse Rikke Nissen og kom ut i 1877 (Nissen, 2000/1877). Læreboka til Kristoffersen et al. (2016) har fungert som empiri om notidige normer for kroppsleg vask og stell, fordi dette er ei lærebok som er mykje brukt ved bachelorutdanning i norsk sjukepleie i vår tid (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). Oppsummeringa omfattar også analyse av norske lover og forskrifter som har relevans for kroppsleg vask og stell i dei kommunale pleietenestene.

For å svare på analysespørsmål to om korleis kroppsleg vask og stell vert gjort og erfart, er det trekt inn medieoppslag og fagutviklingsprosjekt, men analysane er hovudsakleg basert på forskning. Det vil seie vitskapsbaserte studiar. Med unntak av munn-/tannstell er forskingsgrunnlaget relativt avgrensa fordi det er skrive lite om det konkrete arbeidet som pleiarar utfører med andre sine kroppar (J. Twigg, 2000b, s. 1–7). Når slikt arbeid vert artikulert, handlar det gjerne om positive sider ved virket, eller om korleis slike tenester kan effektiviserast. Kjernen i arbeidet er på mange vis taus (ibid). Forskinga som forfattaren av denne teksten har generert dei siste 20 åra, er eit forsøk på å bryte stilla. Kunnskapsoppsummeringa er i stor grad basert på litteratur forfattaren har kome over i samband med eiga forskninga. Masteroppgåva til forfattaren, «Den kroppsnaere pleierelasjonen» er trekt inn i ulike deler av kunnskapsoppsummeringa, sjølv om den primært handla om kroppspleie på sjukehus. Studien var basert på intervju med åtte nyopererte pasientar (Boge, 1999; Boge & Kristoffersen, 2002). I etterkant vart det arbeidd vidare med kjønna problemstillingar som kom fram i intervju (Boge, 2001, 2002).

Forfattaren sin ph.d.-studie omfattar analyser av den historiske oppkomsten og herkomsten til notidig kroppsleg vask og stell, pluss analyser av korleis slikt arbeid vart gjort og erfart av 10 pleiarar og 10 pleietrengjande i sjukeheim (Boge, 2008).

I etterkant av ph.d.-studien har forfattaren arbeidd vidare med tematikkar som dusjing (Boge, 2019a), tannpuss (Boge, 2017), fråveret av velverberøring (Boge, 2014a), bleie- og toalettbruk (Boge, 2014b, 2016; Boge, 2019b; Boge, Callewaert & Petersen, 2017).

At det finst relativt lite forskning om korleis individa vaskar og steller seg, er ikkje spesielt for sjukepleiefaget; det er generelt skrive lite om korleis folk held seg reine (Shove, 2003, s. 85). Då den svenske etnologen Jonas Frykman (1994) ville studere kroppsleg reinsemd i Sverige i perioden 1880–1910, var det ikkje mykje materiale å finne tak i. Samstundes fanst det store mengder skriftelege kjelder om slikt som drakter, husbygging, høgtider, leikar, segner og viser (Frykman, 1994, s. 159–169). Frykman trur kroppsleg reinsemd har vore utsett for umedviten sensur frå forskarane si side, og han lurar på om det kan hengje saman med at forskarane gjerne har hatt borgarleg bakgrunn, og der har kroppslege emne vore svært tabubelagde. Sjølv om tilfanget er avgrensa, finst det fleire relevante studiar. I denne kunnskapsoppsummeringa har spesielt fylgjande studiar om kroppsleg vask og stell bidrege til å svare på

analyse spørsmål tre om korleis det kan ha seg at notidig kroppslig vask og stell er som det er: Eilert Sundt, Noregs fyrste sosiolog sin studie *Om Rensligheds-stellet i Norge frå 1867* (Sundt, 1975/1869). Frykman (1994) sin studie *Hel og ren om kroppslig reinsemd i Sverige i perioden 1880-1910* har også vore opplysnande. Det same har den franske historikaren Georges Vigarello sin studie *Cleanliness om reinsemd i Paris frå seinmellomalderen og fram mot vår tid* (Vigarello, 1988). Også den tyske sosiologen Nobert Elias sin studie *Sedernas historia* kastar lys over kroppslig vask og stell i sjukepleie (Elias, 1989/1939). I leitinga etter tidlegare studiar om kroppslig stell har det gjerne vore slik at når forfattaren har funne ei relevant bok, avhandling eller artikkel, har det vore leita i referanselista etter andre relevante tekstar (Citation Pearl Growing/snøballteknikk). Andre gongar er det kollegaer som har tipsa om aktuelt materiale, og atter andre gongar har det vore mogeleg å finne relevante studiar ved å søke på søkemotorar som BIBSYS, Helsebiblioteket, Cinahl, Google Scholar og SweMed+. Søkeorda har variert og vore kombinert på ulike vis, avhengig av om tematikken har vore dagleg kroppsvask, dusjing, tannpuss, robotbad, handduksbad, serviettvask osv. Presentasjonen av forskning om korleis vask og stell av kroppen vert gjort og erfart er delt opp i fylgjande tematikkar: Vask av heile kroppen, vask og stell av enkelte kroppsdelar, munn-/tannstell, toalettpraksisar, velvere ved kroppslig pleie, kjønn og seksualitet i kroppslige pleiesituasjonar, sjølvhjelp ved kroppslig vask og stell. Kwart tema vert innleia med eit historisk perspektiv som kan bidra til å forklare praksisane. I tillegg til dei historiske perspektiva som er inkludert i kvart kapittel, startar oppsummeringa med eit meir overordna kapittel om dei historiske og notidige politiske rammene for kroppslige vask og stell-tenester.

EKSPERTGRUPPE

Denne teksten som er forfatta av Jeanne Boge, professor i sjukepleiefag ved Høgskulen på Vestlandet, er kommentert av fylgjande oppnemnde ekspertar;

- Ida Torunn Bjørk, professor emerita i sjukepleievitskap, Universitetet i Oslo
- Gudrun Gjerde, helsefagarbeidar, Os kommune i Hordaland
- Vivian Leirmo Haugland, høgskulelektor i sjukepleie, Høgskulen på Vestlandet
- Kari Haukeland, helsefagarbeidar, Os kommune i Hordaland
- Katrine Gahre Fjeld, fyrsteamanuensis i odontologi, Universitetet i Oslo/ spesialtannlege Cathinka Guldborg sjukeheim i Oslo
- Inger Johanne Haaland Wang, høgskulelektor i helsefag, Nordal Grieg vidaregåande skole, Bergen

Teksten er fagfelleurdert av forskar Monica Dybdal Jakobsen og endeleg godkjend av ansvarleg redaktør for Omsorgsbiblioteket, fyrsteamanuensis Astrid Gramstad. Jacobsen og Gramstad arbeider ved Senter for Omsorgsforskning Nord, Universitetet i Tromsø.

HISTORISKE OG STATLEGE RAMMER FOR KROPPSLEGE PLEIETENESTER

Historiske studiar og notidige lover og forskrifter kan bidra til å forklare korleis det har seg at kroppsslege vask og stell-tenester er som dei er.

KROPPSLEGE PLEIETENESTER I EIT HISTORISK PERSPEKTIV

Studiane til Mary Douglas (1997/1966) og Josalyn Lawler (1996, s. 173–176) viser at i moderne vestlege samfunn er kroppen med tilhøyrande avfallsprodukt eit tabuområde som vanlegvis er ekskludert frå daglegtalet. Slik kan det vere akseptabelt å snakke om med kollegaer i helsevesenet, pleietrengjande og kanskje pårørande som er involverte i pleie, men tematikken kan bli oppfatta som provoserande og udanna om den vert lyft inn i andre samanhengar. Det har ikkje alltid vore slik.

KROPPSVASK FOR VELVERET OG NYTINGA SIN DEL

I Noreg finst det teikningar frå mellomalderen av menn og kvinner som bada saman i badekar samstundes som dei vart traktert med musikk. På den tida sjenererte ein seg ikkje for å bade nakne saman med andre i private eller offentlege badstover. For å spare brensel og arbeid, var det gjerne slik at både unge og gamle i ei bygd bada saman. Ifølgje studiane til Sundt (1975/1869, s. 313–320) liknar det me veit om badstover i Noreg i mellomalderen, mykje på badstovepraksisane i Tyskland. Der var badstover mykje vitja stader, og bada var gjerne kombinert med selskapleg underhaldning, samtalar, song og spel. Slik var det også i Paris i mellomalderen (Vigarello, 1988, s. 21–38). Det utarta ofte til overdådig og lystig liv med store utskeiingar. Bada vart ikkje gjennomført for hygienen, men for velveret sin del.

STYRESMAKTENE VILLE HA SLUTT PÅ DET VELLYSTIGE BADELIVET

På slutten av mellomalderen ville makthavarane ha slutt på det vellystige badelivet. Seksualitet skulle avgrensast til det som var nødvendig for reproduksjonen sin del. Dette kjem tydeleg fram i studiane til Elias (1989/1939, s. 261–295) og i studiane til den franske filosofen Michel Foucault (1995/1976, s. 62–86). I den samanhengen vart det argumentert for at bad var farleg fordi vatnet kunne trengje inn i kroppen og forårsake ei rekkje alvorlege sjukdommar.

FOLK VART REDDE FOR Å VASKE SEG

Studien til Sundt om reinsemd i Noreg på 1860-talet viser at full kroppsvask gjerne var avgrensa til julehøgtida i Noreg på den tida (Sundt, 1975/1869, s. 290–328). På 1860-talet var det ikkje vanleg at småbønder og arbeidarar vaska seg til dagleg. Når dei tok arbeidskledda på seg om måndagen, var det som om heile veka var ei samanhengande arbeidsøkt, der det ikkje var snakk om å pynte seg, og derfor vaska dei seg heller ikkje, bortsett frå å fjerne skit frå hendene før måltid. Kvinnene som var meir i kontakt med vatn når dei dreiv med husarbeid, vaska gjerne hender og andlet kvar dag. Dei som kunne vere staskledde til dagleg, som soldatar og storbønder, vaska gjerne hender og andlet kvar dag, og skulle det oppstå gravferd og til helga, var det heilt uakseptabelt å la vere å vaske synlege kroppsdelar som hår, andlet, hals og hender. Laurdagsvasken var ei høgtidleg reinsing til søndagen (ibid).

Frykman (1994) sin studie om reinsemd i Sverige i perioden 1880–1910, viser at svenskane heller ikkje hadde noko forståing for at det skulle vere skadeleg å la vere å vaske seg så ofte og omfattande. Individua gjekk rundt med synlege restar av arbeid på tøy og kropp. Fiskarkonene lukta fisk og bøndene lukta fjøs. Skit vart rekna for å vere noko positivt. Dersom ein ikkje vaska seg så mykje, fraus ein mindre. Skit var eit ekstra vern mot kulde og sjukdom (Frykman, 1994, s. 131–221). Studiane til Sundt og Frykman tyder ikkje at nordiske folk var skitnare enn individua i andre land. I verdas fyrste lærebok i sjukepleie, som kom ut i England i 1860, skriv sjukepleiar Florence Nightingale at ho var oppgitt over folk som skrytte over at dei aldri hadde vaska seg lenger nede enn andletet, bortsett frå hendene (Nightingale, 1997/1860, s. 138).

MODERNE HYGIENISK KROPPSVASK

Vigarello (1988) argumenterer for at notidige hygieniske kroppslege vaskepraksisar oppstod i siste halvdel av 1800-talet, og at desse vaskepraksisane var eit ledd i eit stortilt politisk moderniseringsarbeid som fann stad i vestlege samfunn. Det er litt ulikt når dei vestlege landa vart moderne marknadsøkonomiske industri-samfunn. I Noreg skjedde det spesielt kring 1870–90 (Nerbøvik, 2004/1999, s. 19–36). Konkurransøkonomien i industrisamfunn førte til store klasseforskjellar mellom dei som eigde jord og verksemder og dei eigdomslause arbeidarane. Ulikskapane førte til sosial uro, og folk var så fattige at dei knapt hadde vaskefat, vaskeklut og handklede. I enkelte hus hadde dei kanskje nokre gamle tøyestykke som dei kunne tørke seg med, men langt frå alle hadde det (Sundt, 1975/1869, s. 300). Borgarskapet som på denne tida hadde begynt å vaske seg i pakt med moderne hygieniske retningslinjer, brukte reinsemd til å markere at dei hørte til i høgre samfunnsklassar enn skitne fattigfolk (Frykman, 1994, s. 148).

I håp om å forbetre levekåra, flytta fattige bønder inn til industribyane. Der budde dei i slumprega område. Det var like skite ute som inne. Dei budde tett saman med dyr, avfall, stinkande kloakkar, latriner, fattigdom, elende, moralsk forfall, alkoholisme, prostitusjon, innhylla i industrirøyk (Nerbøvik, 2004/1999, s. 85–94, 98). Borgarskapet som var opptekne av størst mogeleg profit, tok lite omsyn til korleis arbeidarane hadde det. Politikarane og kyrkja engasjerte seg heller ikkje så mykje i levekåra til dei fattige. Dei fattige vart rekna for å vere dovne, uskikkelege og umoralske. Det var ingen som hadde tanke for at dei økonomiske systema kunne skape fattigdom, så då store delar av innbyggjarane i fleire engelske industribyar var så fattige at dei svalt kring 1850, tok verken kyrkja eller staten ansvar. Makthavarane i England prøvde tvert om å finne ut korleis dei kunne utnytte fattigfolk endå meir. Derfor fekk den engelske juristen Edwin Chadwick i oppgåve å undersøkje korleis ein kunne redusere kostnadene som skit og sjukdom førte med seg (Martinsen, 2003a, s. 169–181). Dette arbeidet resulterte i ein omfattande dokumentasjon av arbeidarklassa sine levekår, og det endra Chadwick sitt syn på fattigdom. Frå å vere opptatt av å redusere fattigdomsutgiftene, vart han i staden opptatt av årsakene til fattigdom. Frå å rekne fattigdom som sjølvforskyldt og eit moralsk problem, begynte han å argumentere for at det var dei sosiale og materielle vilkåra som dei fattige levde under som førte til skit og manglande reinsemd. Slike tilhøve måtte forbeistrast gjennom sosialpolitiske handlingar. Han hadde store problem med å få tilslutning til argumentasjonen sin, for sosiale reformer ville føre til høgare skattlegging, spesielt av middelklassen (Martinsen, 2003a, s. 175–177). Det var fyrst då opprørske, sjuke og døde fabrikkarbeidarar vart ein trussel mot produktiviteten i fabrikkane og den velstanden som borgarskapet nytte godt av, at det vart sett i verk politiske tiltak for å fjerne grunnlaget for sjukdom og opprør. Organisasjonen Sanitation Movement, som Chadwick var ein av frontfigurane i, var ei berande kraft i arbeidet med å endre dei sanitære tiltaka ved hjelp av politiske tiltak. Nightingale var ein annan sentral spydspiss i organisasjonen som argumenterte for at gode sanitære tilhøve, reint vatn, gode avlaupssystem, større avstand mellom menneske og dyr, betre bustader og omsorg for mødrer og barn, ikkje berre var til gagn for den enkelte, men ein økonomisk fordel for heile samfunnet (Sydnes, 2001, s. 88–90).

Det var spesielt i fattige kvartal dei mangla reint vatn og renovasjon av kloakk og avfall. Trass i middelklassen sin kamp mot helsereformer, med tilhøyrande auke av offentlege utgifter, vedtok det engelske parlamentet ei helselov i 1848. Dette var verdas fyrste helselov, og ho danna mal for liknande lover i andre land, blant anna i Noreg som fekk helselov i 1860 (Martinsen, 2003a, s. 177; Schiøtz, 2003, s. 41–50). I forlenginga av helselovene vart det oppretta sunnhetskommisjonar i alle norske kommunar. Dei skulle syte for betre sanitære tilhøve og opplysing. Kommisjonane vart leia av legar, og arbeidet med å forbetre den personlege hygienen var retta mot kvinnene, fordi slik reinsemd vanlegvis var deira ansvar (Ericson, 2007).

Nightingale, ein av spydspissane i Sanitation Movement, grunnla moderne sjukepleie i England i 1860 (Mathisen, 2006, s. 89–96). Nissen si lærebok frå 1877 var tydeleg inspirert av Nightingale si hygienetenking (Nissen, 2000/1877). Nightingale hadde ein ide om at sjukepleiarane skulle vere sentrale i det moderne hygieneprosjektet, og slik vart det. Sjukepleiarane vart rekna for hygieneekspertar og dei fekk ei svært sentral rolle i utforminga av moderne, sanitære industrisamfunn (Wolf, 1993). Kroppsvasken som Nightingale og Nissen argumenterer for var i pakt med, og eit ledd i arbeidet med å forme det moderne industrisamfunnet. I dette samfunnet trong ein friske, sterke, lydige, disiplinerte og produktive borgarar som ikkje gjorde opprør mot bedriftseigarar og andre makthavarar. Ideen var den at dei som var reine også var moralske og lydige, og

i den samanhengen vart det stort fokus på spesielt dei fattige si reinsemd, og det vart det sett i verk sanitære tiltak direkte retta mot fattigfolk. Dette er godt dokumentert i Vigarello sin studie om reinsemd i Paris (Vigarello, 1988, s. 191–198). Legar, lærarar og sjukepleiarar fekk ei sentral rolle i arbeidet med å få fattigfolk til å vaske og stelle seg i pakt med dei moderne, hygieniske og borgarlege normene for lukt og utsjånad.

LOVER OG FORSKRIFTER

Dei moderne hygienenormene står framleis ved lag. Pleietrengjande kan trenge hjelp for å oppretthalde gjeldande standard for lukt og utsjånad. Den norske staten forventar at slik hjelp vert ytt på ein respektfull måte, i pakt med det enkelte mennesket sin sjølvråderett, eigenverd og livsførsel (Verdighetsgarantien 2011). Dette gjeld for alle pleie- og omsorgstenester, uavhengig av kven som utfører tenesta. Kommunen har ansvar for at den enkelte brukaren får den tenesta vedkomande har bruk for til rett tid. Den enkelte brukaren har medråderett i samband med den daglege utføringa av tenestene. Kommunane skal ha skriftleg nedfelte prosedyrar for korleis brukarar av pleie- og omsorgstenestene får tilfredsstilt grunnleggjande behov som blant anna personleg hygiene og naturlege funksjonar (toalett), nødvendig tannbehandling og munnhygiene (Kvalitetsforskriften, 2003). Den offentlege tannhelsetenesta skal gje regelmessig oppsøkjande tilbod til blant anna grupper av eldre, langtidssjuka og uføre i institusjon og heimesjukepleie (Tannhelsetjenesteloven, 2018). Det er nødvendig med endringar både når det gjeld kompetanse, organisering og fysisk utforming av pleie- og omsorgstenestene (Demensplan, 2015).

OPPSUMMERING

I moderne samfunn har det vore forventa at borgarane er reine og velluktande til lågast mogleg kostnad for storsamfunnet. Notidige normer for kroppsleg vask og stell oppstod i samband med industrialiseringa, demokratiseringa og moderniseringa av vestlege samfunn. Den norske staten har ei rekkje lover og forskrifter om skal sikre verdige kroppslege pleietenester.

VASK OG STELL AV HEILE KROPPEN

EIT HISTORISK PERSPEKTIV PÅ VASK OG STELL AV HEILE KROPPEN

Nissen (2000/1877, s. 34). argumenterer for at heile kroppen bør vaskast ein gong i veka. Då læreboka til Nissen kom ut i siste halvdel av 1800-talet, var det uvanleg med innlagt vatn, varmtvasstankar og dusj i norske husstandar (Boge 2008, s. 60–61), men det ser ut til at det kunne vere badekar i sjukehusa i siste halvdel av 1800-talet, for i læreboka til Nissen (2000/1877, s. 34) vert det argumentert for ulike former for behandlingsbad. Det ser ikkje ut til at det var vanleg å bruke badekara til kroppsvask (ibid).

Ein studie frå Paris viser at det der vart bygd offentlege bad og vaskeri på same stad kring 1850, for at dei fattige skulle få vanen med å byte og vaske klede samstundes som at dei bada (Vigarelo, 1988, s. 198–201). Fattigfolk fekk ikkje bade meir enn 30 minuttar, og dei fekk heller ikkje bruke mykje vatn. Det var innretta automatiske stoppekranar som slo inn når det var tilstrekkeleg vatn i badekaret. Det var eit tydeleg formulert mål å vaske flest mogeleg kroppar på kortast mogeleg tid, ved hjelp av minst mogeleg vatn. For at bada ikkje skulle bli for kostbare, var temperaturen regulert så lågt som forsvarleg. Etter kvart kom ein til at bad i badekar var for dyrt å gjere tilgjengeleg for fattigfolk. Dusj var billegare. Eksperimentet med dusj vart fyrst prøvd ut i fengsel, og etter 1880 vart slike innretningar installert som offentlege badeinnretningar i fattige bydelar i Paris. For at ein ikkje skulle vaske seg naken i andre sitt påsyn, vart det laga private dusjceller ved hjelp av forheng. Dusjinnretningane som var berekna på massane stod i skarp kontrast til borgarskapet sine private badarom. For dei fattige var det ikkje snakk om større privat rom kring seg (ibid).

I 1967 fekk norsk sjukepleie den fyrste læreboka som argumenterte for full kroppsvask kvar dag i form av dusj, sengebade eller heilvask (Lerheim & sykepleierforbund, 1967, s. 150). Argumentasjonen i læreboka frå 1967 er forståeleg i lys av det store arbeidet som vart sett i verk i etterkrigstida for at norsk hushald skulle ha innlagt vatn, elektrisk straum, toalett og badarom (Schjøtz, 2003, s. 410–13). I 1947 var det berre 6 % av norske husvære som hadde bad (Augestad, 2005, s. 251–252). For å venje norske barn til å halde kroppane reine, trass i manglande vaskefasilitetar i heimane, vart det sett i verk eit storstilt arbeid for å utstyre skulane med dusj i perioden 1925–1960, og det vart obligatorisk å dusje etter gymnastikk. I tillegg vart det bygd offentlege bad (Johnsen, 2004, s. 158). Så seint som i 1959 var det berre 18 % av norske husvære som hadde bad. Full kroppsvask var vanlegvis avgrensa til laurdagen og kunne bli gjennomført på kjøkkenet, i stova eller på soverommet ved hjelp av vaskefat og klut, medan barna kunne bade i ein stamp. Desse vaskepraksisane er skildra i den etnologiske masteroppgåva til Kristin Dæhlie om kroppslig reinsemd i fjellbygda Alvdal (2006, s. 95, 51–53). Forskaren Twigg (2000a, s. 18–44) argumenterer for at det tok tid før bad vart allment tilgjengelege. Sjølv om regelmessig vasking vart ein del av den daglege rutinen i

middelklassen i USA frå 1850, og bad vart standard i middelklassehusa der kring 1900, var det fyrst etter den andre verdskrigen at bad vart vanleg i amerikanske og europeiske arbeidarklasseheimar. Det var fyrst etter 1980 at det vart vanleg at folk flest bada eller dusja oftare enn ein gong i veka. Det kosta å varme vatn (ibid).

NOTIDIG VASK AV HEILE KROPPEN

DUSJ

Ein studie frå ein norsk sjukeheim viser at pleietrengjande vanlegvis fekk hjelp til dusj kvar 14. dag, uavhengig av etablerte vaskevanar (Boge, 2008, s. 117–122). Det var ikkje alle som ville dusje, men pleiarane meinte det var greitt å presse bebuarane til dusj, fordi mange gav uttrykk for at det var godt når det var gjort. Medan enkelte måtte pressast til dusj kvar 14. dag, var det andre som ynskte å dusje oftare. Blant anna ei kvinne som var i underkant av 70 år (Boge, 2008, s. 119). Denne kvinna hadde budd i sjukeheimen i fleire år. Ho gav uttrykk for at ho hadde forståing for at det ikkje var mogeleg å få dusje oftare enn kvar 14. dag, for ho hadde sett at pleiarane hadde fått meir å gjere. Etter kvart var det vorte slik at dei både skulle ordne med frukost og vaske sengene når dei pleietrengjande dusja. Dette var oppgåver som anna personale hadde utført tidlegare. Trass i at ho forstod at praksisane var som dei var, tykte ho at dusj kvar 14. dag var altfor lite. Det velveret som fylgde med skulle ho gjerne hatt kvar veke. Ei av dei andre bebuarane som også tykte det var altfor sjeldan å dusje annakvar veke, sa at ho måtte passe på at ho fekk dusje, elles så kunne det gå enda lenger tid i mellom kvar gong (ibid. s. 120). Det var leiinga som hadde avgjort kor ofte bebuarane skulle få dusje. Pleiarane tykte dusj kvar 14. dag var for sjeldan. Pleiarane hadde ingenting imot å dusje dei pleietrengjande. Det kunne rett og slett vere avslappande og kjekt å få vere åleine med bebuaren på badet, under føresetnad av at dei hadde med seg nok kvalifiserte pleiarar som kunne ta seg av dei andre oppgåvene i avdelinga. Problemet var at dei vanlegvis var to pleiarar på arbeid som hadde ansvar for ei gruppe med åtte bebuarar, og då vart dusj ei ekstra belastning, for dusj tok lenger tid enn den daglege vaskinga av nokre sentrale kroppsdelar ved hjelp av vaskefat og klut. Observasjon av ein dusjsituasjon viste at det tok 85 minutt å dusje ei kvinne. I tillegg kom hårstell, tannpuss og sengereing. Til samanlikning tok kroppsvask ved hjelp av vaskefat 15–45 minutt. Den pleietrengjande som vart observert ved dusj var ikkje spesielt komplisert å dusje, ho kunne sitte på ein stol utan støtte medan pleiaren dusja henne (ibid).

Pleietrengjande som deltok i hovudfagsstudien til Toril Agnete Larsen (1999, s. 7–8, 69–111) i sjukepleievitskap, Stellet i sykepleien, fekk heller ikkje halde fram med etablerte vaskevanar når dei trong hjelp frå offentleg betalte pleiarar for å vaske og stelle seg. Nokre av dei budde heime, andre i sjukeheim. Pleietrengjande som var vande med å dusje dagleg, måtte slutte med det. Pleiarane hadde ikkje tid til å hjelpe dei oftare enn ein gong i veka. Av og til kunne det gå 14 dagar mellom dusjane. Fotvask vart vanlegvis berre utført i samband med dusjing. Til dagleg vaska pleietrengjande seg ved hjelp av vaskefat på nattbordet/i servanten. Sjølv om pleietrengjande hadde behov for å vere åleine når dei vaska seg, kunne det vere vanskeleg å få til når fleire delte rom. Det kunne vidare vere vanskeleg å la pleiarane avgjere alt, vanskeleg at behova ein hadde om for eksempel å sleppe å bli vaska i senga ikkje vart tekne til fylgje. Det var sjeldan nokon etterspurde pleietrengjande sine ynske. Studien var basert på intervju med åtte

pleietrengjande kvinner i alderen 77–96 år. Alle trong hjelp av pleiarar til å vaske og stelle seg (ibid).

KARBAD

No er det ikkje slik at alle ynskjer å dusje. Ein studie frå heimebaserte tenester i England viser at dei eldre ynskjer å vere reine, men dei kan mislike at kroppsvasken vert gjennomført i form av dusj. Dei har vore vande med badekar, og knytte karbad til velvere og nyting (Twigg, 2000a, s. 32–44). Norsk forskning viser at sjukeheimsbebuvarar også kan føretrekkje badekar framfor dusj (Boge 2008, s. 118), men ein rapport frå 2014 om badarom i sjukeheimar viser at karbad ikkje er tilgjengeleg i slike institusjonar (Boge, 2014b). Ein studie frå ein norsk sjukeheim viser at det hadde vore ein viss tilgang til karbad då sjukeheimen var ny på 1970-talet (Boge, 2008, s. 118). Då delte 54 bebuvarar eitt badekar, men i 2006 fortalde pleiarane at karet var fjerna fordi logistikken vart vanskeleg når så mange skulle dele badarom, og fordi det tok lang tid å fylle/tøme/vaske badekaret. Ein annan grunn skulle vere at mange ikkje likte å bade i badekaret (ibid).

ROBOTBAD

I Danmark er det gjort studiar om bruk av robotbad i sjukeheim (Beedholm, Frederiksen, Frederiksen & Lomborg, 2015; Beedholm, Frederiksen & Lomborg, 2016). Eit robotbad er ei form for horisontal dusj som pleietrengjande kan ligge inne i. Det einaste som er automatisk er såpe- og dusjfunksjonen. Intensjonane er at denne automatikken skal gjere pleietrengjande reine utan hjelp frå pleiepersonell. Studien viser at leiinga var positive til robotbad sjølv om dei ikkje kunne vise til økonomiske gevinstar, men dei meinte robotbad letta arbeidet til pleiarane, og at slike bad kunne auke velveret for dei pleietrengjande. Pleiarane uttrykte ikkje entusiasme for robotbad, blant anna fordi roboten kosta mykje samstundes som den ikkje fungerte godt. Den var for liten for nokre av dei pleietrengjande, og pleietrengjande fekk ikkje berøring ved kroppsvask. Pleiarane fortalde vidare at det var fleire pleietrengjande som ikkje ville prøve roboten. Pleietrengjande som hadde brukt roboten viste heller ikkje entusiasme. Etter nokre få bad kunne dei nekte å bruke innrettinga. Andre mislikte såpa som vart brukt i roboten. Dei føretrekte eiga såpe (ibid).

HANDDUKSBAD

Studiar indikerer at personar med demenssjukdom kan like å bli vaska ved hjelp av handduksbad i staden for dusj. Det vil sei at pleietrengjande blir vaska ved hjelp av varme, fuktige handdukar som blir lagt på kroppen (Barrick, Rader, Hoeffler & Sloane, 2002; Sloane, Hoeffler, Mitchell & al., 2004). Slik kroppsvask tek ikkje lenger tid å gjennomføre enn kroppsvask ved hjelp av dusj, men pleietrengjande med demens var meir tilfredse og mindre aggressive ved bruk av handduksbad enn ved bruk av dusj. Ei personsentrert tilnærming med stort fokus på personen og mindre fokus på oppgåva ser ut til å vere ein viktig suksessfaktor (ibid).

OPPSUMMERING

Heilt frå dei moderne, hygieniske vaskenormene oppstod har det vore drøfta korleis ein kan halde borgarane reine med minst mogeleg utgifter for storsamfunnet. I den samanhengen har det vore argumentert for at det er rimelegare med dusj enn karbad. I lærebøker i sjukepleie frå vår tid vert det argumentert for at kroppsleg vask og stell bør ta utgangspunkt i pleietrengjande sine vaskevanar. Studiar viser at det er lite rom for pleietrengjande som er vande med karbad, då badekar er fjerna frå sjukeheimar. Det er heller ikkje rom for dei som er vande med dagleg dusj. Det kan gå 14 dagar mellom kvar gong pleietrengjande får hjelp til å dusje, fordi dusj tek lenger tid enn vask av enkelte kroppsdelar og dermed kostar meir for storsamfunnet. Verken pleietrengjande eller pleiarar viser entusiasme for robotbad. Robotbad ser heller ikkje ut til å effektivisere kroppsvasken. Personar med demens kan føretrekkje handduksbad framfor dusj.

VASK OG STELL AV ENKELTE KROPPSDELAR

HISTORISK PERSPEKTIV PÅ VASK OG STELL AV ENKELTE KROPPSDELAR

Nightingale argumenterte for at det var unødvendig med karbad, dusj eller såpe for å halde seg rein. Ei mugge med vatn og gnicking med ein grov handduk kunne vere vel så effektivt (Nightingale, 1997/1860, s.136–138). I den fyrste norske læreboka i sjukepleie vert det argumentert for at synlege kroppsdelar som hender og andlet bør vaskast dagleg. Andre kroppsdelar var det nok å vaske om dei vart skitna til (Nissen, 2000/1877, s. 34). I 1911 fekk Noreg den fyrste læreboka i sjukepleie som argumenterte for at det ikkje var nok å vaske og stelle tildekte kroppsdelar ein gong i veka; det bør gjerast kvar dag (Waage, 1911, s. 82). Denne argumentasjonen indikerer at toleransen for lukt har vorte mindre på den tida. Det er lite som taler for at vaskenormene frå 1911 er fundert i mikrobeteori (Boge, 2008, s. 106).

NOTIDIG VASK AV ENKELTE KROPPSDELAR

I ei av dei mest brukte lærebøkene i grunnleggjande sjukepleie i vår tid, vert det argumentert for å ta utgangspunkt i pleietrengjande sine etablerte vaskevanar, men at dette kan vere utfordrande dersom pleietrengjande ikkje vil vaske seg (Kristoffersen et al., 2016, s. 49). Ein studie frå ein norsk sjukeheim viser at pleietrengjande vanlegvis vart vaska i pakt med normene frå 1911. Pleietrengjande fekk hjelp til å vaske ansikt, hals, hender, armholer, brystområde, rygg, nedantil, og kjemme/børste håret kvar morgon, uavhengig av vaskevanane dei hadde før dei kom i sjukeheim. I den samanhengen vart det brukt vatn i vaskefat, vaskeklut og handduk (Boge, 2008, s. 106–139).

EINGONGS VASKESERVIETTAR

Den danske sjukepleiaren Pia Veje har studert bruk av eingongsserviettar ved kroppsvask (Veje, Chen, Jensen & Sørensen, 2019). Ho skriv at på 1990-talet tok ein til å bruke eingongs vaskeserviettar ved kroppsvask av sengeliggjande pasientar i USA. Seinare har ei rekkje land teke slike eingongsprodukt i bruk. På danske sjukehus vert om lag 15 % av pasientane vaska ved hjelp av eingongsserviettar. Slike serviettar kan ha ulik storleik, ulik pris og kan vere tilsett ulike reinsande og fuktande preparat. Intervju med 16 danske pasientar på sjukehus som hadde erfart kroppsvask både ved hjelp av eingongsserviettar og ved hjelp av såpe/vatn/vaskeklut/vaskefat, viser at dei

fleste pasientane føretrekte vask med vatn og såpe, men eingongsserviettar kunne vere praktisk når ein hadde mykje smerter, diare eller trengte ein rask vask. Ved bruk av vaskeserviettar vart det vanlegvis ikkje brukt handduk. Pasientar kunne reagere på at det kunne ta relativt lang tid før dei kjende seg tørre. Dei kunne erfare at det la seg ei feittaktig hinne på huda etter slik vask, og at det kunne oppstå eksem og tørr hud når ein brukte vaskeserviettar over lengre tid. Fordelen med vaskeserviettar var blant anna at kroppsvasken gjekk raskare, at pasientar kunne vart meir sjølvhjelpete, og at vaskeserviettane kunne verke avkjølande når pasientar var varme. Pasientar som var kalde kunne setje pris på oppvarma vaskeserviettar. I eit miljøperspektiv kan det vere problematisk å argumentere for slike eingongsprodukt (ibid).

FOTSTELL

Studien til Boge (2008, s.130–131) viste at den daglege etasjevasken vanlegvis ikkje omfatta vask og stell av føter. Fotvask vart vanlegvis gjennomført i samband med dusjing kvar 14. dag, men føtene kunne bli vaska oftare dersom det var infeksjonar, sår, fotsopp og anna som gjorde det nødvendig. I tillegg til fotvask kvar 14. dag, fekk pleietrengjande vaska føtene hos fotpleiar med jamne mellomrom. Nokre var der annakvar veke, andre kvar tredje veke, medan det kunne vere seks veker mellom kvar gong enkelte av bebuarane vitja fotpleiar. På ei avdeling hadde dei prøvd å tilby fotbad regelmessig, for fotpleiar hadde påpeikt at fotstellet var for dårleg, men ordninga hadde sklidd ut. Fleire av pleiarane gav uttrykk for at dei tykte det gjekk for lang tid mellom kvar gong pleietrengjande fekk vaska føtene, spesielt når det var varmt og dei pleietrengjande sat med teppe, sko og kanskje både knestrømper, støttestrømper og strømpebukse (ibid). Sjølv om føtene til pleietrengjande ikkje vart vaska oftare enn kvar 14. dag, kan det vere at pleiarane var nøye med å observere føtene deira. Diabetesrelatert forskning viser at det spesielt er viktig å ha omtanke for føter når personar har redusert sensibilitet på grunn av diabetes, for då kan det utvikle seg sår utan at ein merkar det (Bakken, Lerdal, Øverby & Hanmborg, 2006). Nedsett blodsirkulasjon kan også fremje utvikling av sår og hemje heling. Personar med diabetes har gjerne både redusert sensibilitet og nedsett blodsirkulasjon. Regelmessig klipping av tånegler kan hindre at neglene vert lange, bøyer seg nedover og skaper press på/rifter i huda. I norske sjukeheimar er det gjerne fotpleiar som klipper tånegler. Tilpassa sko som ikkje er for tronge kan også hemje utvikling av sår. Det same kan aktivitet, næringsrik mat og regelmessig inspeksjon av føter. Når personar er utsett for sår/har sår, må ein vere forsiktig med massasje som kan forverre tilstanden (ibid). Men både personar som er utsett for fotsår/har fotsår og andre kan setje pris på omsorgsfull berøring av føtene i forma av forsiktig smørjing med salvar og/eller oljer, men Boge (2008, s. 130–131) sin studie viser at slik pleie for velveret sin del er det lite rom for i sjukeheim.

HÅRVASK

Studien til Boge frå 2008 (s. 131–133) viser at pleietrengjande i sjukeheim gjerne får hjelp til å vaske håret når dei dusjar. Ei pleietrengjande kvinne fortalde at for nokre år sidan hadde ho fått vaska håret kvar veke i det ho fekk hjelp til dusj. Men etter at dusjpraksisande var endra i sjukeheimen til kvar 14. dag, var det også 14 dagar mellom kvar gong ho fekk vaske håret. Av og til kunne det gå bortimot tre veker mellom kvar gong ho dusja, og då gjekk det like lang tid før ho fekk vaska håret. Då vart håret svært feitt,

og ho kjende seg ustelt og uvel. Ho hadde fått beskjed om at ho måtte gå til frisør og sjølv betale dersom ho ville vaske håret oftare. Dette tykte ho var urimeleg, for om ho hadde budd heime ville ho sjølv ha vaska håret kvar veke. Frisør var ho berre van med å bruke når ho skulle klippe seg, farge håret eller ta permanent. Ho meinte det høyrde med til pleia å få vaska håret ein gong i veka, men dette var det ikkje rom for lenger. Dersom bebruarane gjekk til frisøren den veka dei ikkje dusja, ville håret bli vaska kvar veke. Men det viste seg at pleiarane gjerne innretta dusjdagen kvar 14. dag, etter når frisøren hadde ledig tid, og så vart den pleietrengjande kjørt til frisøren for å stelle håret etter dusj. Dermed sparte pleiarane tid som dei elles måtte bruke til å vaske, rulle, føne, tørke og kjemme håret. Denne samkøyringa av dusj og frisør medførte at det gjekk 14 dagar mellom kvar gong håret vart vaska og stelt. Pleiarane tykte dusj med tilhøyrande hårvask kvar 14. dag var altfor sjeldan. Dei hadde ikkje klart å leve slik, men dei hadde ikkje tid til å dusje og vaske håret til alle bebruarane kvar veke (ibid).

OPPSUMMERING

Då moderne sjukepleie oppstod i Noreg i siste halvdel av 1800-talet, var det nok at pasientar fekk vaska og stelt synlege kroppsdelar til dagleg. Andre kroppsdelar kunne vaskast om det var siving av kroppsvæsker og liknande. I 1911 oppstod den fyrste læreboka som argumenterte for dagleg vask og stell av både synlege og tildekte kroppsdelar. I lærebøker i sjukepleie frå vår tid vert det argumentert for at ein bør ta utgangspunkt i pleietrengjande sine vaskevanar. Studiar viser at det er lite rom for pleietrengjande i sjukeheim sine etablerte vaskevanar. Sjukeheimsbebruarar som er vande med hårvask og fotvask kvar veke, må gjerne vente 14 dagar før slike kroppsdelar vert vaska. Det er delte meiningar om eingongs vaskeserviettar. Pasientar føretrekkjer vanlegvis vask med vatn og såpe, men eingongsserviettar kan vere praktisk når ein har mykje smerter, diare eller treng ein rask vask.

MUNN- OG TANNSTELL¹

I 2003 vart amerikanske innbyggjarar bedt om å rangere fem oppfinningar. Tannbørsten kom på fyrsteplass, framfor bil, PC, mobil og mikrobylgjeovn (Frønes, 2010). Ein skal ikkje sjå bort ifrå at ein ville fått liknande svar om ein gjorde tilsvarande undersøkingar i Noreg. Reine og velstelte tenner er ei sentral norm i moderne samfunn. Dette er tydeleg når ein ser på litteratur og undervisningsmateriell i sjukepleieutdanningar (Borge, 2007; Damm, 2015). Likevel er munn-/tannstell eit forsømt område i pleie- og omsorgstenester. Dette viser seg i utviklingsprosjektet til Brende & Rasmussen (2014) og i forkinga til Samson & Strand (2016).

EIT HISTORISK PERSPEKTIV PÅ TANNKOST

Nightingale nemner ikkje tannbørstar i verdas fyrste lærebok i sjukepleie *Notater om sykepleie*, som kom ut i 1860 (Nightingale, 1997/1860). Tannbørstar er heller ikkje nemnt i dei to norske lærebøkene i sjukepleie som kom ut i siste halvdel av 1800-talet (Kaurin, 1879; Nissen, 2000/1877). Bakgrunnen for at lærebøkene ikkje skriv om tannbørstar er truleg at det ikkje var vanleg å bruke slikt utstyr, sjølv om dei begynte å produsere tannbørstar i USA på 1840-talet. På den tida var tannbørstar truleg eit verktøy som borgarskapet brukte til å markere avstand til fattigfolk sine skitne og ustelte tenner (Frykman, 1994, s. 185–221). Den fyrste norske læreboka i sjukepleie som skriv at pasientar bør pusse tenner, vart utgitt i 1901 (Waage, 1901, s. 3). Dette indikerer at tannpuss hadde vorte ei allmenn norm på den tida. Sjølv om det oppstod slike normer, er det ikkje sikkert at alle pussa tennene. Men norma er uttrykk for at det har skjedd ei endring i oppfatninga av korleis folk flest burde stelle munn og tenner. Det var fyrst i 1938 at nylontannbørsten oppstod. Tannbørstane som eksisterte før den tid var ofte laga av hardare materialar (Frønes, 2010; Lundström, Hermansen & Kellmer, 1978).

NOTIDIG MUNN- OG TANNSTELL I PLEIETENESTER

Fleire eldre, langtidssjuka og uføre i institusjon og heimesjukepleie har rett til gratis tannhelsetenester (Tannhelsetjenesteloven, 2018, § 1-3). I helsevesenet er munn- og tannstell er ein del av det kroppslege stellet. Ei sentral lærebok i grunnleggjande sjukepleie frå vår tid argumenterer for at pasientar skal ha tilbod om munnstell minst to gongar i døgnet, helst etter kvart måltid (Kristoffersen et al., 2016, s. 71–77). I ein studie frå ein norsk sjukeheim kom det fram at det var rutine med tannpuss om kvelden (Boge 2008, s. 114–117, 129–30). Bebuarane hadde vanlegvis ikkje protesar i munnen om natta. Det var uvanleg å hjelpe bebuarar med tannpuss om morgonen eller å hjelpe bebuarar med å skylje munnen etter måltid. Det var fleire pleiarar som meinte at pleietrengjande

¹ Denne oppsummeringa av kunnskap om munn- og tannstell er på mange vis eit supplement til Helsebiblioteket oppsummering: Munnstell til vaksne pasienter (Thorsen, Mjelde, Hefte & Oftedal, 2016).

burde få høve til å pusse tennene før frukost for velveret sin del, men tannpuss tok tid og kunne kome i konflikt med målet om å få flest mogeleg inn i stova til frukost (ibid).

UTFORDRINGAR NÅR PLEIETRENGJANDE HAR EIGNE TENNER

Ein studie frå sjukeheimar i Oslo viste at 70 % av bebuarane hadde naturlege tenner. Dei med naturlege tenner hadde dårlegare munnhygiene enn dei med tannprotesar (Samsone, Strand & Haugejorden, 2008). Det ser ut til å vere uvanleg at personar som har tannprotesar ikkje gir pleiarane lov til å hjelpe til ved munn-/tannstell. Men etter kvart kjem stadig fleire til sjukeheimen med naturlege tenner, og då må pleiarane arbeide med tannbørste inne i bebuar sin munn. Slik innvadering kan bebuarar mislike, og dei kan insistere på å gjere tannpussen sjølve (Boge, 2008, s. 114–17).

FÅ SJUKEHEIMSBEBUARAR SOM PUSSE TENNER UTAN HJELP

Forsking viser at dei som er så pleietrengjande at dei får plass i norske sjukeheimar, sjeldan er i stand til å utføre fullgodt munnstell (Heidi Samson & Strand, 2016, s. 318). I ein studie var det berre tre av 27 sjukeheimsbebuarar som pussa tennene sjølve (Boge, 2008, s. 141–146). Dei som pussa tennene sjølve var kognitivt klare, hadde rimeleg godt syn, finmotorikk, styrke og balanse. Sjølv om pleiaren sette den pleietrengjande til rette, la fram tannpussutstyr og tok på tannkrem, vart det ofte ikkje effektiv tannpuss. Sjukeheimsbebuaren la gjerne tannbørsten inn i munnen med tannkrem på, men så stoppa det opp og pleiarane måtte ta over, om dei fekk lov. I studien var det ingen som nemnde mellomromsbørstar (interdentalbørstar), men det kan godt vere at slikt utstyr var i bruk likevel. Mellomromsbørstar er spesielt aktuelle når ein vert eldre, fordi tannkjøtet trekkjer seg attende med alderen og gjev rom for plakk-retensjon (Med24, 2019).

KAN MISLIKE ELEKTRISK TANNBØRSTE

Forsking viser at pleiepersonell kan føretrekkje elektrisk tannbørste, fordi det er enklare og tek mindre tid enn bruk av manuell tannbørste (Wolden, Strand & Gjellestad, 2006). Ifylgje ei sentral lærebok i sjukepleie er elektrisk tannbørste eigna for personar med nedsett finmotorikk, og den fungerer godt når personar treng hjelp til munn-/tannstell (Skaug, 2016, s. 71–77). Men den elektriske tannbørsten er tyngre enn manuell tannbørste. Forsking viser at pleietrengjande kan mangle kreftene som er nødvendig for å lyfte og bruke tannbørsten, og dei kan mislike at pleiarar brukar elektrisk tannbørste inne i munnen deira (Boge, 2008, s. 114–115). I ein norsk sjukeheimsstudie som samanlikna munn- og tannstell med bruk av elektrisk og manuell tannbørste i to månader, hadde gruppa som brukte manuell tannbørste like god munn-/tannstatus som dei som hadde brukt elektrisk tannbørste (K. Fjeld, Mowe, Eide & Willumsen, 2014; K. G. Fjeld, Eide, Mowe, Sandvik & Willumsen, 2018).

SYSTEMATISK ARBEID MED MUNN- OG TANNSTELL GIR RESULTAT

Forsking viser at systematisk arbeid med munnhygiene ser ut til å ha ein positiv effekt på den orale helsa (Blinkhorn, Weingarten, Boivin, Plain & Kay, 2012; H Samson,

Berven & Strand, 2009). I ein norske studie hadde 36 % av sjukeheimsbebuarane akseptabel munnhygiene før eit munnhelseprosjekt starta. Seks år etter at prosjektet vart avslutta hadde 70 % av bebuarane akseptabel munnhygiene (H Samson et al., 2009). Tiltaka som vart sett i verk var individuelle, biletbaserte munnstell-kort, distribusjon av munnstellartiklar som elektriske tannbørstar, kompetanseheving hjå personalet og rutinar med eigen tannkontakt. Trass i diverse tiltak hadde 30 % av bebuarane dårleg munnhygiene seks år etter at munn-/tannstell prosjektet starta. Nokre av desse var døyande, andre var aggressive eller nekta pleiarane å pusse tennene for seg (ibid).

PERSONAR MED KOGNITIV SVIKT HAR SPESIELT DÅRLEG MUNNHYGIENE

Ein svensk studie viser at pleietrengjande som motsette seg hjelp til tannpuss var det største hinderet for godt tann-/munnstell (Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson & Sörensen, 2000). Ein annan svensk studie viser at munnhygienen vert dårlegare dess meir pleietrengjande ein er (Strömberg, Hagman-Gustafsson, Holmén, Wårdh & Gabre, 2012). Andre studiar viser at munnhygienen er spesielt dårleg hjå bebuarar med kognitiv svikt fordi dei kan motsette seg munn-/tannstell (Zuluaga, Ferreira, Montoya & Willumsen, 2012, Zenthöfer, Schröder, Cabrera, Rammelsberg & Hassel, 2014).

MANGELFULL MUNNHYGIENE KAN FØRE TIL SJUKDOMMAR I MUNNHOLA

Forskning viser at mangelfullt stell av munnhola kan føre til plager og sjukdommar (Heidi Samson & Strand, 2016, s. 317–18). Spesielt eldre er utsette, for med alderen vert slimhinnene i munnhola tynnare og meir sårbar, tennene vert ofte misfarga og sprøre, tannkjøtet trekkjer seg attende, det vert mindre spyttsekresjon og mindre muskelstyrke kan gje dårleg tygge- og svelgfunksjon, og dermed gjer det vanskelege å få i seg adekvat ernæring. Desse endringane gjer ein meir disponert for tannrâte (karies), tanntap, kreft og infeksjonar (periodontitt) i munnhola, pluss at bakteriar frå munnen kan spreia via luftveggar og blodbane og forårsake infeksjonar andre stader i kroppen (ibid).

TVANG VED MUNN- OG TANNSTELL

I ein norsk studie hadde 40 % av bebuarar i 11 sjukeheimar uakseptabel munnhygiene. Dette var gjerne bebuarar som ikkje ville ha hjelp til munn-/tannhygiene. 21 % av pleiarane hadde vurdert å be om tvangsvedtak for å få pussa tennene til desse bebuarane (Willumsen, Karlsen, Naess & Bjørntvedt, 2012). Forskning viser at pleiarane kan oppleve det vanskeleg å la vera å pusse tennene til bebuarar som viser motstand mot tannpuss, for då får bebuarane gjerne betent og blødande tannkjøt (Boge, 2008, s. 114). For å unngå tvang, prøver pleiarane å vere kreative og finne tillitsskapande måtar å motivere pleietrengjande på, men det kan vere utfordrande, spesielt om bebuar har demenssjukdom. Av og til får ikkje pleiarane pussa tennene til dei med demenssjukdom uansett kor mange tillitsskapande tiltak dei brukar. Dersom bebuaren har ei livshistorie med regelmessig tann-/munnstell, er det det rimeleg å anta at vedkomande ville ha teke

godt vare på tennene sine dersom personen var kognitivt adekvat. I slike høve kan det søkjast om løyve til å bruke tvang ved munn-/tannstell (Pasientrettighetsloven, 2018, 4A; R. Pedersen, M. H. Hem, E. Gjerberg & R. Førde, 2013; Strand, Lygre & Hede, 2013). All tvangsbruk skal meldast til fylkeslegen (R. Pedersen, M. Hem, E. Gjerberg & R. Førde, 2013). Ifylgje norske styresmakter skal tillitsskapande tiltak alltid vere prøvd og dokumentert før ein vurderer tvangstiltak (Pasientrettighetsloven, 2018, 4A).

Tvang kan arte seg slik at ein pleiar held hendene til ein bebuar medan den andre gjennomfører munn-/tannstell. Å halde munnen open ved hjelp av kinnhaldar er også ei form for tvang. Kinnhaldar er ei boga sak som held munnen open, slik at du slepp å halde den open med fingrane. Kinnhaldar er ikkje det fyrste ein tyr til, men pleiarar har erfart at kinnhaldarar kan vere meir skånsamt enn å halde munnen open ved hjelp av fingrar (Boge, 2008, s. 116–117).

MUNN- OG TANNSTELL VED ALVORLEG SJUKDOM

I ein norsk artikkel vert det argumentert for at verken Noreg eller andre land har evidensbaserte prosedyrar for munn-/tannstell ved livets slutt. I same artikkel vert det argumentert for at det finst mykje erfaringsbasert kunnskap (Kvalheim, Strand, Husebø & Martinussen, 2016; Heidi Samson & Strand, 2016). Ved munnstell av alvorleg sjuke hender det at ein verken kan bruke nylontannbørste eller elektrisk tannbørste til å reinse munnen. I slike høve brukar ein gjerne tang med tupfar (Thorsen, 2015). Reinsemiddelet kan vere vatn frå springen eller fysiologisk saltvatn (NaCl 0,9 %). Ein kan også dyppe tupfaren i ei svak blanding Hydrogenperoksyd eller Klorhexidin for å fjerne belegg og slim, men slike produktet kan irritere slimhinnene. Eit mildare alternativ er salvierte. Slik væske har ein bakteriedrepende effekt (Strand, Stenerud & Hede, 2017). Hovudproblemet for mange døyande er tørr munn, tørre lepper og svelg. Slike munnholeproblem har gjerne samband med at dei pustar med open munn, dei et og drikk lite og har biverknader av medisinar som for eksempel opiat, antidepressiva og kortison. Det vert hevda at fukting av lepper, munn og svelg fleire gongar i timen har ein lindrande effekt. Fukting kan gjerast ved hjelp av forsiktig drypping med ei sprøyte, ei pipette eller ein kan bruka fuktige eingongssvampar. Sugerefleksen ser ut for å vere den siste reflexen som vert borte, derfor kan ein gjerne la pasientar suge i seg vatn, fruktsaft eller te på ein fuktig kompress, på ei tåteflaske eller gjennom eit sugerør. Ein kan også prøve å la døyande få suge på isbitar med frukt, te eller saft. Det er også mogeleg å fukte munnen med mild Glyserol eller oljer som er blanda med vatn. For eksempel rapsolje, jordnøttolje, matolje og spyttstatningsmiddel som er basert på vatn. Det vert dessutan hevda at salvie- eller kamillete har ein desinfiserande effekt, smakar godt og understøttar spyttsekresjonen. Fukting og smørjing kan verne mot uttørking, lette tale- og svelgfunksjonen og lindre tørste (Strand et al., 2017; Strand, Wolden, Rykkje, Gjellestad & Stenerud, 2005).

I ein studie som omfatta 16 norske sjukehus og 45 norske sjukeheimar, var det 25 % av institusjonane som ikkje hadde prosedyrar for stell av munnen/tennene til døyande bebuarar (Kvalheim et al., 2016). I institusjonar der dei stelte munnen til døyande, vart det vanlegvis brukt ei tang med fukta sterile tupfarar. I om lag 50 % av institusjonane var det inga fukting av munnhola til dei døyande pasientane. Institusjonar som fukta munnhola til døyande brukte gjerne Glyserol, men konsentrasjonen var ofte over 30 % og det vert rekna for å vere for sterkt (ibid). Det finst ikkje forskning på bruka av tang kontra eingongssvamp ved reinsing av munnhola til alvorleg sjuke, men på bakgrunn av

erfaringsbasert kunnskap vert det argumentert for at eingongssvampar eignar seg godt til fukting av tunge og fremre del av ganen, men til reinsing/fukting/smørjing lenger bak i munnhola, må ein gjerne bruke tang og tupfer for at reinsinga/fuktinga/smøringa skal bli effektiv. I den samanhengen er det viktig at ein har godt grep om tupfaren så den ikkje løysnar frå tanga og fell bak i svelget til den pleietrengjande. Det bør ikkje renne vatn frå eingongssvampar eller tupfar (Thorsen, 2015, 2016). Ifylgje ei lærebok i sjukepleie bør alvorleg sjuke som er slappe og medvitslause ligge i sideleie for å hindre at væske renn ned i svelget og vidare ned i lungene (Skaug, 2016, s. 71–77).

OPPSUMMERING

Dei fyrste norske lærebøkene i sjukepleie nemner ikkje tannbørste då slikt utstyr var uvanleg i siste halvdel av 1800-talet. Den fyrste læreboka som skriv om tannbørste kom ut i 1901, men det var fyrst i 1938 nylontannbørsten oppstod. Notidige lærebøker argumenterer for tannpuss minimum to gongar om dagen, men studiar indikerer at munnen til pleietrengjande berre vert pussa og stelt ein gong i døgnet. Pleiarane får vanlegvis lov til å stelle tennene til dei som har tannprotesar, men dei som har eigne tenner kan vegre seg mot hjelp til tannpuss. Pleiarane kan føretrekkje elektrisk tannbørste, medan pleietrengjande kan mislike at pleiarane brukar slikt utstyr inne i munnen deira. Det hender at pleiepersonell må ty til tvang for å få stelt munnen deira. Det finst lite forskning om munn- og tannstellet til døyande menneske.

TOALETTPRAKSISAR

Handtering av urin og avføring er ein integrert del av dei kroppslege vask og stell-tenestene.

EIT HISTORISK PERSPEKTIV PÅ TOALETTPRAKSISAR

Vassklosett er eit relativt nytt fenomen. Elias argumenterer for at individa i mellomalderen kunne gjere frå seg over alt både inne og ute; i hjørnet på eit rom, i trapper, på gobelenga på slottsveggen, på ein mur, rett utanfor inngangsdøra, i gater osv., utan å skamma seg over det (Elias, 1989/1939, s. 226–295). I samband med moderniseringa av vestlege samfunn begynte ein å problematisere slike eliminasjonsformer, og det kom krav om at ein skulle late urin og avføring på kaggar og utedo. På landsbygda kunne det vere vanskeleg å få folk til å konvertere til utedo, fordi det var rikeleg med plass til å huke seg ned i naturen. Då Sundt studerte urin- og avføringspraksisar på Vestlandet på 1860-talet, oppdaga han at vanlege gardsbruk ofte mangla utedo (Sundt, 1975/1869, s. 219–231). Slike innretningar fann han vanlegvis berre på embetsmannsgardane, samt ved skysstasjonar. I ei bygd med 5–6000 menneske kunne det vere mindre enn 10 utedoar. Norske embetsmenn som sat i sunnheitskommisjonar og argumenterte for at folk burde konvertere til utedo, brukte dei gjerne ikkje sjølv, men gjorde frå seg ute, ofte bak ein vegg. Embetsmenn, som folk flest, føretrekte å lette seg i blest og snø ute i det fri, framfor i avlukke og stank, samstundes som styresmaktene utøvde eit sterkt press for å få folk til å slutte med slike umoderne friluftspraksisar (ibid).

Frykmann (1994, s. 164–169) fortel at svenske bønder heller ikkje brukte utedo på slutten av 1800-talet/starten på 1900-talet. I staden sette dei seg gjerne på ei søppeldyngje rett utanfor bislaget. Der kasta dei hushaldsavfall, samstundes som dynga kunne bli brukt som do i andre sine påsyn. Det at kvinnene ikkje brukte noko form for bukser, men gjekk med tjukke, varme kjolar og lange strømper, gjorde det enkelt. Nokon sette seg ned på huk i slike samanhengar, medan andre let vatnet i ståande stilling, ved å halda skjørtet litt frå seg. Etterpå kunne dei dytta skjørtet inn i skrittet og turka seg rein. Dette må truleg ha medført at det lukta, men dei såg ikkje ut til å vere redde for lukt. Dei såg i det heile ut til å vere meir avslappa til kroppslege utsonderingar enn me er vande med. Sjølv om det etter kvart kom eigne avtrede for urin og avføring, var det likevel ikkje uvanleg at svenske bønder i perioden 1880–1910 letta seg på gjødselhaugen inne i fjøset eller berre på ei stang som var plassert på husveggen mellom to bygningar. Når bøndene skulle tørka seg etterpå, brukte dei det som var tilgjengeleg. Det kunne vere gras, mose, treflis eller snø. Å bruke peikefingeren såg heller ikkje ut til å vere uvanleg. Slike eliminasjonspraksisar måtte ein slutte med dersom ein ville vere respektable, moralske borgarar i moderne industrisamfunn (ibid).

I 1881 var Bergen den fyrste norske byen med ordna renovasjonstilhøve på kommunal basis (Lundström et al., 1978, s. 31; Økland, 2000). Byen var delt i 12 distrikt og hadde om lag 11 000 kagge-do med regelmessig renovasjon kvar 14. dag. Moderne vassklosett (WC) med vasslås vart funne opp i England, og der kom dei i alminneleg bruk i 1820-åra. Det fyrste vassklosettet kom til Noreg om lag 1850. I Bergen vart det fyrste WC installert i 1905. Vassklosett var lenge eit statussymbol i det øvre sosiale sjiktet. I 1918 hadde 189 av bustadhusa i Bergen vassklosett. Frå midten av

1920-talet bygde ein ikkje bustader i Bergen som ikkje hadde WC. I 1950 hadde byen om lag 6 000 kaggedo og om lag 26 000 WC (ibid). I dag er vassklosett norma i norske hushald og offentlege bygg. Det vil seie at pleietrengjande bur i bygg som har WC anten dei bur heime eller i helseinstitusjon, men det er ikkje alle som brukar toaletta (Boge, 2019b). Det skal me kome attende til lenger nede i teksten.

NOTIDIGE TOALETTPRAKSISAR

Det er vanleg å lette seg for urin fleire gongar om dagen, medan det ikkje er uvanleg at det kan gå eit par dagar mellom kvar gong ein kvittar seg med avføring. Dersom det går lengre tid enn vanleg mellom tarmtøymingar, kan det oppstå forstopping med tilhøyrande plager (Øverli, 2004, s. 535–547).

PLEIETRENGJANDE SOM IKKJE FÅR KOME PÅ TOALETTET

Det har ikkje vore mogeleg å finne studiar om toalettpraksisane til heimebuande pleietrengjande, men eit avisoppslag om ein 36 år gamal, norsk, multihandikappa, rullestolbrukar som budde i eigen bustad viser at han brukte toalettet tre-fire gongar i veka. Det var for arbeidskrevjande for heimesjukepleiar å hjelpe han på toalettet oftare. Mannen var ofte forstoppa (obstipert) og innlagt på sjukehus med store smerter (Glatved-Prahl, 2015). Studiar frå norske sjukeheimar viser at pleietrengjande i slike institusjonar heller ikkje får kome på toalettet og/eller skifte bleie så ofte som dei treng det (Boge, 2008, s. 124–129; 2019). Av 861 fastbuande sjukeheimsbebuarar er det 147 (17,1 %) som vanlegvis ikkje brukar toalettet (Boge & Petersen, 2019; Boge & Petersen, 2016). Norske sjukeheimsbebuarar kan få beskjed om å bruke bleier i staden for å få hjelp til å kome seg på toalettet (Haagensen, 2018). I norske sjukeheimar får bebuarane ofte på seg bleier med stor absorpsjonskapasitet om natta. Det kan sjå ut til at bleiene ikkje vert skifta om dei ikkje er tilskitna med avføring. Dermed kan pleietrengjande som er våte klokka 22, bli liggjande i fuktig bleie til neste morgon og kjenne seg våte og kalde. Når dei ber om tørr bleie kan pleiepersonell argumentere for at bleia rommar meir urin (Boge, 2008, s. 128). Sjølv om bleia rommar meir, kan det kjennast uverdigg å ha på seg vått inkontinensutstyr. Dessutan disponerer våte bleier for urinvegsinfeksjon (Omli et al., 2010). Manglande hjelp i toalettsituasjonar er ikkje noko særnorsk problem. Avisoppslag og debattar i Danmark viser at pleietrengjande som bur i sjukeheim ikkje får den hjelp dei treng i toalettsituasjonar (Kjær, 2019). Rapportar frå fleire vestlege land viser at pasientar på sjukehus kan bli verande i våte bleier og ekskrement i timesvis fordi dei ikkje får hjelp til å kome seg på toalettet (Darbyshire, Ralph & Caudle, 2015). Lite hjelp i toalettsituasjonar er noko av det pasientar på engelske sjukehus klagar mest på (Dean, 2012).

MANGEL PÅ PLEIEPERSONELL SOM KAN HJELPE TIL I TOALETTITUASJONAR

I ein norsk studie svarte 43 % av 1 640 sjukepleiarar som arbeidde i dei kommunale pleietenestene at mange pleietrengjande kunne klart seg utan bleier om bemanninga hadde vore betre (Ruud & Dommerud, 2015). Pleietrengjande kan bli utstyrt med bleier i staden for å bli hjelpt til toalettet, fordi pleiepersonalet har for mykje å gjere (Boge, 2019b). Toalettsituasjonar/bleieskift er spesielt krevjande når pleietrengjande er ustødig

og ikkje kan stå på føtene sine. Ein studie av toalettpraksisane til 16 bebuarar i to norske sjukeheimar viser at dei fire bebuarane som hadde hatt hjerneslag/-bløding, som berre kunne bruke ein arm, som var ustødige, ikkje kunne stå på beina og som hadde problem med å uttrykkje seg verbalt, ikkje brukte verken toalett eller dostol til dagleg. Så å seie all urin og avføring vart avlevert i bleier. Ei av desse pleietrengjande hadde tidlegare brukt ein toalettstol kvar morgon og kvar kveld. Det hadde ho sett pris på, men desse faste toaletttrutinane var avslutta fordi pleiarane ikkje hadde tid til å vere i rommet/nærleiken til den pleietrengjande var ferdig på toalettstolen. I staden låg den pleietrengjande gjerne til sengs i ei fosterliknande stilling i senga når ho kvitta seg med avføring, om ekskrementa ikkje allereie var avlevert i bleia ho hadde på seg (ibid).

Pleietrengjande som ikkje kan stå på føtene sine kan bli sitjande i rullestol i mange timar etter at bleia har vorte våt, fordi dei må heisast i seng for å få skifta på seg. Ei kvinne som var plaga med kløe og sår nedantil, trudde plagene hadde samband med at ho sat lenge i våte bleier (Boge, 2008, s. 128–129). Når pleietrengjande får kontakt med ein pleiar og ber om hjelp til å kome seg på WC, er det ikkje sikkert at denne pleiaren hjelper bebuaren, for det er gjerne slik at pleiar berre hjelper «sine» pleietrengjande på toalettet/bleieskift. Denne praksisen har ikkje samband med at pleiarane tykkjer det er ekkelt å handtere urin og avføring, men at det er tungt og tidkrevjande å hjelpe pleietrengjande på WC/skifte bleie, så pleiarane prøver å dele på arbeidet (Boge, 2008, s. 127–128). Uansett kor imøtekomande pleiarane er, kan dei ha problem med å hjelpe pleietrengjande med urinvegsinfeksjon på WC så ofte som dei vil. Det har dei rett og slett ikkje personale til, for det krev at bebuar har ein pleiar disponibel i nærleiken heile tida. Derfor prøver dei å utsetje det litt, slik at det i alle høve går to timar mellom toalettbesøka, men det kan vere vanskeleg å praktisere slike grenser (Boge, 2008, s. 126).

BYGG OG TEKNOLOGI SOM KAN GJERE DET VANSKELEG Å BRUKE TOALETT

At pleietrengjande ikkje brukar toalettet kan også ha samband med at bygg og teknologi ikkje er tilpassa pleietrengjande sine kroppar (Nettleton, Buse & Martin, 2018). Den amerikanske arkitekten Alexander Kira argumenterer for at baderom truleg er det viktigaste rommet i ei bygning, men også det som er dårlegast designa (Kira, 1976). Den engelske arkitekten Clara Greed som studerte offentlege toalett, argumenterer for at i tillegg til at det er få WC, er dei toaletta som finst ofte lite funksjonelle, spesielt for kvinner, fordi kvinner vanlegvis sit på slike innrettingar (Greed, 2004). Fagutviklingsprosjekt viser at baderom i sjukehus (Lunde & Eek, 2014) heller ikkje er utforma i tråd med pleietrengjande sine behov. Det same viser rapportar frå sjukeheimar (Boge, 2014b). Sjukeheimsbebuarar brukar gjerne stokk eller krykker, men ein studie frå 20 norske sjukeheimar viser at det ikkje finst stokk/krykkehaldarar på toaletta (ibid).

Når menneske har demenssjukdom, slik mesteparten av norske sjukeheimsbebuarar har (Demensplan, 2015, s. 18), er det viktig at bueiningane er utforma slik at ein kan sjå toalettet frå senga. Men ovanfornemnde rapport frå 20 norske sjukeheimar viser at bueiningane var utforma slik at pleietrengjande ikkje kunne sjå WC frå senga (Boge, 2014b). Same rapport viste at det ofte var umogeleg for bebuarane å nå toalettapiret og skyljemekanismane når dei sat på toalettet, at servantane ofte var uheldig plassert og at det gjennomgåande var få støttepunkt i rommet. Det var vanlegvis ikkje mogeleg å justere høgda på toalettet eller handtaka ved toalettet.

Toalett som er regulerbare kan bidra til at bebuarane kan ha ein tilnærma hukliknande posisjon når dei er på toalettet. Ein slik posisjon bidreg til å rette ut den anorektale vinkelen slik at ekskrementa lett kan skli ned i toalettet (Enders, 2015; G. Johnsen, 2007; Molenbroek, Mantas & de Bruin, 2011). Toalett som kan justerast vil også gjere det mogeleg å ha føtene på golvet og såleis bidra til stabilitet (Furu, 2008). Pleietrengjande som ikkje kan stå på føtene sine er avhengige av heis for å kome seg på toalettet. Takmonterte heisar kan leggje til rette for at det vert relativt enkelt å transportere pleietrengjande til toalettet (Furu, 2008; Google, 2018). Ein studie av badarom i 20 sjukeheimar viser at det var ulik takhøgde i badarom og soverom/opphaldsrom, så ingen av bueningane hadde gjennomgåande takheisskinner mellom bebuar sitt soverom/opphaldsrom og badarommet (Boge, 2014b; Boge et al., 2017). Sjølv om det er takheis som transporterer pleietrengjande til toalettet, kan ustødige pleietrengjande ha vanskar med å sitte på ordinære toalett og enkle dostolar (Boge, 2019b). Om ustødige pleietrengjande skal sitte stødig i toalettsituasjonar kan dei trenge dostolar som er tilpassa kroppande deira. I studiar om toalettpraksisar i norske sjukeheimar har det ikkje vore mogeleg å identifisere toalettstolar som kan tilpassast og stabilisere pleietrengjande (Boge, 2014b; Boge et al., 2017). Pleietrengjande kan vere ute av stand til å seie i frå om at dei har trong for å kome seg på toalettet/skifte bleie og dei kan vere ute av stand til å bruke veggfaste alarmsystem eller alarmar som er festa til kroppen. Dermed kan det vere vanskeleg å tilkalle hjelp når dei har trong for å kvitte seg med urin og avføring. I slike høve kan ein tenkje seg at bleier med sensorar som registrer når bleia er våt/tilskitna, vil redusere tida pleietrengjande har på seg våte og tilskitna bleier (Fish, 2013), men det har ikkje vore mogeleg å finne lovande studiar om bleier med sensorar (Roe et al., 2011).

DEI SOM IKKJE VIL BRUKE BLEIER

Uansett kor god bemanning og teknologi ein har, vil det vere pleietrengjande som ikkje har kontroll over urin og avføring, og som vil trenge bleier. Pasientar kan mislike slikt utstyr og prøve å fjerne bleiene. Det skjer gjerne om natta når dei har mindre klede på seg og lettare får tak i bleiene (Boge, 2019b). Eit eksempel er «Tora», som har alvorleg kognitiv svikt. Når ho har fjerne bleia, kan senga bli både våt og tilgrisa. Då prøver ho å stå opp, men beina set seg fast innimellom sengegjerdet, derfor er senga polstra slik at ho ikkje skal skade beina. Dersom sengegjerdet er nede, vil «Tora» stå opp og det er problematisk fordi ho er svært ustødig og har lett for å dette. Om ho ikkje fell, kan ho gå naken ut i gangen. Då pårørande vart klar over dei nattlege problema, samtykte dei i at «Tora» skulle prøve heildekkande dress med knepping bak. Etter at «Tora» begynte med slik nattdress, har ho sove mykje rolegare.

«Gro» fjernar også bleier om natta, og vaknar når ho har vorte våt. Då må pleiarane skifte både på «Gro» og senga hennar. Dette gjer nattesøvnen uroleg for «Gro», i tillegg til at det blir mykje ekstraarbeid for pleiarane. Ei løysing på problemet er at «Gro» får ein heildekkande dress med knepping bak, slik «Tora» bruker. Bruk av slike dressar er rekna for tvangstiltak, så utstyret kan ikkje brukast utan samtykke frå den pleietrengjande eller pårørande/verge. Tiltaket må meldast til fylkeslegen. «Gro» som har hatt hjerneslag, kan verken snakke eller skrive, og det er vanskeleg å vurdere kor klar og orientert ho er. Ho har ingen demensdiagnose, men pleiarane vurderer det slik at det ikkje verkar adekvat å ta av seg tørre bleier, for så å late urin i senga og bli våt frå topp til tå. Sidan det ikkje er påvist at «Gro» har demens sjukdom, meiner pårørande

at «Gro» sjølv må avgjere om ho vil ha på seg ein heildekkande dress om natta eller ikkje. Når pleiarane prøver å ta dressen på «Gro» viser ho med heile den friske delen av kroppen at ho ikkje vil ha dressen, så dei gir opp forsøket. Av og til går det berre 40 minutt imellom kvar gong pleiarane skiftar på «Gro» og senga hennar. Pleiarane tykkjer «Gro» sine bleiepraksisar er utfordrande fordi ho blir liggjande i urin, ho er plaga med hudkløe, søvnen blir ofte avbroten og bleiepraksisane hennar tek så stor plass at pleiarane får mindre tid til andre pleietrengjande (ibid).

PERMANENT URINKATETER

Enkelte pleietrengjande føretrekkjer permanent kateter framfor bleier eller eingongskatetrisering, men permanente kateter aukar faren for urininfeksjonar og oppvekst av resistente bakteriar (Dilista, Humera, Dragan, Sead & Rahima, 2013; Hazelett, Tsai, Gareri & Allen, 2006). Regelmessig katetrisering med eingongskateter medfører ikkje same fare for oppvekst av resistente bakteriar, men eingongskatetrisering eignar seg ikkje for alle. «Clara» som er klar og orientert slutta med eingongskatetrisering fordi ho ikkje klarte å tenke på stort anna enn neste katetrisering (Boge, 2019b). Ho ringde gjerne på ein time føreåt for å minne pleiarane om katetriseringa. Denne kvinna var glad då ho fekk permanent kateter, sjølv om ho visste at det auka faren for oppvekst av resistente bakteriar. Sjølv om ho etter kvart fekk oppvekst av resistente bakteriar, ville ho likevel halde fram med det permanente kateteret framfor eingongskatetrisering (ibid).

OPPSUMMERING

WC oppstod i England i 1820, men det var fyrst i etterkrigstida at slike sanitære installasjonar vart standard i norske husstandar. Det kan vere vanskeleg for pleietrengjande å bruke ordinære WC eller enkle dostolar fordi dei kan vere ustødige, fordi dei ikkje når toalett papiret og skyljemekanismane når dei sit på toalettet, fordi høgda på toalett og handtak ikkje kan justerast, fordi servantane er plassert for langt vekke eller manglar handtak, fordi det er få støttepunkt i rommet eller fordi takheisar ikkje er gjennomgåande mellom bebuar sitt rom og badet/toalettet. Sjølv om bygg/teknologi er optimalt, kan det vere at pleietrengjande må avlevere mesteparten av urinen og avføringa i bleier, fordi det manglar nok pleiepersonell.

VELVERE VED KROPPSLEG VASK OG STELL

I lærebøker i sjukepleie er det stor vekt på hygieniske prinsipp og minst mogeleg blottlegging ved kroppslig vask og stell (Kristoffersen et al. 2016). Verken i dei konkrete øvingane eller i lærebøker i sjukepleie får studentane innføring i korleis dei kan massere kroppar samstundes som dei vaskar og steller pleietrengjande (ibid). Men ved ei geriatrisk avdeling ved Churchill hospital i Oxford vart pasientane masserte over heile kroppen med oljer to gongar om dagen i det dei vart vaska og stelt. Attåt vart det spelt musikk. Både massasjen, oljene og musikken, som gjerne var naturlydar, var tilpassa den enkelte. Pasientane ved avdelinga var eldre. Mange hadde hatt hjernebløding/-slag og var plaga av kraftløyse. Det var avdelingssjukepleiar Helen Passant som hadde kjempa fram sjukepleia som omfatta ein kombinasjon av oljer/musikk/full kroppsmassasje to gongar om dagen. Passant forska ikkje, men ho har skrive to fagnotat om arbeidet i avdelinga (Passant, 1990, 1991). Som eit ledd i arbeidet med å forbetre sjukepleia, skaffa ho seg massasjeutdanning, og begynte å lære opp pleiarane på avdelinga. Mange av pleiarane protesterte og fleire slutta, både fordi dei ikkje hadde lyst til å massere pasientar, og fordi dei meinte det ville ta for lang tid. Dei nye som begynte på avdelinga, starta gjerne fordi dei tykte Passant sin måte å utføre sjukepleie på var spennande. Etter kvart bygde dei opp ein stab som både ville og kunne kombinere massasje, musikk, oljer og kroppsvask. Denne måten å vaske og stelle pasientar på tok ikkje lengre tid enn ein ordinær, dagleg kroppsvask, men når stellet var avslutta, hadde heile kroppen vorte rørt ved på ein vennleg måte. Endringane i sjukepleia hadde vorte gjort utan ekstra midlar (ibid). For nokre få år sidan kontakta forfattaren av denne oppsummeringa Churchill Hopsital i von om å treffe Helen Passant, men ho var død. Med henne forsvann også kombinasjonen massasje og kroppsvask. At konseptet vart borte er forståeleg i lys av moderne normer for kroppslig samkvem (jf. ovanfor) men underleg i lys av overtydande litteratur om kor positivt det kan vere for pasientar å bli rørt ved for velveret sin del (Autton, 1990 ; T. Jensen, 2004; Montagu, 1986; Moore & Gilbert, 1995; Routasalo, 1996; Routasalo & Isola, 1996, 1998). Forsking viser at lett kroppsmassasje kan redusere smerte og angst, gjere det lettare for pasientar å snakke med andre personar (Sansone & Schmitt, 2000) og aggressive pasientar med demenssjukdom blir rolegare når dei får massasje (Holliday-Welsh et al. 2009). Eit fagutviklingsprosjekt viser at massasje av føter om kvelden kan fremje søvn (T. Jensen, Løkhaug, 2007).

VELVEREMASSASJE VED KROPPSLEG VASK OG STELL

Lærebøker i sjukepleie underkjenner ikkje at pasientar kan erfare kroppsvask som velvere. I 1860 skreiv Nightingale at «den lettelsen og velbehaget de syke føler etter at huden er blitt grundig vasket og tørket, er en av de vanligste observasjoner man gjør ved en sykeseng. Men man må ikke glemme at velbehaget man oppnår, ikke er alt, det er bare et tegn på at livskraftene har fått ny styrke fordi det som hemmer dem er fjernet». (Nightingale, 1997/1860, s. 136–137). Nightingale poengterte at det viktigaste ikkje er velvere, men å fjerne avfallsstoff frå huda. Ho argumenterte for at pasientar kan bli forgifta av sine eigne avfallsstoff om ein ikkje ein er nøye med tøyskift og vasking (ibid).

I Noregs fyrste lærebok i sjukepleie er det ikkje fokus på velvere i samband med kroppsvask og bad (Nissen, 2000/1877). Andre lærebøker som var i bruk i Noreg i perioden 1879–1940 argumenterer heller ikkje for at berøring er viktig i samband med kroppspeie og bad. Kroppsvask og bad vert utført for å fjerne skit, avfallsstoff og utøy. Reinsingsbada skulle ikkje vare lenger enn det som var nødvendig for å bli rein. Andre bad kunne brukast som behandling av sjukdommar, men ikkje for velveret sin del (Grøn & Widerøe, 1921; Kaurin, 1879; Waage, 1901). I læreboka som kom ut i 1941, skjer det ei endring. Der vert det argumentert for at kroppsvasken bør gjerast på ein god måte: «La bevegelsene følge rolig og systematisk etter hverandre, så arbeidet ikke får et stakkatopreg» (Jervell, 1944/1941, s. 31). Vidare står det at pasientar bør få sengebad så ofte som mogeleg, ikkje berre for hygien sin del, men også for velveret sin del (ibid, s. 96). Den norske læreboka frå 1941 vart avløyrt av tolvbandsverket til Kjellaug Lerheim/ Norsk Sykepleierforbund i 1967/68. I dette læreverket vert det argumentert for at det daglege stellet kan fremje velvere og trivsel. Men som i verdas fyrste lærebok i sjukepleie, vert det også i dette verket argumentert for at formålet med den daglege hudpleia ikkje er velvere, men å fjerne smuss, avfallsstoff og smittestoff og å fremje blodsirkulasjonen (Lerheim & Sykepleierforbund, 1967, s. 146–149; Nightingale, 1997/1860, s. 136–137).

I Pamela Mitchell si lærebok som var i bruk i Noreg i siste halvdel av 1970-talet, vert det også argumentert for velvere i samband med kroppsvask; «en føler velvære ved å være rein og sosialt akseptabel» (Mitchell, 1975, s. 420). Både denne sistnemnde læreboka og Waage si lærebok frå 1901 har eit eige avsnitt om massasje. I læreboka frå 1901 er massasjen frikopla frå kroppsvask, og det vert argumentert naturvitskapleg for denne forma for behandling (Waage 1901, s. 123–24). I læreboka til Mitchell frå 1975 er massasjetemaet inkludert i kapittelet om kroppspeie, men også der er massasjen frikopla frå kroppsvask. Læreboka opererer med detaljerte forskrifter om korleis sjukepleiar kan utføre ryggmassasje, og det vert argumentert for at slik berøring kan fremje muskelavslapping og velvere, men elles er velvere i liten grad knytt til kroppspeie. I dette læreverket, er derimot velvere tydeleg relatert til søvn og kvile (Mitchell, 1975, s. 424, 445). Læreboka til Pamela Mitchell var hovudverket i grunnleggjande sjukepleie på slutten av 1970-talet då forfattern av denne teksten tok sjukepleieutdanning, men læreboka sin argumentasjon for ryggmassasje fekk ingen konsekvensar for den praktiske undervisinga om korleis kroppen burde vaskast og stellast. Det var inga undervising i massasje. I ei av dei mest brukte lærebøkene i grunnleggjande sjukepleie frå vår tid er det eit eige kapittel om kropp og velvere (Bjørk & Breievne, 2016, s. 13–43). I dette kapittelet vert det argumentert for at kroppslig vask og stell av pasientar må gjerast på måtar som skaper velvere. Men verken kapittelet om kropp og velvere eller kapittelet i same bok om vask og stell av kroppen (Kristoffersen et al., 2016, s. 68–69), omfattar opplæring i korleis ein kan gje pasientar velveremassasje. I ein studie vart nyopererte pasientar spurt om korleis dei likte tanken på å bli massert på rygg og føter i samband

med kroppsvask (Boge, 1999, s. 60–61). To av åtte sa at slik berøring hadde dei sett stor pris på, men dei trudde ikkje at det ville vere større rom for slike velveretiltak på sjukehus. Dei to mennene som ikkje likte tanken på massasje sa ikkje noko om kvifor, men det kan vere at dei relaterte slik kroppslig berøring til seksualitet (Autton, 1990, s. 25).

Ein studie frå 2008 viser at det var sjeldan pasientar vart kroppslig rørt ved berre for velveret sin del (Boge, 2011, s. 75–79). Når pasientar fekk salver på seg, var det vanlegvis for å hindre at huda skulle bli sår, spesielt nedantil, eller for å behandle sår og kløande hud. Ein gong smurde ein pleiar ein pasient over heile kroppen i samband med dusj. Dette sa pleiaren at ho gjorde for at pasienten skulle oppleve velvere, ikkje fordi pasienten var sår, hadde tørr hud eller liknande. Men intervju med andre pleiarar og med pleietrengjande viste at det var høgst uvanleg at pasientar vart smurde over heile kroppen for velveret sin del. Sjølv om det var uvanleg med fullkroppssmørjing, gav pleiarane uttrykk for at det var eit visst rom for velveresmøring på føtene. Studien viser at ein pasient fekk smurt føter og leggar for velveret sin del i samband med eit morgonstell (Boge, 2011, s. 76). Ved intervju med pasienten etterpå kom det fram at bebuaren elles ikkje brukte å bli smurt verken på føtene eller andre delar av kroppen. Smørjinga som vart observert var truleg eit resultat av at ein forskar var til stades, men pleiarar fortalde at det var somme som fekk smurt føtene som eit velveretiltak når dei hadde lagt seg til sengs om kvelden. Tilbodet om smørjing på kveldstid omfatta ikkje alle pasientar. Ei kvinne fortalde at ho hadde sett stor pris på å få smurt beina sine, men ho ville aldri våge å spørje om det, trass i at hælane var tørre. Ho rekna med at pleiarane hadde smurt henne, utan at ho bad om det, dersom slikt var ein del av pleia, men velveretiltak verka tilfeldige og i større grad avhengige av kva for ein pleiar som var på vakt (ibid). Enkelte pleiarar sette vaskefatet i senga i samband med morgonstell, og lét pasientane bløyte hendene sine i det varme vatnet (Boge, 2011, s. 76). Denne forma for handvask såg det ut til at dei utførte fordi dei ville gjere noko godt for pasienten, ikkje for å fjerne skit eller redusere mengda av mikrobar. Men det kan vere at det vart gjort fordi det var ein forskar til stades i rommet. Det var i alle høve ein av pleiarane som sa at det med å leggje hendene til pasientar i varmt vatn eller vaskefat var noko ein lærte på skulen. Pleiaren meinte at det var typisk at det vart gjort i starten når ein var nyutdanna. Når ein vart klar over at ein i alle fall burde få opp tre pasientar før frukost, og at ein som oftast måtte gjere all kroppsspleie for dei, sløyfa ein tiltak som kravde ekstra tid, som for eksempel å la bebuar ha hendene i varmt vaskevatt (ibid).

MUSIKK VED KROPPSLEG VASK OG STELL

Studiar viser at musikk i pleiesituasjonar kan fremje velvere, hukommelse, avslapping og søvn (Bachmann & Lindhart, 2007; Bastø & Frantzen, 2005; Hicks-Moore & Robinson, 2008; Myskja, 2006; Remington, 2002). I ein studie på ei sjukeheimsavdeling vart bebuarane samla i stova etter kveldsmaten, om lag klokka 18.30–19.00. Der vart det spelt roleg, variert musikk i fellesrom i ein halv time. CD-en var samansett av kjende norske voggesonar (Boge, 2014a, s. 67). Det sat alltid ein eller fleire pleiarar saman med pasientane, og det vart utført handmassasje på dei pasientane som ynskte seg det, og det ville alle ha. Det var ingen problem med å finna tid til å spele roleg musikk/massere hender i fellesrom om kvelden, uavhengig av om det var studentar til stades eller ikkje. Etter at musikk/massasje-tilbodet i stova var avslutta, fekk pasientane hjelp til å leggje seg, og då prøvde ein å gje pasientane tilbod om roleg musikk og massasje av føter og/eller hender på det private rommet deira. Det viste seg at mange pasientar sette stor

pris på dette tiltaket også, og dei kunne bli rolege og sovne i det pleiarane masserte dei. Etter at prosjektet starta, tykte pleiarane på kveldstid at fleire av pasientane hadde vorte rolegare om kvelden, og at dei sovna lettare i det dei la seg. Nattevaktene rapporterte om rolegare netter etter at prosjektet vart sett i verk. Men det var vanskeleg å finne tid til massasje av føter/hender i det bebuarane la seg når det ikkje var studentar i avdelinga (ibid).

SPA I SJUKEHEIM

I ein studie av 20 norske sjukeheimar var det ingen som hadde badekar og SPA-tilbod (Boge, 2014b), men når ein brukar søkjeorda spa + sykehjem på Google, dukkar det opp fleire norske sjukeheimar som har innretta SPA/velvererom. At sjukeheimar lagar rom for kroppsleg velvere berøring er i pakt med vår tid. Det finst vel snart ikkje eit hotell med respekt for seg sjølv som ikkje har ei velvereavdeling, og det finst mengdevis av institutt som tilbyr velvereberøring. Men det er ikkje sikkert at det vert meir velvere i den daglege kroppspleia i det norske helsevesenet, sjølv om det oppstår SPA-tilbod både utanfor og innanfor slike institusjonar. Det kan sjå ut til at det som har med velvere å gjere, slikt som fot- og hårstell delvis har vorte utradert frå den daglege kroppspleia (Boge, 2011, s. 75–79). Ved sjukeheimar er det gjerne fotpleiarar og frisørar som yter slike tenester. Kanskje SPA i sjukeheimar også vil bli utført av andre faggrupper enn sjuke- og hjelpepleiarar? Kanskje SPA også blir eit tilbod som pasientar må betale ekstra for, slik som for fotstell og hårvask? Dersom det daglege kroppslege pleiearbeidet skal romme velvereberøring, kan det krevje ei anna opplæring av pleiepersonell enn det me har i dag.

OPPSUMMERING

Pleietrengjande kan ha stor glede av velveremassasje, men lærebøker i grunnleggjande sjukepleie gir ikkje konkret innføring i velveremassasje i samband med kroppsleg stell. Hovudfokuset i undervisinga er på hygieniske prinsipp og minst mogeleg avkledning. Studiar viser at pleiepersonell vanlegvis ikkje praktiserer velveremassasje i den daglege kroppslege pleia, og at det heller ikkje er vanleg å kombinere kroppsleg vask og stell med musikk.

KJØNN OG SEKSUALITET I KROPPSLEGE PLEIESITUASJONAR

Bakgrunnen for at det har vore relativt lite fokus på velvere i lærebøker i sjukepleie, kan vere redsla for at kroppar kan reagere seksuelt på vennleg berøring.

EIT HISTORISK PERSPEKTIV PÅ KJØNN OG SEKSUALITET VED KROPPSLEG PLEIE

I førmoderne samfunn bada ein ikkje for hygienen, men for velveret sin del, og bad kunne romme sensualitet og seksualitet (Sundt, 1975/1989, s. 313–320; Vigarello, 1988, s. 21–48, Elias, 1989, s. 226–295). I moderne samfunn vart seksualitet mellom ektefolk den einaste forma for legitim seksualitet (Foucault, 1995/1976, s. 13–14, 62–86, 167–175). I samband med modernisering vart dei sosiale badeskikkane borte i Tyskland og Danmark, Sverige og Noreg (Sundt, 1975/1869). Den moderne kroppsvasken skulle helst bli utført i einerom. Kvinnene måtte lære å vaske seg med klut, såpe og vatn utan å ta av seg undertøyet (Frykman 1994, s. 185–221). Samstundes som det var eit ideal å vaske heile kroppen kvar dag, var det ufint å gje til kjenne at ein hadde kjennskap til korleis menneske såg ut under kleda. Ein måtte lære å temme drifter, kjensler og impulsar. Måten dei ukultiverte snakka om kroppen på, verka pinleg og upassande i borgarlege salongar, der alt som hadde med kropp og seksualitet å gjere vart utradert frå språket i perioden 1880–1910. Kropp var noko ein ikkje hadde. Ein måtte late som om ein ikkje eingong visste at kvinner hadde to bein (ibid). På 1860-talet, då faglært sjukepleie vart etablert i Noreg, kunne førmoderne vaskeskikkar enno bli praktisert, og det var ikkje uvanleg at kvinnene vaska mennene på laurdagskvelden. Husmora vaska gjerne ektefellen, systre vaska brør, og tenestejenter vaska tenestegutar (Sundt 1975/1869, s. 295). Men denne skikken var i ferd med å bli avvikla, fordi den vart rekna for uanstendig (Sundt 1975/1869, s. 320). Dei moderne kroppsslege normene nedfelte seg i lærebøker i sjukepleie. I den fyrste norske læreboka i sjukepleie vert det argumentert for minst mogleg avkledning ved kroppssleg pleie og for at diakonissa måtte sleppe å bade og sleppe å katetrisere menn (Nissen 1877, s. 23, 34).

NOTIDIG HANDTERING AV KJØNN OG SEKSUALITET VED KROPPSPLEIE

I lærebøker frå vår tid vert det undervist om vask av kjønnsorgan, om katetrisering og det vert nemnt at det kan oppstå ereksjon ved kroppsleg stell. Det er inga drøfting av korleis pleiepersonell kan handtere ereksjon i samband med kroppsleg pleie (Kristoffersen et al., 2016, s. 65, 380, 69, 274–279). I VAR Healthcare, som er ei oppdatert prosedyre- og kunnskapsbase for norske helsetenester, vert det argumentert for at sjukepleiaren bør avslutte vaskinga og legge eit handklede over genitalia til ereksjonen er over og vaskinga kan halde fram. Det vert vidare argumentert for at ein gjerne må distrahere pasienten med småprat i slike situasjonar (VAR, 2019).

UFRIVILJUG EREKSJON

Argumentasjonen i VAR er i samsvar med den australske sjukepleiaren og sosiologen Jocalyn Lawler sin studie om kroppsleg pleie (Lawler, 1996, s. 200–218). Studien viser at menn kunne reagerte med ufrivillig ereksjon når dei blir rørt ved nedantil i samband med kroppsvask. I slike høve valde sjukepleiar å oversjå ereksjonen. Det vart vanlegvis ikkje kommentert. Ein annan studie viser at ein mann tykte ereksjon hadde vore vanskeleg i starten, men etter kvart gjekk det greitt (Boge, 2011, s. 79–81). Han sa ikkje om det innebar at det sjeldnare oppstod ereksjon, eller om det var det at han ikkje vart skjemd over ereksjon lenger. Pleiarane rekna ereksjon for ein normal fysisk reaksjon som ikkje vart kommentert. Pleiarane heldt fram med vaskinga som om ingen ting hadde hendt. Samstundes som dei var vare for signal om at pasienten var ukomfortabel med situasjonen (ibid).

MINST MOGELEG AVKLEDING

Ein studie frå 2008 viser at det var vanleg at underlivet var tildekt når overkroppen vart vaska, og omvendt (Boge, 2008, s. 150–151). Den stunda overkroppen var avkledd, vart kvinnebrysta dekte til. Det hende at pleietrengjande ville vere heilt nakne under heile kroppsvasken. Det var uproblematisk for pleiarane så lenge det ikkje var seksuelle undertonar i slike avgjersler (ibid).

SEKSUELL OPPFØRSEL VED KROPPSLEG STELL

Lawler (1996) som har gjort banebrytande forskning om arbeidet bak skjermbretta, argumenterer for at det eksisterer eit taust regelverk om profesjonalitet i samband med kroppsvask. Det inneber at både den pleietrengjande og pleiaren er diskret og ikkje blottlegg kroppen meir enn nødvendig, og at den pleietrengjande er føyeleg og samarbeidsviljug. Profesjonalitet vert vidare understreka ved bruk av uniform og gjennom markering av at nedantil-stell, bleieskift osv. er eit heilt vanleg profesjonelt arbeid som ein har gjort mange gongar før (Lawler, 1996, s. 154–158, 200–218). Lawler nemner ikkje spesielt hanskebruk, men det er vanleg å bruke hanskar ved nedantil stell for hygien sin del. I tillegg kan hanskar skape ein viss kroppsleg avstand. Lawler sin studie viser at pleiarane mislikte og avviste pleietrengjande som uttrykte seksuelle behov i samband med kroppsleg stell. I slike høve valde gjerne pleiarane å vere to saman i det kroppslege stellet, gjere seg raskt ferdige, eller la ein pleiar med same

kjønn som den pleietrengjande, overta det kroppslege stellet av den aktuelle personen (Lawler, 1996, s. 200–218). Forskinga til Boge (2008, s. 146–150) viser at pleiarane, hovudsakleg kvinner, ikkje tykte at det var vanskeleg å handtere seksuelle tilnærmingar eller ufriviljug ereksjon når menn hadde nedsett kognitiv funksjon. Verre var det når adekvate, mannlege pleietrengjande bad om meir vask og smørjing nedantil etter at dei hadde fått ereksjon. Det kunne gje pleiarane ei kjensle av at pleietrengjande prøvde å tilfredsstille seksuelle behov. Det var eit brot med forventingane om kroppskontroll ved kroppsvask. Det hende at mannlege pleietrengjande i sjukeheim kunne prøve å ta kvinnelege pleiarar på brysta, baken, prøve å kle av dei og liknande. Det også var eit brot med normene for kroppsleg vask og stell, og vart bestemt og vennleg avvist. Det var vanlegvis menn som gav kvinnelege pleiarar uynskt seksuell merksemd, men det hende at kvinner seksualiserte kroppslege vaskesituasjonar (ibid). Verken mannlege eller kvinnelege pleiarar likte å vaske og stelle bebuarar som seksualiserte kroppsleg vask og stell, men det var uproblematisk å handtere pleietrengjande som fleipa om at det var plass til fleire i senga og slikt (ibid).

MANNLEG PLEIAR

Det finst relativt mykje forskning om at kroppsleg berøring i pleiesituasjonar kan vere spesielt komplisert når pleiaren er mann (Bjork & Breivne, 2016, s. 24–30; Boge & Kristoffersen, 2002 ; Moore & Gilbert, 1995; Routasalo, 1996; Routasalo & Isola, 1996; Sansone & Schmitt, 2000). Dette kan ha samband med at menn sin funksjon i samver med nakne kvinnekroppar gjerne har vore av seksuell art, og at menn vert framstilt som seksuelt aktive og pågåande. Kvinner derimot vert framstilt som passive seksuelt. Dette kan vere grunnen til at verken menn eller kvinner opplever kvinner som seksuelt trugande i pleiesamanheng (Twigg, 2000a, s. 45–76). Ein skulle kanskje tru at mannlege pasientar likte best å bli vaska av mannlege pleiarar, men slik var det ikkje i ein studie frå ein sjukeheim (Boge, 2008, s. 152–153). Ein av dei erfarne mannlege pleiarane meinte tvert om at kvinner flest aksepterte mannlege pleiarar, men at han oftare møtte menn som var skeptiske. Ein mannleg pasient fortalde at han hadde tenkt på homofili første gongen han hadde vorte vaska og stelt av ein mannleg pleiar, og hadde følt det litt ubehageleg, men det hadde gått fort over. Skepsisen mot mannlege pleiarar hadde ikkje samband med at mennene ikkje var like dyktige som kvinnene. Det var forskjell på kor dyktige pleiarane var, men mannen som hadde tenkt på homofili, meinte det galdt både menn og kvinner (ibid).

Sjølv om det er ein viss skepsis mot mannlege pleiarar, så ser det ut til å vere uvanleg at pleietrengjande reserverer seg frå å bli pleia av menn. Men det vart avisoppslag i Danmark då ei kvinne på 85 år fekk ein velvaksen, mørk mann som pleiar i heimesjukepleia. Dette tykte både ho og familien var ille. Ho nekta å bli bada, vaska og kledd på av denne mannen (Sjørup, 2001). Det kan sjå ut til at det kan vere spesielt pinleg for kvinner å få hjelp til kroppsleg pleie av ukvalifiserte menn som dei ikkje kjenner, men når dei vert pleia av kvalifiserte menn som dei kjenner, ser det ut til at kjønn er irrelevant (Boge, 2008, s. 153). Pleietrengjande verkar generelt meir opptekne av kompetanse og kontinuitet enn kva kjønn pleiaren har. Det er som om kompetente personar fyrst og fremst er pleiarar og ikkje menn og kvinner. Når ein får kvalifisert hjelp, ser det ut til at det kroppslege stellet går automatisk etter ein bestemt plan, og det kjennest trygt og godt. Det er noko heilt anna når ukvalifiserte skal utføre det same arbeidet. Ei kvinne fortalde om ein mannleg pleiar som ikkje hadde vaska henne ordentleg nedantil, og

derfor likte ho ikkje å bli stelt av han. Men etter kvart som ho hadde vorte betre kjend med han, og han hadde vorte flinkare, så gløynde ho mest at han var mann (ibid). Trass i at pleietrengjande kvinner i den aktuelle sjukeheimen stort sett ikkje hadde innven- dingar mot å bli vaska og stelt av menn, var det enkelte som reservert seg mot dette. Ei kvinne som ikkje ville bli vaska og stelt av menn, meinte det var forskjell på å bli pleia av mannlege pleiarar og å gå til gynekolog, fordi pleia var noko som gjentok seg kvar dag, medan ein berre var hjå gynekolog ein sjeldan gong. Dei mannlege pleiarane hadde forståing for at kvinner kunne vegre seg for å bli stelte av menn, spesielt om dei ikkje hadde levd saman med menn (Boge, 2008, s. 153).

Trass i ein viss motstand, opplever mannlege pleiarar stort sett at både mannlege og kvinnelege pasientar tek godt imot dei. Det kan vere ein del skepsis i startfasen, men denne skepsisen snur vanlegvis raskt, og då kan det ende opp med at den mannlege pleiaren vert den som vert føretrekt (Boge, 1999, s. 72–74). Heterofile menn som har valt sjukepleie som yrke, kan oppleve det som trugande å ha opne homofile i miljøet, då det kan forsterke myten om at menn i sjukepleia ikkje er heteroseksuelle/normale. I ei masteroppgåva i sosiologi argumenterer Roar Vigdal (1995, s. 119) for at mannlege pleiarar søkte seg vekk frå arbeidsplassar med mykje kroppsleg pleie for å unngå koplingar til homoseksualitet. Det å kalle ein mann feminin, er ei større latterleggjering og degradering enn å kalla ei kvinne maskulin. Dette gjeld anten ein er hetero- eller homofil (ibid).

Sjølv om det vart strikte normer for berøring, kjønn og seksualitet i moderne samfunn, ser det ut til at nedlatande haldningar til arbeid med den biologiske kroppen ikkje er eit moderne fenomen. Dei same haldningane var tydelege i førmoderne samfunn (Bourdieu, 1996, s. 7–26).

OPPSUMMERING

I førmoderne samfunn var bad ein sosial og sensuell aktivitet som ein gjorde for velveret sin del. I moderne samfunn vart slike bad fordømde. Det moderne formålet med kroppsleg vask og stell var forming av reine og ordentlege borgarar. Dei moderne normene for kroppsleg vask og stell har nedfelt seg i lærebøker i sjukepleie. Studiar viser at det kan oppstå ereksjon ved kroppsvask. Dette er uproblematisk å handtere når ereksjonen er ufriviljug, men det er ikkje rom for pleietrengjande som medvite seksualiserer kroppslege pleiesituasjonar. Både i moderne og førmoderne samfunn har det vore nedlatande haldningar til å pleie sjuke og andre hjelpetrengjande sine kroppar. Slikt arbeid har vore rekna for upassande for menn å halde på med. Pleietrengjande, spesielt menn, kan reagere negativt på å bli vaska og stelt av menn, men skepsisen til mannlege pleiarar endrar seg gjerne til ei positiv haldning når pleietrengjande har erfart kompetente menn i konkrete pleiesituasjonar. Kompetanse ser vanlegvis ut til å vere viktigare kjønn.

SJØLVHJELP VED KROPPSLEG STELL

Dersom pleietrengjande vaskar og steller seg sjølve, unngår ein kjønna relasjonar, men sjølvhjelpsideolegien som fekk gjennomslag i sjukepleiefaget kring 1960 ser ut til å ha lite med kjønn å gjere. Argumentasjonen om at pasientar burde vere mest moglege sjølvhjelpete oppstod i ein periode med stor mangel på sjukepleiarar. I 1955 var 27,3 % av dei registrerte norske sjukepleiarane i arbeid (Martinsen, 2003b, s. 211–221; Melby, 1990, s. 165, 176–211). Betre arbeidstilhøve og profesjonalisering var nokre av tiltaka som skulle gjere sjukepleiaryrket meir attraktivt. I tillegg vart Noregs fyrste hjelpepleiarutdanning etablert i 1963, slik at pleietrengjande kunne få hjelp av personell med mindre utdanning og lågare løn (Schjøtz, 2003, s. 466).

EIT HISTORISK PERSPEKTIV PÅ SJØLVHJELP

I sjukepleiefaget er det tette band mellom omgrepa sjølvhjelp og personleg hygiene. Omgrepet personleg oppstod for fyrste gong i ei norsk lærebok i sjukepleie i 1921 (Grøn og Widerøe 1921, s. 235–238). På den tida omfatta personleg hygiene ikkje den pleietrengjande, men alt som kunne fremje eller hemje helsa eller arbeidskapasiteten til sjukepleiaren. Det er ikkje det at tidlegare lærebøker ikkje skreiv om sjukepleiaren si reinsemd, men det hadde ikkje vore omtalt som personleg hygiene. I den sistnemnde læreboka vert det argumentert for strenge krav til sjukepleiar si personlege reinsemd. Det måtte vere ein ufråvikeleg regel at ho tok bad eller grundig heilvask minst kvar 8. dag. Dersom ho var tilbøyeleg til å sveitte under armane og på beina, burde desse delane av kroppen vaskast oftare. Kleda måtte vere reine, det same måtte munn og tenner, og hendene skulle vaskast før matsservering og etter bekkensfjerning og liknande. For å halde seg sunn og ha arbeidslyst, måtte ho vere nøye med kosthaldet og nøye med å kle seg slik at ho heldt seg varm og ikkje vart sjuk. Korsett og stramme skjørteliningar kunne hemje luftsirkulasjonen i lungene, og burde difor bli unngått. Aktivitet og idrett vart derimot omtalt med positivt forteikn på grunn av alle dei helseame effektane det hadde på heile organismen. Vidare var det viktig at sjukepleiaren fekk kvilepausar og sov godt for å halde seg frisk og sterk (ibid). Det ser med andre ord ut til at personleg hygiene omfattar heile levesettet til sjukepleiarane, ikkje berre den kropp-slege reinsemda. Dei to etterfylgjande norske lærebøkene i grunnleggjande sjukepleie (Jervell 1944/1941, s. 10–19, Lerheim og Norsk Sykepleierforbund 1967, s. 33–45) omtaler sjukepleiarane sin personlege hygiene på tilsvarande vis, som ein helsefremjande eigenaktivitet.

Etter 1967 har ikkje personleg hygiene berre omfatta pleiaren, men også den pleietrengjande (Lerheim & Sykepleierforbund, 1967, s. 109–179). I 1967 oppstod den fyrste læreboka i norsk sjukepleie som omtalte pasientar sitt kropp-slege stell som personleg hygiene. Det vil seie at pasientar sitt kropp-slege stell vart omtalt som ein helsefremjande eigenaktivitet. Tidlegare lærebøker hadde omtalt kropp-sleg vask og stell som Syges Beklædning, Linned og Vasking (Nissen 2000/1877, s. 33–34), Sygepleie

i almindelighet og Lidt om stellet med sengeliggende pasienter (Waage, 1911, s. 1–6, 80–82), Daglig stel av pasienter (Grøn & Widerøe, 1921, s. 17–24), Vask og toalett (Natvig, 1944, s. 28–48). Å omtale kroppslig vask og stell av pleietrengjande som personleg hygiene, kom til i etterkant av at behovsideologien til den amerikanske sjukepleiaren Virginia Henderson (1897–1996) hadde vorte spreidd til store delar av verda av International Council of Nurses (INC). Henderson argumenterer for at pasientar har behov for å vere mest mogeleg sjølvhjelpete, samstundes som ho problematiserer at sjølvhjelpstenkinga kan få sjukehusa til å fortone seg som kalde og lite hyggjelege gjestgiveri for dei som ikkje er i stand til å vere så sjølvstendige som forventa (Henderson & Norsk Sykepleierforbund, 1961/1960, s. 37–41). Henderson si eigenomsorgstenking vart utdjupa av den amerikanske sjukepleiaren Dorothea Orem (Orem, Tylor & Renpenning, 2003).

NOTIDIGE STUDIAR OM SJØLVHJELP

Den nederlandske forskaren Jeanette Pols (2006) som studerte kroppslig vask og stell på langtidsavdelingar i to psykiatriske sjukehus og i bueiningar som gav husly til eldre kronisk sjuke psykiatriske pasientar, argumenterer for fire ulike måtar å nærme seg kroppsvask på. Den eine tilnærminga til kroppsvask tok utgangspunkt i korleis den psykiatriske pasienten hadde vaska og stelt seg før vedkomande kom til den psykiatriske institusjonen. Denne tilnærminga innebar høg toleranse for skit, og var uttrykk for at den hjelpetrengjande var autonom. Sjukepleiaren prøvde ikkje å overtyde pleietrengjande som ikkje ville dusje om at dei burde gjere det, men sjukepleiaren greip inn dersom pleietrengjande var så ustelte og skitne at det gjekk ut over andre som budde i same avdeling. Medan nokre sjukepleiarar/avdelingar la vekt på å la den hjelpetrengjande få vaske og stelle seg mest mogeleg slik dei var vande med, var det andre som rekna kroppslig vask og stell for ein grunnleggjande ferdigheit som dei psykisk sjuke måtte lære seg dersom dei ikkje hadde lært det før, eller dei hadde gløymt det. Pleiarane la til rette for at den pleietrengjande skulle utføre mest mogeleg av kroppsvasken sjølv, og utførte berre det den pleietrengjande ikkje klarte sjølv. Denne forma for kroppslig vask og stell var bygd på ein idé om at individet ynskjer å bli uavhengig for å bli i stand til å leve i samfunnet, og sidan kroppslig vask og stell vart rekna for ein basal ferdigheit, burde alle vaske og stelle seg sjølve. Denne tilnærminga innebar at det å vere autonom var å klare å gjere mest mogeleg sjølv. Den tredje måten å nærme seg kroppspleie på, handla om at ein tok det for gitt at alle skulle vaske og stelle seg. Dersom nokon ikkje gjorde det, sytte ein for at dei fekk hjelp til det, men i denne tilnærminga prøvde ein ikkje å lære hjelpetrengjande å klare seg sjølv. Ein hadde på mange vis gitt opp håpet om at dei skulle bli sjølvstendige borgarar, og akseptert at dei alltid ville trenge hjelp til å vaske og stelle seg. I den fjerde vaskestrategien vart det lagt vekt på at kroppspleie var ein måte å etablere relasjonar mellom den pleietrengjande og pleiaren på. I denne strategien kunne den pleietrengjande få hjelp til å bli vaska, sjølv om ho kunne klare det sjølv. På det viset fekk ho meir kontakt med pleiaren. I denne tilnærminga prøvde ikkje sjukepleiaren å endre den pleietrengjande, men å leve med vedkomande, og kroppsvasken vart tilpassa humøret og tilstanden til den andre. Det kunne innebere at kroppsvasken ikkje alltid vart like omfattande, og at nokre av dei pleietrengjande var litt skitnare enn om dei hadde vorte vaska etter faste rutinar. I denne tilnærminga var relasjonsbygging viktigare enn pleietrengjande si reinsemd, og ein såg gjerne på kroppspleie som ei alternativ kommunikasjonsform. Denne tilnærminga var eit uttrykk for at det å vere ein samfunnsborgar er å vere knytt til andre menneske. Denne fjerde forma

for kroppsleg vask og stell skilde seg tydeleg frå dei tre føregåande formene, som var bygd på ein underliggjande idé om at individa var meir eller mindre i konkurranse med kvarandre. Den fjerde forma var bygd på ein idé om at menneske er ansvarlege for kvarandre, og at det gode livet utspelar seg i relasjonar. Pols argumenterer for at relasjonelle former for omsorg har dårlege vilkår i den psykiatriske sjukepleia i Nederland. Det er pasientautonomi som er nøkkelordet, og forventingar om at den pleietrengjande skal klare seg sjølv så langt det er mogeleg (Pols, 2006).

Studien til den danske sjukepleiaren Kirsten Lomborg (2005) viser at sjølv om ein del pleietrengjande kan klare å vaske seg sjølve, tykkjer dei likevel at det er godt at ein pleiar gjer det for dei når dei er svært sjuke. Men om pleiaren ikkje tilbyr seg å hjelpe, gruar dei seg for å spørje, fordi dei kan vera redde for å bli mistenkte for å bruke sjukdommen til å få omsorg og hjelp. Dei pleietrengjande i studien prøvde å oppføre seg slik at pleiarane, som dei var så avhengige av, likte dei. Sjølv om det var krevjande å vaske seg kvar dag, enten aleine eller ved hjelp av pleiarar, hadde deltakarane trong for å få det gjort. For om dei ikkje heldt seg reine, kunne dei vere redde for å misse seg sjølve. Dei hadde ynskje om å vaske heile kroppen, pusse tenner, børste og vaske håret kvar dag. Spesielt viktig var det for dei å få vaska hender og andlet og stelt tenner og hår. Dei fleste ville ha dusj og rikeleg med vatn på kroppen. Men i enkelte situasjonar kunne dei føretrekkje å bli vaska i senga, fordi det kunne vere mindre anstrengjande. Studien til Lomborg var basert på observasjonar og intervju med pleietrengjande som var innlagde på sjukehus på grunn av alvorlege pusteproblem. Sju av deltakarene var kvinner og fem var menn. Gjennomsnittsalderen var 68,5 år (Lomborg, Bjørn, Dahl & Kirkevold, 2005).

Hovudfagsstudien i sjukepleievitskap som Randi Lima Ugland (1998) utførte på medisinske og kirurgiske sengepostar, viste også at pleietrengjande kunne kvi seg for å uttrykkje at dei hadde trong for hjelp til kroppsleg vask og stell dersom pleiarane ikkje tilbød hjelp. Studien omfatta lukka og opne spørsmål om tydinga av å vera rein og velstelt. Spørjeundersøkinga omfatta 104 pleietrengjande i alderen 24–94 år, og hadde ei nokså jamn kjønnsfordeling. Dei pleietrengjande hadde ynskje om privat rom rundt seg når dei skulle vaske og stelle seg. Det var ikkje alle som hadde dusj på rommet, og då kunne dei stå i kø for å få dusje. Studien viste at pleietrengjande hadde ynskje om å vere reine og velstelte for å kjenne seg som verdifulle menneske. Vidare var pleietrengjande redde for å få infeksjonar dersom dei ikkje vaska seg skikkeleg. Over halvparten av deltakarane tykte ikkje dei fekk den hjelpa dei hadde trong for når dei var på sjukehus. Det var spesielt dei over 67 år som hadde trong for meir hjelp til vask og stell av føter og hår, medan andre hadde trong for meir hjelp enn dei fekk til barbering, tannpuss og handvask før måltid/etter toalettbesøk (ibid).

Ein studie frå ei norsk, kirurgisk avdeling, viser at personar som hadde gjennomgått ein større operasjon, vart møtte med store forventingar om at dei burde bli raskt sjølvhjelpete etter det kirurgiske inngrepet. Desse forventingane var ofte, men ikkje alltid, i samsvar med pleietrengjande sine egne ynskje (Boge, 1999, s. 31–98). Enkelte som klarte mest alt sjølve, kunne sakne meir kontakt med pleiar, og andre tykte presset på å klare seg sjølv og dra raskt heim att frå sjukehuset var altfor stort. Dei nyopererte bad ikkje om hjelp til å vaske rygg og føter, trass i at operasjonssnittta gjorde det umogeleg å klare slik kroppspleie på eiga hand. Dei trudde pleiarane hadde kome og hjelpt dei utan at dei måtte be om det, dersom pleiarane meinte det var nødvendig, men pleiarane gav ikkje uttrykk for at dei ynskte å hjelpe dei med kroppsleg vask og stell. Dei pleietrengjande visste at dei ville få hjelp dersom dei ringde på og bad om det. Men det gjorde dei ikkje, for sjølv om pleiarane var flinke, vennlege og imøtekomande, så kunne dei

pleietrengjande grue seg for å be om hjelp, sidan pleiarane hadde det så travelt at dei sprang mest heile tida. Studien var basert på intervju med åtte nyopererte menn og fire kvinner om deira opplevingar av vask og stell i dagane etter eit større kirurgisk inngrep. Intervjua vart gjennomførte cirka to til tre veker etter operasjon. Gjennomsnittsalderen var 73,6 år (Boge, 1999, s. 31–49).

Ein norsk studie frå sjukeheim viser at det var sjeldan nokon av bebuarane vaska meir enn andletet på eiga hand (Boge, 2008, s. 145). For å klare det er dei vanlegvis avhengige av at pleiar vrir opp kluten og trer den inn på handa deira. Det hende at bebuarar vaska hender og armer sjølv, men det var relativt uvanleg, for det var få som kunne bruke begge hender. Dessutan likte bebuarane best at pleiarane utførte kroppsvasken, både fordi det var avslappande og godt og fordi det vart skikkeleg gjort (ibid). Sjølvhjelp kan vere spesielt utfordrande når pleietrengjande har kognitiv svikt, slik om lag 80 % av dei som bur fast i norske sjukeheimar har (Regjeringen, 2015, s. 18). Dei kan ha krefter til å vaske seg sjølv, men vanskar med å hugse kva deler av kroppen dei har vaska/ikkje har vaska. Dei kan for eksempel starte med å vaske seg nedantil, for så å føre vaskekluten opp i andletet. Slike bebuarar kan det vere tidkrevjande å hjelpe i samband med kroppspeie. Ruth Olsen (1998) sin studie i sjukepleievitskap viser at eit vanleg morgonstell ved hjelp av klut og vaskefat tok 35 minutt når det vart gjort i den pleietrengjande med kognitiv svikt sitt tempo. Eit tilsvarande morgonstell der pleiaren utfører heile kroppsvasken for den pleietrengjande, tok kring 20 minutt. Studien var basert på observasjon av korleis 17 pleiarar gjennomførte morgonstellet når bebuar hadde kognitiv svikt (Olsen, 1998, 50–71). At kroppsvasken til personar med demens tek lang tid, kan hengje saman med at dei pleietrengjande ikkje hugsar korleis ein vaskar og steller seg. Men det kan og vere at vaskepraksisane ikkje samsvarer med pleietrengjande sine etablerte vaskevanar. Personar med demenssjukdom har problem med korttidshukommelsen, men langtidshukommelsen kan vere intakt. Dei kan difor vere i stand til både å fortelje om og utføre praksisar dei var vande med før dei fekk demens. Det viser seg blant anna at dei som har tapt evna til å føre adekvate samtaler, kan syngje det eine verset etter det andre når dei høyrer musikk frå oppveksten (Myskja, 2017). På same vis er det mogeleg å tenkje seg at bebuarar med demenssjukdom i større grad vil setje pris på og kanskje også vere i stand til å delta i vaskepraksisar som liknar på dei som dei vaks opp med. Sjølv om hovudet sviktar, kan kroppen hugse inkorporerte praksisar (Callewaert, 1997).

OPPSUMMERING

Omgrepet personleg hygiene oppstod i sjukepleiefaget i etterkrigstida, og er tett kopla til sjølvhjelpsideologi. Argumentasjonen for sjølvhjelp ser ut til å vere politisk interessant så lenge den fører til lågare kostnader for storsamfunnet. Men dersom pleietrengjande med demenssjukdom skal få hjelp av offentleg betalte pleiarar til å vaske og stelle seg sjølv, kan det ta lengre tid enn om det er pleiaren som utfører det kropplege stellet for den pleietrengjande. I slike høve kan sjølvhjelp auka dei offentlege pleieutgiftene.

AVSLUTTANDE REFLEKSJONAR

Normer for korleis ein bør vaske og stelle seg endrar seg i pakt med endringar elles i eit samfunn. Notidige dusjpraksisar og toalettpraksisar hadde ikkje vore mogelege i Noreg for 100 år sidan, fordi ein ikkje hadde nødvendig vasstilførsel til folk flest, og fordi det mangla renovasjonssystem som kunne ta unna vatn og andre avfallsprodukt. Det kan godt vere at notidige kroppslege vaskenormer vil endre seg i åra som kjem, for vatn er mangelvare på verdsbasis.

Uansett kva normer som gjeld, er det viktig at pleietrengjande får høve til å vaske og stelle seg i pakt med normene som er i det samfunnet som dei lever i. I denne oppsummeringa har me sett at norske pleietenester kan mangle både den teknologien og det pleiepersonalet som er nødvendig for at dei kroppslege vask og stell-praksisane skal vere i pakt med notidige normer for korleis ein bør sjå ut og lukte.

VIDARE FORSKING

Denne kunnskapsoppsummeringa får i liten grad fram sambandet mellom pleie-trengjande og pleiarar sine posisjonar og disposisjonar (kulturell, økonomisk og sosial kapital) og posisjoneringar (erfaringar og meiningar). Slike studiar kunne fått fram korleis ulike pleiarar, pleietrengjande og pårørande innafor dei same rammene handterer kroppsleg vask og stell og skaper pleiepraksisar her og no. Slike studiar ville høgst sannsynleg vise at det ikkje er tilfeldig kven som er nøgde/misnøgde med manlege pleiarar, kven som likar/mislikar velverberøring, eingongs vaskeserviettar, robotbad, handduksbad, kven som oftast får hjelp til dusj, hårvask, fotstell osv. Innsikt i slike forskjellar kunne vere eit nytt og potensielt nyttig kunnskapsbidrag for både pleiarar og leiarar av pleietenester.

REFERANSER

- Alvsvåg, H. & Tanche-Nilssen, A. (1999). *Den skjulte reformen : om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Augestad, P. (2005). Stopuret, kighullet og skoleeleven. I K. Larsen (Red.), *Arkitektur, kropp og læring* København: Hans Reitzels Forlag.
- Autton, N. (1990). *Berøring: berøringens bruk i omsorg og terapi*. Øyslebø: Eikstein forlag. Henta frå https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2010071408118?page=177.
- Bachmann, M. & Lindhart, J. (2007). Søvn og hvile. I T. E. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe.
- Bakken, L. N., Lerdal, A., Øverby, G.-E. & Hanmborg, K. S. (2006). Forebygging av fotsår hos pasienter med diabetes. *Klinisk Sygepleje*, 20, 35-41. Henta frå https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2006/02/forebygging_av_fotsaar_hos_pasienter_med_diabetes
- Barrick, A. L., Rader, J., Hoeffler, B. & Sloane, P. (2002). *Bathing without a battle: personal care of individuals with dementia*. New York: Springer.
- Bastø, L.-K. & Frantzen, A.-M. (2005). Behovet for søvn og hvile. I N. Kritoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Beedholm, K., Frederiksen, K., Frederiksen, A.-M. S. & Lomborg, K. (2015). Attitudes to a robot bathtub in Danish elder care: A hermeneutic interview study. *Nursing and health Science*, 17, 280-286. <https://doi.org/doi:10.1111/nhs.12184>
- Beedholm, K., Frederiksen, K. & Lomborg, K. (2016). What Was (also) at Stake When a Robot bathtub Was Implemented in a Danish Elder Center: A Constructivist Secondary Qualitative Analysis. *Qualitative Health Research*, 26(10), 1424-1433. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1049732315586550>
- Bjørk, I. T. & Breivne, G. (2016). Kropp og Velvære. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Blinkhorn, F., Weingarten, I., Boivin, L., Plain, J. & Kay, M. (2012). An intervention to improve the oral health of residents in an aged care facility led by nurses. *Health Education*, 71(4), 527 - 535. <https://doi.org/http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0017896911412127>
- Boge, J. (1999). *Den kroppsnære pleierelasjonen: pasientar sine opplevingar av pleie dei fekk som nyopererte*. Hovudfagsoppgåve I sjukepleievitskap. Bergen: Universitetet i Bergen. Henta frå <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2579893?locale-attribute=no>
- Boge, J. (2001). Menn og sjukepleie. *Kvinneforskning*, 25: 4, 33-43. Henta frå <http://kjonnn.maktutredningen.no/publikasjoner/418.html>

- Boge, J. (2002, 17.3.). Menns fråvere i sjukepleia. *Bergens Tidende*, s. 25.
- Boge, J. (2008). *Kroppsvask i sjukepleia*. Ph.D. i sjukepleievitskap. Bergen: Universitetet i Bergen. <http://hdl.handle.net/11250/2579522>.
- Boge, J. (2011). *Kroppsvask i sjukepleie. Eit politisk og historisk perspektiv*. Oslo: Akribe.
- Boge, J. (2014a). Fråveret av kroppslig velverberøring i lærebøker i grunnleggjande sjukepleie. I H. Alvsvåg, Førland, O., Jacobsen, F. (Red.), *Rom for omsorg?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Boge, J. (2014b). *Funksjonaliteten til baderom i sjukeheim*. Bergen: Senter for omsorgsforskning Vest. Henta frå https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/278230/1/Rapport11_14_web.pdf.
- Boge, J. (2016). Ufunksjonelle baderom i sjukeheimar. *ArkitekturN*, 5, 80-83. Henta frå: <http://www.fagpressenytt.no/artikkel/ufunksjonelle-baderom-i-sjukeheimar>
- Boge, J. (2017). utfordringer ved tannpuss i sjukeheim. *Geriatrisk sykepleie*, 2, 16-23. Henta frå <https://sykepleien.no/meninger/innsjill/2017/2004/utfordringar-ved-tannpuss-i-sjukeheim>.
- Boge, J. (2019a). Dusj kvar 14. dag, uavhengig av sjukeheimsbebuar sine etablerte vaskevanar.– *et kritisk refleksivt blick på sosiale praktikker*, 1, e1396. <https://doi.org/https://doi.org/10.15845/praxeologi.v1i0.1396>
- Boge, J., Callewaert, S. & Petersen, K. (2017). The Impact of Bathroom Design on Privacy for Users with Special Needs. *Ageing International*, 27, 21-18. <https://doi.org/10.1007/s12126-12017-19311-12129>.
- Boge, J., Callewaert, S. & Petersen, K. A. (2019). Helsefagleg vaksenopplæring som er basert på ekstravakter. *Praktiske Grunde*, (1-2), 67-80. [http://praktiskegrunde.dk/2019/praktiskegrunde\(2019-1+2g\)boge-callewaert-petersen.pdf](http://praktiskegrunde.dk/2019/praktiskegrunde(2019-1+2g)boge-callewaert-petersen.pdf)
- Boge, J. & Kristoffersen, K. (2002). Nyopererte, eldre pasientar vil vera mest mogeleg sjølvhjelpete, og bli pleia og massert av humoristiske, omsorgsfulle pleiarar. *Vård i Norden*, 22:1:63, 47-51. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/010740830202200109>
- Boge, J. & Petersen, K. (2019). Incontinence pads rather than WC. *Journal Society, Health and Vulnerability*, *Er til fagfellevurdering*.
- Boge, J. & Petersen, K. A. (2016). Dei som ikkje kan seie nei. *Bergens Tidende*, Bergen, 18.1. Henta frå <http://www.bt.no/btmeninger/kronikk/Dei-som-aldri-kan-seie-nei-310142b.html>
- Borge, A. (2007). Personlig hygiene. I: T. E. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe.
- Bourdieu, P. (1994). *Pierre Bourdieu: Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori; redigeret og oversat af Staf Callewaert e.a.* København: Akademisk Forlag.
- Bourdieu, P. (1996). Det Kabylske huset - en verden snudd på hodet. I: P. Bourdieu (Red.), *Symbolisk makt*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Brende, Å. & Rasmussen, T. (2014). *Tannhelsetilbudet til pasienter med hjemmesykepleie*. Bergen: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Henta frå https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00195/Hele_rapporten_195295a.pdf

- Callewaert, S. (1997). Habitus som internalisering av sosiale forhold. I: S. Callewaert (Red.), *Bourdieu-studies*. København: Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik, Københavns Universitet Amager.
- Callewaert, S. (2000). Habitus-begrebet i bogen om opdragelsen. I: S. Callewaert (Red.), *Kultur, Pædagogik og Videnskab*. København: Akademisk Forlag.
- Damm, C. (2015). Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten. Henta fra <https://www.cappelendammundervisning.no/undervisning/ppps/no/aktuelt/index.action>
- Darbyshire, P., Ralph, N. & Caudle, H. (2015). Editorial: Nursing's mandate to redefine the sentinel event. *Journal of Clinical Nursing*. Henta fra https://www.researchgate.net/publication/280536377_Editorial_Follow_the_yellow_brick_road-the_compassion_deficit_debate_where_to_from_here_24_1445-1446.
- Dean, E. (2012). Dignity in toileting. *Nursing Standard*, 26 (24), 18 Henta fra <https://search.proquest.com/docview/922566142/fulltextPDF/BE3226BE3D3496EPO/1?accountid=15685>
- Demensplan. (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Henta fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffbo2a203da/demensplan_2020.pdf
- Dilista, P., Humera, P.-J., Dragan, P., Sead, A. & Rahima, J. (2013). Chateter-associated Urinary Tract Infections in Adults. *Materia socio-medica*. 2013; doi:10.5455/msm.2013.25.182-186.
- Douglas, M. (1997/1966). *Rent og urent: en analyse av forestillinger omkring urenheter og tabu*. Oslo: Pax.
- Dæhli, K. (2006). *Vi kunne være renslige uten baderom: en studie om vann, personlig renslighet og modernisering i fjellbygda Alvdal*. Mastergradsoppgave i etnografi. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Elias, N. (1989/1939). *Sedernas historia. Del I, Nobert Elias civilisasjonsteori*. Stockholm: Atlantis.
- Enders, G. (2015). *Sjarmen med tarmen*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Ericson, K. (2007). *“Renslig i sit Arbeide og med sin Person”: hygienisering av kvinner 1888-1910* Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet.
- Fish, P. (2013). Sencor technology: a smart way to manage continence. *Australian Journal of Dementia Care*, 2(1), 35-37.
- Fjeld, K., Mowe, M., Eide, H. & Willumsen, T. (2014). Effect of electric toothbrush on residents' oral hygiene: a randomized clinical trial in nursing homes. *European Journal of Oral Sciences*, 122(2), 142-148. <https://doi.org/DOI: 10.1111/eos.12113>
- Fjeld, K. G., Eide, H., Mowe, M., Sandvik, L. & Willumsen, T. (2018). A 1-year follow-up of a randomized clinical trial with focus on manual and electric toothbrushes' effect on dental hygiene in nursing homes. *Acta Odontologica Scandinavica*, 76(4), 257-261. <https://doi.org/210.1080/00016357.00012017.01416166>
- Foucault, M. (1995/1976). *Seksualitetens historie 1. Viljen til viten*. Oslo: Pax Forlag.

- Frykman, J. (1994). *Hel og ren I*: J. Frykman & O. Löfgren (Red.). Det kultiverte menneske. Oslo: Pax Forlag.
- Frønes, K. (2010). Tannbørsten, et hverdagens kulturminne. *Byminner*, 1, 28-35. Henta fra <http://www.oslomuseum.no/images/stories/PDFer/Byminner/Byminner%20nr%201%20-%202010%20-%20web.pdf>
- Furu, B. (2008). *Fremtidens eldreboliger. Toalettproblematikk for eldre og funksjonshemmede*. Trondheim: Trondheim kommune. Henta fra http://innomed.no/uploads/09-Toalettproblematikk-for-eldre-og-funksjonshemmede_161019_120334.pdf.
- Fæø, S. (2016). *Hjemmesykepleien - I spenningsfeltet mellom økonomi og moral. En praxeologisk studie av hjemmesykepleiens utvikling*. Masteroppgave i sjukepleievitenskap. Bergen: Universitetet i Bergen. <https://doi.org/http://bora.uib.no/handle/1956/12882>
- Gautun, H. & Øien, H. (2016). *Kartlegging av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehjem. Rapport nummer 6*. Oslo, NOVA. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3031850/539416/Underbemanning-er-selvforsterkende>
- Glatved - Prahl, H. (2015, 28.5.). Fant sønnen med brukket arm i sengen. *Bergens Tidende*.
- Google. (2018). Ceiling lift. Henta fra https://www.google.no/search?q=st%C3%A5heis&biw=1024&bih=533&source=lnms&sa=X&ved=oahUKEwi-wZXTi7jSA-hWmHpoKHV2aBcYQ_AUIBSgA&dpr=1.88#q=ceiling+lift&*>
- Greed, C. (2004). *Public toilets: The need for compulsory provision* University of the West England, Bristol. Henta fra <http://eprints.uwe.ac.uk/24155/1/muen157-077.pdf>.
- Grøn, K. & Widerøe, S. (1921). *Haandbok i sykepleien*. Kristiania: Aschehoug.
- Haagensen, V. W. (2018). Fikk beskjed om å henge opp viltkamera på sykehjem. Hedemark og Oppland: NRK. Henta fra <https://www.nrk.no/ho/uverdige-forhold-pa-sykehjem-1.14197366>.
- Hazelett, S., Tsai, M., Gareri, M. & Allen, K. (2006). The association between indwelling urinary catheter use in the elderly and urinary tract infection in acute care. *BMC Geriatrics*. <https://doi.org/DOI: 10.1186/1471-2318-6-15>
- Henderson, V. & Norsk Sykepleierforbund. (1961/1960). *ICN: sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Henta fra <https://www.nb.no/nbsok/nb/1150919fd82ea2cef27a9726ffdbfo81?lang=no#1>.
- Hicks-Moore, S. & Robinson, B. (2008). Favorite music and hand massage: two interventions to decrease agitation in residents with dementia. *Dementia*, 7(1), 95-108. <https://doi.org/10.1177/1471301207085369>
- Hoffmann-Hansen, H. (2013, 4.10.). Analyse: De ældre er tilbage i dansk politik. København: *Kristeligt Dagblad*. <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/analyse-de-%C3%A6ldre-er-tilbage-i-dansk-politik>.
- Hofseth, C. & Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer*. SINTEF forskningsrapport. Trondheim: Unimed. Henta fra <http://hdl.handle.net/11250/2467188>

- Holstrup, J. (2018). Her er kommunens 13 spareforslag på ældreområdet. *Dansk TV*. Henta frå <http://tv2bornholm.dk/?newsID=213753>.
- Holvik, M. G. (2018). *Pårørende i sykepleiefaget - "Fra ansvarsfraskrivende slektning til samarbeidspartner" Distinksjonen mellom betalt og ubetalt hjelp til hjemmeboende eldre*. Mastergradsoppgåve i sjukepleievitenskap. Bergen: Universitetet i Bergen. Henta frå <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/17896/Marianne-Giske-Holvik---P-R-RENDE-I-SYKEPLEIEFAGET.pdf?sequence=28>
- Hovmark, H. (1997). Forord. I: P. Bourdiue (Red.), *Hvem skapte skaberne?* København: Akademisk Forlag A/S.
- Husbanken. (2009). *Rom for trygghet og omsorg*. Henta frå http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/3488/nylink_rips.pdf
- Jensen, T. (2004). Det gode håndlag. *Sykepleien*, 21, 45-47. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2004.0041>
- Jensen, T., Løkhaug. (2007). *Fotmassasje. En ikke-medikamentell sykepleieintervensjon ved behandling av kronisk insomnia hos eldre sykehjemspasienter*. Oslo: Universitetet i Oslo. Henta frå https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28352/hovedfag_TL_Jensen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Jervell, A. (1944/1941). *Lærebok for sykepleiersker, bind I*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Johnsen, G. (2007). Den optimale defekasjons stilling giver succes. *Sygeplejersken*, 9, 40-45. Henta frå <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2007-9/den-optimale-defaekationsstilling-giver-succes>
- Johnsen, T. (2004). Badeinnretninger for arbeiderbefolkningen I: K. E. Eriksen (Red.). Årbok for arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek. Oslo: Arbeiderhistorie.
- Kaurin, E. (1879). *Sygepleiersken: Kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd*. Kristiania: Cammermeyer.
- Kavli, H. C. & Nicholaisen, H. (2016). Integrert eller marginalisert? Innvandrede kvinner i norsk arbeidsliv *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 4, 339 – 370. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2016-04-01>
- Kira, A. (1976). *The bathroom*. New York: Penguin Books.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2014). *Geriatrisk sykepleie* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kjær, E. J. (2019, 11.3.). Afdød plejehjemsbeoer i åbent brev: Skal man planlegge toiletbesøg efter bemandning? Indland: *Jyllands-Posten*. Henta frå <https://jyllands-posten.dk/indland/ECE11243445/afdoed-plejehjemsbeoer-i-aa-bent-brev-skal-man-planlaegge-toiletbesoeg-efter-bemanding/>.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie, bind 2, 3, utgåve*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. Historisering av et felt via dokumenter. I: O. Hammerslev (Red.), *Refleksiv sosiologi i praksis*. København: Hans Reitzels forlag.

- Kvalheim, S. F., Strand, G. V., Husebø, B. S. & Martinussen, M. C. (2016). End-of-life palliative oral care in Norwegian health institutions. An explorative study. *Gerontology*, 33, 522-529. <https://doi.org/doi: 10.1111/ger.12198>
- Kvalitetsforsktiften. (2003). *Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene*. Oslo: Regjering. Henta fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Larsen, T. A. (1999). *Stellet i sykepleien: i samspillet mellom kropp og livserfaring. Hovedfagsoppgåve i sykepleievitenskap*. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Lawler, J. (1996). *Bak skjerm Brettene: sykepleie, somologi og kroppslige problemer*. Oslo: Gyldendal. Henta fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2008072200017.
- Lee-Treweek, G. (1997). Women, resistance and care: an ethnographic study of nursing auxiliary work. *Work, Employment & Society*, 11 (1), 47-63. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0950017097111003>
- Lerheim, K. & Sykepleierforbund, N. (1967). *Lærebok for sykepleieskoler, Bind I: generell sykepleielære*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Lillestø, B. (1998). *Når omsorgen oppleves krenkende : en studie av hvordan mennesker med fysiske funksjonsbemninger opplever sitt forhold til helsetjenesten*. Bodø: Nordlandsforskning.
- Lomborg, K., Bjørn, A., Dahl, R. & Kirkevold, M. (2005). Body care experienced by people hospitalized with severe respiratory disease. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 2662-2271. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03389.x>
- Lunde, P. & Eek, E. (2014). *Fremtidens baderom på sykehus*. Bergen: Helse Bergen HF, BANO AS, Innovest AS. Bergen. Henta fra http://www.bano.no/pdf/FINAL%20Bano%20fremtidens%20baderom_read_.pdf.
- Lundström, I., Hermansen, R. & Kellmer, I.-H. (1978). *Om renslighet: hygienen gjennom tidene*. Bergen: Bryggens museum.
- Martinsen, K. (2003a). Den engelske sanitation-bevegelsen, hygiene og synet på sykdom. I: *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b). *Omsorg, sykepleie og medisin: historiske og filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie : ideer - mennesker - muligheter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Med24. (2019). *Praktiske mellomromstannbørster i ulike størrelser*. Henta fra <https://www.med24.no/munn-og-tannpleie/mellomromsboerster>
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp: Norsk sykepleierforbunds historie*. Oslo: Norsk sykepleierforbund og J. W. Cappelens Forlag. Henta fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2010100508005.
- Mitchell, P. H. (1975). *Grunnleggende sykepleie, bind 2*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Molenbroek, J., Mantas, J. & de Bruin, R. (2011). *Friendly Rest Room : Developing Toilets of the Future for Disabled and Elderly People*. Amsterdam: Assistive Technology Research Series, IOS press. Henta frå <http://www.iospress.nl/book/a-friendly-rest-room-developing-toilets-of-the-future-for-disabled-and-elderly-people/>.
- Montagu, A. (1986). *Touching : the human significance of the skin*. New York: Harper & Row.
- Moore, J. & Gilbert, D. (1995). Elderly Residents: Perceptions of nurses' comforting touch. *Journal of Gerontological Nursing*, 21, 6-13. Henta frå <https://search-proquest-com.galanga.hvl.no/docview/1021720433/fulltext/DB1021720266B1021720432D1021720432CFF1021724616PQ/1021720431?accountid=1021715685>.
- Myskja, A. (2006). *Den siste song: sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Natvig, H. (1944). Det daglige stell av pasienten. I: A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiersker*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Nerbøvik, J. (2004). *Norsk historie 1860-1914: eit bondesamfunn i oppbrot*. Oslo: Samlaget.
- Nettleton, S., Buse, C. & Martin, D. (2018). Essentially it's just a lot of bedrooms': architectural design, prescribed personalisation and the construction of care homes for later life. *Sociology of Health and Illness*, 40(7), 1156-1171. <https://doi.org/doi:10.1111/1467-9566.12747>
- Nightingale, F. (1997/1860). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nissen, R. (2000/1877). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Oslo: Gyldendal.
- Omli, R., Skotnes, L., Romild, U., Bakke, A., Mykletun, A. & Kuhry, E. (2010). Pad per day usage, urinary incontinence and urinary tract infections in nursing home residents. *Age and Aging*, 39(5), 549-554 510. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq082>
- Opjordsmoen, M. (2014). *Faglige fakta. Kampen mot ufrivillig deltid*. *Arbeidslivet.no* Henta frå <http://www.arbeidslivet.no/Arbeid1/Arbeidstid/Kampen-mot-ufrivillig-deltid/>.
- Orem, D., Tylor, S. & Renpenning, K. M. (2003). *Self-care theory in nursing: selected papers of Dorothea Orem*. New York: Springer.
- Pasientrettighetsloven. (2018). *Lov om pasient og brukerrettigheter* Oslo: Ministry og Health and Social Affairs. Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Passant, H. (1990). A holistic approach in the ward.. complementary therapies in the care of the elderly. *Nursing Times*, 86(4), 26-28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2405355>.
- Passant, H. (1991). A renaissance in nursing .. touch and massage. *The Journal of Clinical Practice, Education and Management*, 4(25), 12-13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2284062>.

- Pedersen, R., Hem, M., Gjerberg, E. & Førde, R. (2013). Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskrift for Den Norske legeforening*, 18(133), 1935-1939. <https://doi.org/DOI: 10.4045/tidsskr.13.0237>
- Pedersen, R., Hem, M. H., Gjerberg, E. & Førde, R. (2013). Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskrift for Den Norske legeforening*, 18(133), 1935-1939. Henta frå <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2013--1935-9.pdf>
- Petersen, K. A. & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab - hvad er det?* København: Hexis. Henta frå <http://hexis.dk/forlag/praxeologisk-sygeplejevidenskab.pdf>
- Pols, J. (2006). Washing the citizen: Washing, cleanliness and citizenship in mental health care. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30:77-104. <https://doi.org/DOI: 10.1007/s11013-006-9009-z>
- Remington, R. (2002). Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nursing Research*, 51(5), 317-323. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12352780>.
- Roe, B., Flanagan, L., Barbera, J., Chung, A., Shaw, C. & Williams, K. (2011). Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 228-250. doi: 210.1111/j.1365-2648.2010.05481.x.
- Routasalo, P. (1996). Non-necessary touch in the nursing care of elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 904-911. <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.00947.x>
- Routasalo, P. & Isola, A. (1996). The right to touch and be touched. *Nursing Ethics*, 3: 2, 165-176. <https://doi.org/DOI: 10.1177/096973309600300209>
- Routasalo, P. & Isola, A. (1998). Touching by Skilled Nurses in Elderly Nursing Care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 12, 170-178. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1998.tb00493.x>
- Ruud, S. & Dommerud, T. (2015, 11.9.). Unødvendig mange eldre i sykehjem får beroligende medisiner. Oslo: Klassekampen. Henta frå <http://www.aftenposten.no/norge/Unodvendig-mange-eldre-pa-sykehjem-far-beroligende-27376b.html>
- Samson, H., Berven, L. & Strand, G. (2009). Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home *European Journal of Oral Sciences*, 117(5), 575-579. Henta frå <http://www.academia.edu/28876065/Long-term-effect-of-an-oral-healthcare-programme-on-oral-hygiene-in-a-nursing-home>
- Samson, H. & Strand, G. V. (2016). *Munnhelse*. I: M. Kirkevold, K. Brodtkotb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Samsone, H., Strand, G. v. & Haugejorden, O. (2008). Changes in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a periode of 16 years. *Acta Odontologica Scandinavica*, 117, 575-579. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/00016350802378654>
- Sansone, P. & Schmitt, L. (2000). Providing Tender Touch Massage to Elderly Nursing Home Residents. *Geriatric Nursing*, 21, 303-308. <https://doi.org/DOI: 10.1067/mgn.2000.108261>

- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse – landets styrke, 1850–2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schmidt, L. H. & Kristensen, J. E. (1986). *Lys, luft og renlighet: den moderne socialhygiejnes fødsel*. København: Akademisk Forlag. Henta frå <http://samples.pubhub.dk/9788750040590.pdf>.
- Shove, E. (2003). *Comfort, cleanliness and convenience: the social organization of normality*. Oxford: Berg.
- Skaug, E.-A. (2016). Kroppspleie. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sloane, M., Hoeffler, B., Mitchell, M. & al., e. (2004). Effect of Person-Centered Showering and the Towel Bath on Bathing-Associated Aggression, Agitation, and Discomfort in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1795–1804. <https://doi.org/DOI: 10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x>
- Solheim, J. & Ellingsæter, A. L. (2002). *Den Usynlige hånd?: kjønnsrett og moderne arbeidsliv*. Oslo: Gyldendal akademisk. <http://web2.gyldendal.no/media/ga/makt/usynlig.pdf>.
- Stenseth, B. (2000). *Eilert Sundt og det Norge han fant*. Oslo: Gyldendal.
- Strand, G. V., Lygre, G. B. & Hede, B. (2013). Informert samtykke. *Den Norske Tannlegeforening Tidsskrift*, 123, 106–110. Henta frå <https://www.tannlegetidende.no/i/2013/2012/dnt-507387>.
- Strand, G. V., Stenerud, G. & Hede, B. (2017). Munnstell i sykehjem. *Norsk Tannlegeforening Tidsskrift*, 127, 138–143. Henta frå <https://www.tannlegetidende.no/asset/2017/P17-02-138-43.pdf>
- Strand, G. V., Wolden, H., Rykkje, L., Gjellestad, Å. & Stenerud, G. (2005). Munnstell når livet er på hell. *Medisin og Vitenskap*, 11(125), 1494–1496. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2005--1494-1496.pdf>.
- Strömberg, E., Hagman-Gustafsson, M., Holmén, A., Wårdh, I. & Gabre, P. (2012). Oral status, oral hygiene habits and caries risk factors in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40(3), 221 – 229. <https://doi.org/DOI: 10.1111/j.1600-0528.2011.00653.x>
- Sundt, E. (1975/1869). *Om renligheds-stellet i Norge*. Oslo: Gyldendal.
- Tannhelsetjenesteloven. (2018). *Lov om tannhelsetjenesten, § 1-3, Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten*. Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54#KAPITTEL_1
- Thorsen, L. (2015). Kommentarer til artikkel om munnstell. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 125, 285. Henta frå <https://www.tannlegetidende.no/asset/2015/P15-03-285.pdf>
- Thorsen, L., Mjelde, P. J., Hefte, m. & Oftedal, S. F. (2016). *Munnstell til voksne pasienter*. Oslo: Helsebiblioteket. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/munnstell-til-voksne-pasienter#Rengj%C3%B8ring-av-protoser>

- Twigg, J. (2000a). *Bathing, the body and community care*. London: Routledge <https://www.ep.liu.se/ej/ijal/2006/v1/i2/a7/ijal06v1i2a7.pdf>.
- Twigg, J. (2000b). Carework as a form of bodywork. *Ageing and Society*, 20, 389-411. <https://doi.org/DOI: https://doi.org/10.1017/S0144686X99007801>
- Ugland, R. L. (1998). *Ren og velstelt*. Hovudfagsoppgåve i sjukepleievitenskap. Oslo: Universitetet i Oslo. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/28313>.
- VAR. (2019). Oppdatert prosedyre- og kunnskapsbase for helsetjenesten. Oslo: VARHealthcare. Henta frå <https://www.varhealthcare.no/>
- Veje, P., Chen, M., Jensen, C. S. & Sørensen, J. (2019). Bed bath with soap and water or disposable wet wipes: Patients' experiences and preferences. *Clinical Nursing*, 1-10. <https://doi.org/DOI: 10.1111/jocn.14825>
- Verdighetsgarantien. (2011). *Forskrift for en verdig eldreomsorg*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Vigarello, G. (1988). *Concepts of Cleanliness:changing Attitudes in France since the Middle Ages*. Cambridge: Cambridge University Press
- Vigdal, R. (1995). *Menn i sykepleien – Yrkestilpassing og karrieremobilitet blant menn i somatisk sykepleie*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Waage, H. R. (1901). *Lærebog i sygepleie*. Kristiania: I kommisjon hos H. Aschehoug & CO.
- Waage, H. R. (1911). *Lærebok i sykepleie* (2. udg. utg.). Kristiania: I kommisjon hos H. Aschehoug & CO.
- Willumsen, T., Karlsen, L., Naess, R. & Bjørntvedt, S. (2012). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients. *Gerodontology*, 29(2), 748-755. <https://doi.org/doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x>
- Wold, S. (2016, 24.5.). Tilbød eldre dusj kun hver 14. dag grunnet blodrød kommuneøkonomi. Brekstad: *Fosna-Folket*. Henta frå <https://www.fosna-folket.no/nyheter/2016/05/24/Tilb%C3%B8d-eldre-dusj-kun-hver-14.-dag-grunnet-blodr%C3%B8d-kommune%C3%B8konomi-12785038.ece>
- Wolden, H., Strand, G. V. & Gjellestad, Å. (2006). Caregivers'` perception of electric versus manual toothbrush for the institutionalised elderly. *Gerontology*, 23, 106-110. <https://doi.org/DOI: 10.1111/j.1741-2358.2006.00114.x>
- Wolf, Z. (1993). The bath. *Journal of Holistic Nursing*, 11(2), 135-148 <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/110.1177/089801019301100203>.
- Wårdh, I., Hallberg, L., Berggren, U., Andersson, L. & Sörensen, S. (2000). Oral health care - a low priority in nursing. *Scand J Caring Science*, 14(2), 137-142. Henta frå <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12035277>
- Zenthöfer, A., Schröder, J., Cabrera, T., Rammelsberg, P. & Hassel, A. (2014). Comparison of oral health among older people with and without dementia. *Community Dental Health*, 31(1), 27-31. https://doi.org/DOI: 10.1922/CDH_3309Zenthoferos

- Zuluaga, D., Ferreira, J., Montoya, J. & Willumsen, T. (2012). Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerontology*, 29(2), 420-426. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00490.x>.
- Økland, B. G. (2000). *Bare boss?* Bergen: Bryggens museum.
- Øverli, A. (2004). Avføring. I: T. Mekki & T. Pedersen (Red.), *Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Akribe.

Publikasjoner i serien

Denne publikasjonen er en oppsummering av kunnskap om kroppslege vask og stelltenester. Emneredaktør Jeanne Boge ved Senter for Omsorgsforskning Vest, Høgskulen på Vestlandet, har samlet og analysert forskning og utviklingsarbeid om dette emnet og oppsummert kunnskapen her. På www.omsorgsbiblioteket.no finnes liknende oppsummeringer av følgende temaer:

- **Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge**
Bodil Hansen Blix, Senter for omsorgsforskning, nord
- **Brukermedvirkning og psykisk helsearbeid**
Rita Kristin Klausen², Senter for omsorgsforskning, nord
- **Legemiddelbruk og pasientsikkerhet**
Rose Mari Olsen og Siri Andreassen Devik,
Senter for omsorgsforskning, midt
- **Hverdagsrehabilitering**
Oddvar Førland og Randi Skumsnes, Senter for omsorgsforskning, vest
- **Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom**
Kjersti Karoline Danielsen, Elin Rogn Nilsen og Terje
Emil Fredwall, Senter for omsorgsforskning, sør
- **Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene**
Rose Mari Olsen, Tove Mentsen Ness og Siri Andreassen
Devik, Senter for omsorgsforskning, midt
- **Brukermedvirkning i demensomsorgen**
Rita Sørly, Senter for omsorgsforskning, nord
- **Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre**
Oddvar Førland og Randi Skumsnes, Senter for omsorgsforskning, vest
- **Etablering og gjennomføring av dag-, aktivitets- og treningstilbud
til personer med nevrologiske skader og sykdommer**
Jim Skarli, Senter for omsorgsforskning, øst
- **Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og
psykisk lidelse**
Terje Emil Fredwall, Senter for omsorgsforskning, sør
- **Underernæring og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene**
Siri Andreassen Devik og Rose Mari Olsen,
Senter for omsorgsforskning, midt
- **Deltaking og medverknad for tilsette i helse- og omsorgssektoren**
Liv Jorunn Solstad og Tobba Therkildsen-Sudmann,
Senter for omsorgsforskning, vest
- **Palliativ omsorg i kommunene**
Astrid Rønsen, Senter for omsorgsforskning, øst



² Klausen har endret navn til Sørly