

KROPPSVASK I SJUKEPLEIA

Jeanne Boge



Avhandling for graden philisophie doctor (PhD)
Universitetet i Bergen
2008

KROPPSVASK I SJUKEPLEIA

Jeanne Boge



 **HELSE OG
REHABILITERING**
Stiftelsen for norske helse- og rehabiliteringsorganisasjoner



NASJONALFORENINGEN
for folkehelsen

Avhandling for graden philisophie doctor (PhD)
Seksjon for sykepleievitenskap
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Medisinsk-odontologisk fakultet
Universitetet i Bergen
2008

Innholdsoversikt.....	1
Forord.....	3
Samandrag.....	5
Summary.....	8
Kapittel 1: Innleiing	11
Bakgrunn.....	11
Problemstilling.....	12
Tilnærming.....	12
Materiale	13
Inspirert av danske og svenske sjukepleieforskarar.....	13
Omgrepsavklaring.....	14
Studien si oppbygging.....	14
Kapittel 2: Tidlegare studiar om kroppsvask i sjukepleia.....	15
Kapittel 3: Kroppsvasken si teoretiske forankring.....	25
Hygiene.....	25
<u>Miasmeteorien</u>	27
<u>Mikrobeteorien</u>	28
Behov.....	30
<u>Henderson sin behovsteori</u>	31
Kapittel 4: Samfunnsramma.....	35
Den moderne hygieneteorien sin oppkomst.....	35
<u>Frå ufaglært til faglært sjukepleie</u>	38
<u>Frå offentleg til privat kropp</u>	42
<i>Moderne kroppslege normer</i>	44
<u>Frå folkeleg til borgarleg reinsemd</u>	45
Behovsteorien sin oppkomst i etterkrigstida.....	56
Politiske rammer kring kroppsvask i sjukepleia i vår tid.....	61
Kapittel 5: Teoretisk tilnærming og metodiske grep.....	68
Disiplinering.....	70
<u>Sjølvestyrt disiplinering</u>	72
<u>Ytre styrt disiplinering</u>	76
Metodiske grep.....	76
<u>Gransking av tekstar</u>	77
<i>Tekstar om korleis kroppsvask bør gjerast</i>	77
<i>Tekst om korleis kroppsvask vert gjort</i>	80
<u>Observasjon og intervju</u>	82
Kapittel 6: Analyse og drøfting	98

Kapittel 6a: Tilhøvet mellom hygieneteori og kroppsvask i sjukepleia.....	99
Utsjånad og lukt.....	99
<u>Før 1911 var det viktigast at synlege kroppsdelar var reine</u>	99
<u>Frå 1911 har ein forventa at pleietrengjande både ser reine ut og luktar godt</u>	106
<i>Den som ikkje vil, den må</i>	110
Utnytting av tida.....	119
<u>For tidkrevjande med dusj kvar veke</u>	119
<u>Sløyfe handvask før måltid og etter toalettbesøk</u>	122
<u>Forlengje intervalla mellom bleieskift/toalettbesøk</u>	124
<u>Avgrense tannpuss til ein gong om dagen</u>	129
<u>La fotpleiar utføre fotstell</u>	130
<u>La frisør utføre hårvask</u>	131
<u>Utnytte pleiarane si arbeidstid maksimalt</u>	133
Oppsummering av tilhøvet mellom hygieneteori og kroppsvask i sjukepleia.....	139
Konklusjon.....	139
Kapittel 6b: Tilhøvet mellom behovsteori og kroppsvask i sjukepleia.....	141
Normer for kroppsleg samkvem.....	141
<u>Bør vaske seg sjølv så sant ein kan</u>	141
<i>Få kroppsdelar pleietrengjande klarte å vaske sjølve</i>	142
<i>Hadde ikkje ynskje om å vaske seg sjølve</i>	145
<u>Ikkje seksuell berøring</u>	146
<i>Pleietrengjande kunne uttrykkje seksualitet ved kroppsvask</i>	147
<u>Minst mogleg avkledning</u>	150
<i>Pleietrengjande kunne ynskje å vera heilt nakne</i>	151
<u>Forventar at pleiaren er kvinne</u>	152
Effektivitet.....	153
<u>For tidkrevjande å late pleietrengjande vaske seg sjølve</u>	154
<u>Liten kontinuitet</u>	155
Oppsummering av tilhøvet mellom behovsteori og kroppsvask i sjukepleia.....	158
Konklusjon.....	159
Avsluttande kommentarar til analyse og drøfting.....	150
Kapittel 7: Diskusjon.....	160
Ein kan feste lit til materialet og måten det er brukt på.....	160
Vegen vidare.....	161
Referansar.....	166
Figurar:	
1. Oversikt over forskingsspørsmål og materiale.....	97
2. Oversikt over kor ofte kroppsdelar bør vaskast/vert vaska.....	140
Vedlegg:	
1. Løyve frå Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD)	
2. Tiltråding frå Regional komité for forskningsetikk (REK)	
3. Løyve frå sjukeheimen	
4. Informasjonsskriv/samtykkeerklæring	

Forord

Det hadde ikkje vore mogeleg å gjennomføre denne studien utan forskingsmidlar.

Nasjonalforening for Folkehelsen skal ha stor takk fordi dei formidla søknaden min til *Helse og Rehabilitering*, og eg er svært takknemleg for at sistnemnde organisasjon gav meg midlar til å arbeide med studien i 3 år. Vidare skal Høgskolen i Bergen ha takk for at det blei laga rom for å avslutte prosjektet året etter at stipendiatperioden var over.

Avhandlinga hadde aldri blitt som den er, dersom ikkje hovudrettleiar Kari Martinsen hadde ført meg inn i nordiske forskingsmiljø der eg fekk kjennskap til Foucault-inspirerte tenkjemåtar og forskning. Ei veke i året har omkring 20 nordiske forskarar møtt kvarandre i Rauland eller på Lesbos. Der har me diskutert uferdige utkast og kritisert kvarandre i lys av Foucault. Kari skal ha stor takk for at ho innlemma meg i dette forskingsmiljøet, for utrøtteleg vegleing og kritiske spørsmål. I akademisk samanheng har ingen utfordra meg som henne. Stipendiattida saman med Kari er ein juvel som eg alltid vil bera med meg.

Kari er ikkje den einaste som fortener stor takk. Utan birettleiar Kjell Kristoffersen er det ikkje sikkert at det nokon gong hadde blitt eit doktorgradsarbeid. Kjell rettleia meg i samband med hovudfagsarbeidet *Den kroppsnære pleierelasjonen*, som la grunnlaget for søknaden om midlar til doktorgradsstudien. Han har alltid gitt meg tru på at studien er viktig og spennande, samstundes som han har kome med utfordrande spørsmål.

Ei anna som skal takkast er Tobba Therkildsen Sudmann. I 1999/2000 tok ho meg med til tysdagsmøte på *Senter for Kvinneforskning* i Bergen. Det var Kari Wærness som leia dei fleirfaglege og inspirerande samlingane. Møta med andre forskarar stimulerte meg til å søkje om forskingsmidlar og opptak til doktorprogrammet. I denne perioden var Lise Widding Isaksen ein viktig støttespelar. Tusen takk Lise.

Etter at eg blei stipendiat har eg hatt mange gode diskusjonar med studentar og tilsette ved seksjon for sjukepleievitskap, og eg har også fått innspel frå andre ved institutt for samfunnsmedisin. Takk til alle. Hausten 2007 les Staf Callewaert og Frode Fadnes Jacobsen gjennom avhandlinga. Eg er svært takksam for deira kommentarar. Dei var til stor nytte i innspurten.

Mesteparten av underlagsmaterialet i studien er henta frå observasjonar og intervju av pleiarar og pleietrengjande i ein sjukeheim. Stor takk til alle som deltok, og til institusjonen som viste velvilje og la godt til rette for den praktiske gjennomføringa.

Elles vil eg takka foreldra mine, Marie og Roald, for ein rik barndom på Boga, der eg vaks opp saman med Linda, Annbjørg, Nils-Helge og Ranveig. I denne familien, omgitt av besteforeldre, tanter, onklar, søskenbarn, bønder, bøkkarar og sjøfolk, fekk eg ein mangfaldig og spennande start på livet, og den livskraft som er nødvendig for å gjennomføre eit doktorgradsarbeid.

Sist, men ikkje minst skal Birger, Anita og Karina takkast. Det hadde vore vanskeleg å arbeide slik eg har gjort dei siste åra, utan velviljen frå desse tre som eg bur saman med. I det daglege har dei vore inspirerande, forståingsfulle og strålande støttespelarar. Tusen takk til alle tre.

Bergen, mai 2008

Jeanne Boge

Samandrag

Bakgrunn: For omlag 20 år sidan hospiterte eg ved eit engelsk sjukehus. På ein sengepost blei eg vitne til at eldre pleietrengjande vart masserte med olje over heile kroppen medan dei blei vaska og stelt. Attåt blei det spelt musikk. Denne vaskemåten var eit brot med den sjukepleiefaglege kroppsvasken som eg hadde fått opplæring i, praktisert og undervist om. Seinare har eg undra meg over korleis det kan ha seg at kroppsvasken som eg hadde fått opplæring i, og som eg hadde praktisert, var som den var. I sjukepleiefaget har det ikkje vore uvanleg å argumentere for kroppsvask ved hjelp av hygiene- og behovsteori, men samfunnskonteksten som koplinga mellom dei nemnde teoriane og kroppsvask oppstod i, fekk meg til å lure på om teoriane hadde vore brukte som politiske styringsverktøy. Dette er bakgrunnen for dei overordna spørsmåla som vert stilt i denne studien: Korleis er tilhøvet mellom hygieneteori og kroppsvask i sjukepleia, og korleis er tilhøvet mellom behovsteori og kroppsvask i sjukepleia? Sidan hygieneteori skaper forventingar om regelmessig vasking av kroppsdelar der det lett kan samle seg kroppslege avfallsstoff, let me kor ofte ulike kroppsdelar bør bli vaska/vert vaska vera det sentrale omdreiingspunktet ved analyse og drøfting av tilhøvet mellom kroppsvask og hygieneteori. For å analysere og diskutere tilhøvet mellom kroppsvask og behovsteori, spør me kor sjølvstendige pleietrengjande bør vere/er i samband med kroppsvask, fordi behovsteori skaper forventingar om at det er den enkelte som avgjer korleis kroppsvask vert gjort.

Tilnærming: Analysane og drøftingane er inspirert av Foucault (1994: 225) sine studiar av praksisregime, og argumentasjonen hans for at studiar av praksisar må omfatte analyser av både korleis praksisar *bør vera* og korleis dei *er*. I studien *Overvåkning og straff* argumenterte Foucault (1999/1975) for at ein har styrt demokratiske samfunn gjennom disiplinerande samankopling mellom kroppslege praksisar og *objektiverande kunnskap*. Samankoplinga vert omtalt som *ytre disiplinering* i denne studien, som reknar hygieneteori for ei form for objektiverande kunnskap. I studien *Viljen til viten* argumenterte Foucault (1995/1976) for at ein også har kontrollert individa i demokratiske samfunn gjennom disiplinerande samankopling mellom kroppslege praksisar og *subjektiverande kunnskap*. Samankoplinga vert omtalt som *sjølvstyrt disiplinering* i denne studien, som reknar behovsteori for ei form for subjektiverande kunnskap.

Materiale: For å ha grunnlag for å svare på spørsmåla som vert stilte, må ein ha både normative og deskriptive tekstar, og i denne studien fungerer lærebøker i sjukepleie som materiale om korleis kroppsvask bør gjerast (Nissen 2000/1877, Kaurin 1879, Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967, Waage 1901 og 1911, Kristoffersen 2004/1996).

Observasjonsnotat og transkriberte intervju frå ein norsk sjukeheim i 2002 og 2006 vert brukte som deskriptivt materiale om kroppsvask. Det same vert ein studie om kroppsvask i Noreg frå 1860-talet (Sundt 1975/1869). Eilert Sundt skriv ikkje spesielt om kroppsvask i sjukepleia, men studien vert brukt til å vise korleis folkelege vaskemåtar nedfelte seg i lærebøker i sjukepleie. Sundt (1975/1869) vert også brukt som materiale om moderne normer for kjønna samkvem ved kroppsvask.

Tilhøvet mellom hygieneteori og kroppsvask i sjukepleia: På 1860-talet, då faglært sjukepleie blei etablert i vårt land, var folk flest mest opptekne av å halda synlege kroppsdelar reine til dagleg, og dei hadde gjerne ei rituell forståing av kroppsvask. Lærebøker i sjukepleie som kom ut i perioden 1877-1901 ber også preg av folkelege vaskepraksisar, trass i at slike læreverk stod i ein hygienisk samanheng. Til dagleg kunne pleietrengjande nøye seg med å vaske ansikt og hender, stelle munnen og greie håret. Andre delar av kroppen kunne det vera nok å vaske ein gong i veka, dersom det ikkje var spesielle grunnar for å gjera det oftare. I læreboka frå 1911 blei det argumentert for at ein dagleg også burde vaska tildekte kroppsdelar der hud låg mot hud, slik som under armane, under kvinnebryst, i lyskane, kring endetarmsopninga og kjønnsorgana. Denne utvidinga er truleg eit uttrykk for at kroppslukt var blitt mindre akseptabelt på den tida. Observasjonar og intervju i ein norsk sjukeheim i 2002 og 2006, viser at den dagleg kroppsvasken som blei praktisert der var i samsvar med normene frå 1911. Det var ikkje aksept for ustelte og luktande pleietrengjande, og generelt låg toleranse for personar som ikkje ville vaske seg i pakt med institusjonen sine normer. På den andre sida var det lite rom for pleietrengjande som ville vaske seg meir enn det som var vanleg i sjukeheimen. Dersom institusjonen skulle etterleve notidige folkelege og faglege standarder for dusj, handvask, tannpuss, toalettbesøk/bleieskift, hårvask og fotvask, måtte sjukeheimen setje av meir tid til slikt pleiearbeid.

Tilhøvet mellom behovsteori og kroppsvask i sjukepleia: På same vis som kroppsvask i sjukepleia ser ut for å vera fundert på moderne normer for utsjånad og lukt, har den også feste i moderne normer for kroppsleg samkvem. På 1860-talet, då faglært sjukepleie oppstod i landet vårt, var skikken med at kvinnene vaska mennene i ferd med å bli avvikla, fordi det blei rekna for uanstendig. Dei moderne normene nedfelte seg i lærebøker i sjukepleie, gjennom argumentasjonen for mest mogeleg sjølvstende ved kroppsvask, forventingar om varsemnd ved avkledning og forventingar om at kroppsvask ikkje vert kopla saman med seksualitet. Denne argumentasjonen endra seg ikkje etter at lærebøker i sjukepleie begynte å argumentere for sjukepleie ut frå behovsteori. Observasjonar og intervju i ein norsk sjukeheim i 2002 og 2006 viser at pleietrengjande sjeldan var i stand til å vaske større delar av kroppen sjølve, og at dei heller ikkje var opptekne av å vere mest mogeleg sjølvhjelpete. Dei likte å bli vaska av pleiar, og det blei dei vanlegvis. Pleietrengjande kunne også like å vera meir avkledde ved kroppsvask enn det som normene tilsa, og det var greitt, men det var ikkje rom for pleietrengjande som uttrykte seksuelle behov ved kroppsvask. Ufrivillige ereksjonar var derimot uproblematisk. Pleietrengjande forventa gjerne at pleiaren var kvinne, og det var det vanlegaste, men det arbeidde også enkelte menn ved institusjonen, og når dei viste seg å vera kompetente, var det vanlegvis uproblematisk. Men det hende at enkelte reserverte seg mot å bli vaska av menn, og det blei akseptert. Derimot blei det ikkje teke omsyn til pleietrengjande sine ynskje om kontinuitet og kompetanse ved kroppsvask. Det var heller ikkje rom for at pleiarane hjelpe pleietrengjande til å vaske seg mest mogeleg sjølve, og dette kunne vera grunnen til at nokre pleietrengjande vaska seg sjølv mindre enn dei kunne klart.

Konklusjon: Denne studien viser at normer for lukt, utsjånad og kroppsleg samkvem på den eine sida, og utnytting av pleiarane si tid på den andre sida, ser ut for å vera viktigare ved kroppsvask i sjukepleia enn redsla for miasmer, mikrobar og omtanken for pleietrengjande sine behov.

Summary

Background: About 20 years ago, I spent some time in an English hospital as a visiting nurse. In one ward, I witnessed elderly patients dependent on nursing being massaged with oils all over their bodies while they were being washed and cared for. There was also background music. This form of body wash was very different from the nursing-professional body washing I had been taught, had practiced and had myself taught to others. Later, I have wondered why the body wash methods that I have been taught and have practiced were the way they were. In nursing, it has not been unusual to use hygiene and needs theory as arguments for body washing, but the social context in which the connection between the above-mentioned theories and body washing arose made me wonder whether these theories had been used as instruments of political policy. This forms the background for the overriding questions raised in this study: What is the relationship between hygiene theory and body washing in nursing, and what is the relationship between needs theory and body washing in nursing? Because hygiene theory creates expectations of regular washing of parts of the body where bodily waste products tend to gather, we will use how often different parts of the body should be washed/are washed as the focal point for our analyses and discussion of the relationship between body washing and hygiene theory. In order to analyse and discuss the relationship between body washing and needs theory, we examine how independent patients dependent on nursing should be/are in connection with body washing, because needs theory creates expectations that the individual will decide how washing is to be carried out.

Approach: The analyses and discussions are inspired by Foucault's studies of practice regimes, and his argumentation that studies of practices must include analyses of both what practices *should be* like and what they *are like* (Foucault 1994). In his study *Discipline and Punish*, Foucault (1999/1975) argued that democratic societies have been governed through a disciplining connection between bodily practices and *objectifying knowledge*. In this study, in which hygiene theory is deemed to be a form of objectifying knowledge, the connection is referred to as *external disciplining*. In his study *The Will to Knowledge*, Foucault (1995/1976) argued that individuals in democratic societies have also been controlled through a disciplining connection between bodily practices and *subjectifying knowledge*. In this study, in which needs theory is deemed to be a form of subjectifying knowledge, the connection is referred to as *self-disciplining*.

Material: Both normative and descriptive texts are necessary to provide a basis for answering these questions, and in this study, nursing textbooks are used as material on how body washing should be carried out (Nissen 2000/1877, Kaurin 1879, Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967, Waage 1901 and 1911, Kristoffersen 2004/1996). Observation notes and transcribed interviews from a Norwegian nursing home in 2002 and 2006 are used as descriptive material on body washing. A study on body washing in Norway dating from the 1860s (Sundt 1975/1869) is also used. Eilert Sundt does not write about body washing in nursing in particular, but his study is used to show how common people understanding of body washing manifested itself in nursing textbooks. His study is also used as material for modern norms for bodily interaction.

The relation between hygiene theory and body washing in nursing: In the 1860s, when nursing as an occupation was established in Norway, most people focused on keeping the visible parts of the body clean in everyday life, and most of them had a ritual understanding of body washing. Nursing textbooks published in the period 1877 to 1901 are also influenced by common people understanding of such washing, in spite of the hygienic context for such works. Patients in need of nursing only needed to wash their face and hands, brush their teeth and brush their hair every day. It could be enough to wash other parts of the body once a week, unless there were particular reasons for more frequent washing. The 1911 textbook argued that covered body parts where skin comes into contact with skin should also be washed daily: armpits, under women's breasts, the groin, around the anus and genitals. This expansion was probably an expression of reduced tolerance of smell at that time. Observations and interviews in a Norwegian nursing home in 2002 and 2006 show that the daily body washing practised there was in accordance with the 1911 norms. It was not acceptable for patients to be unkempt and smelly, and there was a generally low tolerance for persons unwilling to wash in keeping with the institution's norms. On the other hand, there was not much room for patients who wanted to wash more than was usual in the nursing home. If the institution were to comply with the present general and professional standards for showers, washing of hands, brushing teeth, visits to the toilet/changing nappies, foot wash and shampooing, that would require more nursing staff.

The relationship between needs theory and body washing in nursing: In the same way as body washing in nursing seems to be based on modern norms for appearance and smell, it is also rooted in modern norms for bodily interaction. In the 1860s, when nursing as a profession was introduced in Norway, the tradition whereby women washed the men was being discontinued because it was considered indecent. The modern norms manifested themselves in nursing textbooks as arguments supporting as much independence as possible in body washing and expectations of caution about undressing and expectations that body washing should not be connected with sexuality. This reasoning did not change when nursing textbooks started using needs theory as the basis for nursing in general and body washing in particular. Observations and interviews in a Norwegian nursing home in 2002 and 2006 show that the patients in need of nursing were rarely able to wash much of their bodies themselves, and nor was it important to them to be as self-reliant as possible. They liked being washed by the nurses, and they usually were. Some patients dependent on nursing might also like to be more undressed during body washing than the norm, and that was not a problem, but there was no room for patients expressing sexual needs during body washing. Involuntary erections, on the other hand, were unproblematic. Most patients expected the nurses to be female, and most of them were, but there were also men working at the institution. This was normally unproblematic if they proved to be competent. However, some patients wished not to be washed by men, and this was accepted. The nursing patients' wishes for continuity and competent nursing staff, on the other hand, were not taken into consideration. Nor was there room for the nursing staff to help the patients wash themselves as much as possible, and this could be the reason why some patients wash themselves less than they could have been capable of.

Conclusion: This study shows that norms for smell, appearance and bodily interaction, on the one hand, and utilisation of the nursing staffs time on the other, seems to be more important to how body washing is carried out in nursing than the fear of miasma, microbes and the needs of the patients.

Kapittel 1: Innleiing

Kroppsvask av sjuke og pleietrengjande vert utført etter eit bestemt mønster som ein må kunne for å bli sertifisert som sjukepleiar og hjelpepleiar. Denne vaskemåten kan ein lesa om i lærebøker for hjelpepleiarar og sjukepleiarar (For eksempel Brønstad 2005: 100-123, Mekki og Pedersen 2007/2004: 423-489). Den sistnemnde læreboka er kopla opp mot eit datanettverk som inneheld enda meir detaljerte malar for kroppsvask enn læreboka; *Praktiske prosedyrer i helsetjenesten (PPS)*. I kapittel 6 og 7 skal me sjå nærare på desse praksisane.

Bakgrunn

Sjølv lærte eg å vaske pleietrengjande i ein norsk sjukeheim då eg var 15 år. Seinare tok eg sjukepleiarutdanning, og der var undervisninga om kroppsvask nært kopla til teoriar om hygiene og behov. I mange år hadde eg eit heilt uproblematisk tilhøve til kroppsvask i sjukepleia. Eg tok det for gitt at den var som den var, men dette endra seg sommaren 1988. Då hospiterte eg ved eit sjukehus i Oxford. På ein sengepost blei eg vitne til at eldre pleietrengjande blei masserte med olje over heile kroppen medan dei blei vaska og stelte. Attåt blei det spelt musikk. Sjukepleiar og avdelingsleiar Helen Passant (1990, 1991) var pådrivaren bak denne form for kroppsvask. Møtet med kroppsvasken i den engelske sjukeheimsavdelinga var eit brot med dei hygiene- og behovsfunderte vaskepraksisane eg hadde fått opplæring i, brot med min eigen måte å undervisa om kroppsvask på og brot med kroppsvasken eg hadde utført i sjukeheim, i heimesjukepleia, på intensivavdelingar og akutt-mottak. Seinare har eg undra meg over korleis det kan ha seg at den sjukepleiefaglege kroppsvasken som eg har fått opplæring i, som eg har praktisert og undervist om, er som den er. Denne undringa var truleg bakgrunnen for at hovudfagsstudien min i sjukepleievitskap handla om korleis pleietrengjande opplevde sjukepleia dei fekk den fyrste tida etter at dei hadde vore igjennom eit større kirurgisk inngrep (jf. Boge 1999, kap. 2).

Hovudfagsstudien lærte meg mykje, men opplevingane til pleietrengjande sette ingen stoppar for undringa over korleis det kunne ha seg at kroppsvask i sjukepleie var som det var. I von om å bli klokare gjorde eg observasjonar og intervju i ein norsk sjukeheim i 2002. Der blei eg forundra over kor lang tid det kunne gå mellom kvar gong pleietrengjande fekk vaska heile kroppen, at føtene ikkje blei vaska til dagleg og over kor liten del av kroppen den pleietrengjande vaska sjølv. På intensivavdelingar hadde eg vore van med å vaska bortimot

heile kroppen til pleietrengjande kvar dag. Observasjonane i sjukeheimen fekk meg til å lesa om att lærebøker i sjukepleie for å finna ut korleis kroppsvask i sjukepleie eigentleg *burde gjerast*, og gradvis endra studien retning frå å ha hovudfokus på opplevingar av kroppspeierelasjonen, til å dreia seg om korleis kroppsvask *blei gjort*.

Etter at studien hadde fått gjeremålet som omdreiingspunkt, gjorde eg nye litteratursøk (jf. kap. 2). I den samanhengen kom eg over ein artikkel av den danske sjukepleiaren Anneli Karniala (1992). Ho viste til ein studie av den franske historikaren Georges Vigarello (1988: 224-225), som argumenterte for at prinsippa for notidig vestleg kroppsvask blei etablerte på slutten av 1800-talet, det vil seie i same periode som mikrobeteoriane blei lanserte og faglært sjukepleie oppstod. Dette fekk meg til lesa meg inn i samfunnssamanhengen hygieneteoriane oppstod i og seinare konteksten behovsteoriane oppstod i, fordi sjukepleiefaget har argumentert for kroppsvask både ved hjelp av hygiene- og behovsteori (jf. kap. 4).

Problemstilling

Møtet med samfunnsk konteksten dei nemnde teoriane oppstod i fekk meg til å lure på om kroppsvask i sjukepleia verkeleg var grunnfesta i hygiene- og behovsteori, eller om teoriane hadde vore brukte som politiske verktøy. Denne undringa viste veg til den franske filosofen Michel Foucault sin argumentasjon for at ein har styrt demokratiske samfunn ved å kopla kroppslige praksisar saman med ulike former for kunnskap (Foucault 1999/1975, 1995/1975). I denne studien skal me undersøkje korleis tilhøvet er mellom hygieneteori og kroppsvask i sjukepleia, og korleis tilhøvet mellom behovsteori og kroppsvask i sjukepleia er. I den samanheng spør me kor ofte ulike kroppsdelar bør bli vaska/vert vaska fordi hygieneteori skaper forventingar om regelmessig vasking av kroppsdelar der det lett samlar seg kroppslige avfallsstoff. Vidare spør me kor sjølvstendige pleietrengjande bør vere/er ved kroppsvask, fordi behovsteori skaper forventingar om at det er den enkelte sine behov som avgjer korleis kroppsvask vert gjort.

Tilnærming

Analysane og drøftingane er inspirerte av Foucault (1994: 225) sine studiar av praksisregime og hans argumentasjon for at studiar av praksisar må omfatte analysar av både korleis praksisar *bør vera* og korleis dei *er*. I studien *Overvåkning og straff* argumenterte Foucault (1999/1975) for at ein har styrt demokratiske samfunn gjennom disiplinerte samankopling

mellom kroppslege praksisar og *objektiverande kunnskap*. Samankoplinga vert omtalt som *ytre disiplinering* i denne studien, som reknar hygieneteori for ei form for objektiverande kunnskap. I studien *Viljen til viten* argumenterte Foucault (1995/1976) for at ein også har styrt individa i demokratiske samfunn gjennom disiplinierende samankopling mellom kroppslege praksisar og *subjektiverande kunnskap*. Samankoplinga vert omtalt som *sjølvstyrt disiplinering* i denne studien, som reknar behovsteori for ei form for subjektiverande kunnskap.

Materiale

For å ha grunnlag for å svare på spørsmåla som vert stilte, må ein ha både normative og deskriptive tekstar, og i denne studien fungerer lærebøker i sjukepleie som materiale om korleis kroppsvask bør gjerast (Nissen 2000/1877, Kaurin 1879, Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967, Waage 1901 og 1911, Kristoffersen 2004/1996).

Observasjonsnotatar og transkriberte intervju frå ein norsk sjukeheim i 2002 og 2006 vert brukt som deskriptivt materiale om kroppsvask. Det same vert ein studie om kroppsvask i Noreg frå 1860-talet (Sundt 1975/1869). Eilert Sundt skriv ikkje spesielt om kroppsvask i sjukepleia, men studien vert brukt til å vise korleis folkelege vaskemåtar nedfelte seg i lærebøker i sjukepleie. Sundt (1975/1869) vert også brukt som materiale om moderne normer for kjønna samkvem ved kroppsvask.

Inspirert av danske og svenske sjukepleieforskarar

Korleis kunne det ha seg at eg starta studien om kroppsvask med utgangspunkt i opplevingar, når det eg undra meg over var korleis kroppsvask blei gjort? Det trur eg hadde samanheng med at eg er opplært i ein kultur der dei som forskar kvalitativt etterspør opplevingar og forståinga av desse, og at eg trudde det var gjennom slike tilnærmingar eg ville få svar på spørsmåla mine. Etter å ha gjennomført observasjon og intervju i ein sjukeheim i 2002, fekk eg Kari Martinsen som rettleiar. Ho førte meg inn i eit nordisk sjukepleiefagleg forskingsmiljø som analyserte praksisar (Callewaert 2006, Petersen 2001, Glasdam 2003, Beedholm 2002, Frederiksen 2005, Brandt Jørgensen 2007, Sørensen 2006, Heedegaard-Larsen 2005, Larsen 2005, Prieur 2002). Desse forskingsmiljøa opna for andre måtar å studere sjukepleie på enn eg var vand med, og var truleg avgjerande for at eg vågde å la studien dreie seg om det eg hadde sett og høyrte i sjukeheimen i 2002. I fylgje antropologen Cato Wadel (1991: 129-131) er det ikkje uvanleg, men tvert om typisk at studiar endrar seg

undervegs i kvalitativ forskning, for i slike studiar skal ein stille seg open for det som møter ein i materialet ein undersøker, og vera viljug til å revurdera eigne meiningar, teoriar og spørsmål. Kvalitativt orienterte forskarar har sjeldan eit fasttømra opplegg når dei startar på ein studie. Dei veit gjerne ikkje heilt kva teoriar og metodar dei kjem til å bruke, før dei har forska ei stund.

Omgrepsavklaring

I denne studien er orda pleietrengjande og sjukepleie ofte nemnde. Med *pleietrengjande* meinast personar som treng hjelp av andre til kroppsspleie. Ordet *sjukepleie* vert brukt på mange måtar; Av og til handlar det om pleiarar som har minst treårig utdanning, andre gongar om alle pleiarar som har ei eller anna for fagutdanning, og atter andre gongar om pleiarar uavhengig av utdanning. Undervegs har eg prøvd å gjera tydeleg greie for kva samanheng omgrepet står i og korleis det vert brukt. Andre sentrale omgrep er avklara i dei aktuelle samanhengane.

Avhandlinga si oppbygging

Kapittel 2 er ein gjennomgang av tidlegare studiar om kroppsvask i sjukepleia. Kapittel 3 er ei utlegging av hygiene- og behovsteori. Kapittel 4 handlar om samfunnskonteksten som hygiene- og behovsargumentasjonen oppstod i og står i. I kapittel 5 gjer eg greie for korleis denne studien er inspirert av Foucault (1994) sine studiar av praksisregime, og av hans utleggingar av ytre- og sjølvstyrt disiplinering (Foucault 1999/1975, 1995/1976). Vidare omfattar kapittelet ei gransking av dei normative og deskriptive tekstane som vert analysert og drøfta i denne studien. Kapittelet viser vidare korleis eg har gjort observasjonar og intervju for å skaffe fram materialet om kroppsvask i ein norsk sjukeheim i 2002 og 2006. I kapittel 6 analyserer og drøftar me fyrst tilhøvet mellom hygieneteori og kroppsvask i sjukepleia, i lys av Foucault (1999/1975) sine utleggingar av ytre disiplinering. I den samanhengen er kor ofte enkelte kroppsdelar bør bli/vert vaska omdreiingspunkt (jf. kap. 6a). Vidare analyserer og drøftar me tilhøvet mellom behovsteori og kroppsvask i sjukepleia i lys av Foucault (1995/1976) sine utleggingar av sjølvstyrt disiplinering, med sjølvstende som omdreiingspunkt (jf. kap. 6b). I kapittel 7 vert det argumentert for at ein kan feste lit til studien, og for vidare arbeid med kroppsvask.

Kapittel 2: Tidlegare studiar om kroppsvask i sjukepleia

I dette kapittelet skal eg gjera greie for tidlegare studiar om kroppsvask i sjukepleia. Den engelske sosiologen Julia Twigg (2000: 1-7) argumenterer for at det er skrive påfallande lite om det konkrete arbeidet som pleiarar utfører med andre sine kroppar. 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. Den danske sjukepleiaren Kirsten Siggaard Mathisen fann heller ikkje mykje litteratur då ho studerte personleg hygiene i sjukepleia (Mathiesen 1997). Mangelen på studiar om kroppsvask er ikkje spesielt for sjukepleiefaget; Då den svenske etnologen Jonas Frykman (1994) ville studere kroppslig reinsemd i Sverige i perioden 1880-1910, var det ikkje mykje materiale å finne tak i, samstundes som det fanst store mengder skriftlege kjelder om slikt som drakter, husbygging, høgtider, leikar, segner og viser. Frykman trur kroppslig reinsemd har vore utsett for umedviten sensur frå forskarane si side, og han lurar på om det kan ha samanheng med at forskarane gjerne har hatt borgarleg bakgrunn, og der har kroppslige emne vore svært tabubelagde. Den engelske sosiologen Elizabeth Shove (2003: 85) understrekar at det er stilt om kroppslig reinsemd. Medan det fins massevis av litteratur om kroppsbilde, er det mest ikkje skrivi noko om korleis folk held seg reine.

I denne studien blei det gjennomført søk etter litteratur om kroppsvask i den norske databasen BIBSYS. Søkjeorda eg brukte var renslighet, hygiene, kroppspoleie, morgenstell, personlig hygiene, kroppsvask, vaskepraksiser, bad, ren og velstelt. Kvar for seg fekk eg relativt mange treff på fleire av desse søkjeorda, men når dei blei kombinerte med sykepleie var det relativt få treff, og mest ingen studiar. I tillegg til søk i den norske biblioteksbasen, gjorde eg også søk i den nordiske databasen *SveMed* og fleire internasjonale databasar som spesielt er mynta på helseopplysing; *Amed*, *Cinahl*, *Embase*, *Sosial Care Online*, *Pubmed*. På desse databasane prøvde eg meg fram ved å kombinere *nursing care*, *nursing practice*, *nursing home* med søkjeorda *bodywork*, *baths*, *washing practices*, *body wash*, *needs*, *cleanliness*, *body-care*, *hygiene*, *personal hygiene*. Eg fekk flest treff når eg kombinerte *nursing care/-practice* og *baths*, og det var *Cinahl* eg hadde mest glede av. Dette er ein internasjonal database for helsefag med hovudvekt på sjukepleie. Eksempel frå søk på *Cinahl*; *Nursing care* gav 7649 treff, *baths* gav 922 treff, kombinasjonen av dei to gav 30 treff. Når desse 30 treffa vart avgrensa til *research* fekk eg 9 treff, og få av dei var relevante for denne studien. Trass i at

det ikkje har vore så populært å studere korleis ein vaskar pleietrengjande, så fann eg nokre relevante studiar på databasane, og gjennom kolleger og referanselister fekk eg kjennskap til andre studiar som direkte og indirekte gjev oss innblikk i dette arbeidet, og desse skal me sjå nærare på nedanfor.

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 kroppsvask, 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 laga 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 påkleding, sminke, tannstell og hårstell. Etter at den pleietrengjande hadde blitt kjørt til daglegstova for å eta frukost, var heile dagen delt opp i faste kjøreturar 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, og det kunne vera 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 blei forventa av dei at dei sa at dei arbeidde i sjukeheimen fordi dei var glade i eldre (Lee-Treweek 1997).

Twigg (2000) som studerte pleietrengjande som fekk hjelp til å bade seg i private heimar, stiller kritiske spørsmål til Lee-Treweek (jf. ovanfor) si poengtering av pleiarane sitt mekaniske, lite omsorgsfulle forhold til dei pleietrengjande. Sjølv om Twigg også finn 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 ikkje ut som om pleiarane var vennlege mot dei pleietrengjande og prøvde å imøtekoma ynskja deira, fordi det var forventa at dei skulle vera slik. Den omsorgsfulle veremåten såg ut til å vera djupt rotfesta i dei, og pleiarane strekte seg langt for å imøtekoma pleietrengjande sine ynskje (Twigg 2000: 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 var basert på intervju med 30 heimebuande hjelpetrengjande, 9 menn og 21 kvinner. Alle, med unntak av fire, var eldre. I tillegg blei 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 frivillige. 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 2000: 180-208, 213).

Twigg (2000: 106-136) fortel at i Storbritannia har det vore ein tendens til at stadig fleire helsetenester som før vart rekna for sjukepleie, er blitt omgjort til sosiale tenester. Bakgrunnen for reformene har vore finansielle, og dei har vore ideologisk influerte av *New Public Management*. Ho fortel vidare at fram til 1980-talet vart personleg omsorg, inkludert kroppsvask, rekna for ei sjukepleieteneste i Storbritannia. Slike tenester betalte ein ikkje for. På 1990-talet blei pleietenestene endra, slik at vask og stell som ikkje omfatta medisinsk behandling av noko slag blei rekna for ei sosial, ikkje ei medisinsk teneste. Sosiale tenester skulle utførast av personar utan sjukepleieutdanning, medan sjukepleie skulle avgrensast til medisinsk behandling. Ikkje-medisinske tenester som kroppsvask skulle dei hjelpetrengjande sjølve betale for dersom dei hadde økonomi til det.

Dei pleietrengjande i Twigg (2000: 71-76, 101-102) sin studie hadde ikkje ynskje om å bli bada av sjukepleiar, då denne yrkesgruppa gjerne blei assosiert med vonde sjukehusopphald, og dei hadde lita tru på at desse profesjonelle pleiarane ville prioritere lågstatus arbeid som kroppsvask. For sjukepleiarar var gjerne bad noko dei gjorde på slutten av dagen etter at dei meir akutte oppgåvene var utført. I staden føretrekte dei pleietrengjande ufaglærte personar som dei ynskje å etablere ein spesiell, nær, varm, vennskapleg relasjon til, samstundes som relasjonen var tydeleg avgrensa til bading. Dei likte best at pleiarane såg kva hjelp dei trong, og at dei fekk hjelp utan at dei måtte be om det.

Alle, med unntak av to som hadde budd i andre land, meinte dusj var forkasteleg. Dei var ikkje vande med dusj. Nokre av dei eldre som var vande med badekar, knytte det til velvere og nyting, medan andre såg på bad som noko dei gjorde for å bli reine. Mange var ikkje så vande med verken dusj eller badekar, dei føretrekte å vaske seg med klut. Twigg (2000: 32-42) argumenterer for at motstanden mot dusj og omfattande vasking som pleiarane kunne møte på, kunne ha samanheng med at eldre er vande med andre vanskevanar enn det som er vanleg i dag (jf. kap. 4).

Twigg (2000: 48-53, 188-189) argumenterer for at pleiarane prøvde å ta omsyn til pleietrengjande sine vanar og ynskje i samband med kroppsvask, men når demente ikkje ville vaske seg blei det vanskeleg. Det fins fleire studiar om korleis ein kan få vaska og stelt pleietrengjande som viser motstand mot kroppsvask (Kovach og Meyer-Arnold 1996, Miller 1994, Miller 1997, Barrick et al. 2002, Rader et al. 2006, Sloane et al. 2004, Hoeffler et al. 2006). Nokre studiar argumenterer for at det kan vera like bra å gjennomføre heilkroppsvask ved hjelp av varme, fuktige handdukar som ein legg på kroppen, i staden for å utsetje demente for dusj eller badekar (Martin et al. 1999, Rader 1994). Det vert vidare argumentert for at slike *handduksbad* er rimelegare enn vanleg dusjing og karbad.

Sjølv om pleiarane tok omsyn til pleietrengjande sine ynskje, så avviste dei pleietrengjande, vanlegvis menn, som utviste seksuell åtferd i samband med kroppsvask. I slike høve kunne den kvinnelege pleiaren bli bytt ut med ein mann. Dei fleste kvinnene i studien til Twigg (2000: 53-71) ville helst ikkje bli hjelpt av mannlege pleiarar. Dette ynskjet prøvde ein å imøtekoma ved at mannlege pleiarar berre gjekk heim til mannlege pleietrengjande, men det var enkelte menn som heller ikkje ville bli vaska og stelt av mannlege pleiarar, då dei assosierte mannlege pleiarar med homoseksualitet.

Den australske sjukepleiaren og sosiologen Jocalyn Lawler (1996/1991: 21-41) argumenterer for at det eksisterer eit taust regelverk om profesjonalitet i samband med kroppsvask. Det inneber at både den pleietrengjande og pleiaren er diskret, at kroppen ikkje vert blottlagt meir enn nødvendig, og at den pleietrengjande er føyeleg og samarbeidsviljug. Profesjonalitet vert vidare understreka ved bruk av uniform og gjennom markering av at dette er eit heilt vanleg profesjonelt arbeid ein hadde gjort mange gongar før. Desse tilnærmingane gjorde dei avkledd og pinlege situasjonane enklare for begge partar, men strategiane hindra ikkje at

mannlege pleietrengjande kunne få ereksjon, friviljug eller ufriviljug. I slike høve kunne pleiarane gå ut eller heilt oversjå det. Det blei vanlegvis ikkje kommentert. Andre kunne koma med slibrige kommentarar og seksuelle invitasjonar. Dess friskare dei pleietrengjande var, dess meir opptekne var dei av seksualitet, og det handla med få unnatak, om mannlege pleietrengjande som eksponerte seg seksuelt i møte med kvinnelege pleiarar. Pleiarane mislikte og avviste pleietrengjande som uttrykte seksuelle behov i samband med kroppsleg still. I slike høve valde gjerne pleiarane å vera to saman. Vidare gjorde dei seg gjerne raskt ferdige, eller dei overlet gjeremålet til ein mann i staben. Utanfor arbeidsplassen kunne pleiarane få ei kjensle av at det blei stilte spørsmålsteikn ved kva slags simpel person ein var som kunne arbeide med andre sine kroppar, inkludert seksualorgan, og ta seg av oppkast, avføring og anna søl og griseri. Studien var basert på observasjon og intervju med 34 pleiarar som arbeidde i sjukehus (5 hjelpepleiarar, 2 sjukepleiarstudentar i siste studieåret og 27 sjukepleiarar). 4 av dei som blei intervjuar var menn, resten kvinner (Lawler 1996/1991: 45-68, 200-230). Fleire studiar viser at handtering av seksualitet er ein integrert del av det kroppsnære pleiearbeidet, og at omsorgsfull berøring i slike samanhengar kan vera spesielt komplisert når pleiaren er mann (Boge og Kristoffersen 2002, Moore og Gilbert 1995, Routasalo 1996, Routasalo og Isola 1996, Sansone og Schmitt 2000).

Den nederlandske helseforskarer Jeanette Pols (2006) studerte vaskepraksisar på langtidsavdelingar i to psykiatriske sjukehus og fem bueiningar som gav husly til eldre kronisk sjuke psykiatriske pasientar. Ho fann ut at det var 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, og sjukepleiaren prøvde ikkje å overtale pleietrengjande som ikkje ville dusje om at dei burde gjera det, men sjukepleiar greip inn dersom pleietrengjande var så ustelte og skitne at det gjekk ut over andre som budde på 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 kroppsvask for ein grunnleggjande ferdigheit som dei psykisk sjuke måtte lære seg dersom vedkomande ikkje hadde lært det før, eller vedkomande 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 kroppsvask var bygd på ein idé om at individet ynskjer å bli

uavhengig for å bli i stand til å leva i samfunnet, og sidan kroppsvask blei rekna for ein basal ferdigheit, burde alle vaska seg sjølve. Denne tilnærminga innebar at det å vera autonom var å klare å gjera mest mogeleg sjølv. Den tredje måten å nærme seg kroppsvask på, handla om at ein tok det for gitt at alle skulle vaske og stelle seg, og dersom nokon ikkje gjorde det, syttte 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 skal bli sjølvstendige borgarar, og hadde avfunne seg med at dei alltid ville trenge hjelp til å vaske og stelle seg. I den fjerde vaskestrategien vart det lagt vekt på at kroppsvask var ein måte å etablere relasjonar mellom den pleietrengjande og pleiaren på. Ein måte å gjera noko saman 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 leva med vedkomande, og kroppsvasken vart tilpassa humøret og tilstanden til den andre. Det kunne innebera at kroppsvasken ikkje alltid blei like omfattande, og at nokre av dei pleietrengjande var litt skitnare enn om dei hadde blitt vaska etter faste rutinar. I denne tilnærminga var relasjonsbygging viktigare enn at den pleietrengjande er rein, og ein såg gjerne på kroppsvask som ei alternativ kommunikasjonsform. Denne vaskemåten var eit uttrykk for at det å vera ein samfunnsborgar er å vera knytt til andre menneske. Denne fjerde forma for kroppsvask skilde seg tydeleg frå dei tre føregåande formene, som var bygde på ein underliggjande idé om at individa er samfunnsatom som er meir eller mindre i konkurranse med kvarandre, medan den fjerde forma er bygd på ein idé om 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 i vår tid. Det er pasientautonomi som er nøkkelordet, og der er forventingar om at den pleietrengjande aktivt skal arbeide for å klare seg sjølv så langt det er mogeleg.

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 åleine eller ved hjelp av pleiarar, hadde deltakarane trong for å få det gjort, for om dei ikkje heldt

seg reine, kunne dei vera 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 vera mindre anstrengjande. Studien til Lomborg var basert på observasjonar og intervju med pleietrengjande som var innlagde på sjukehus på grunn av alvorlege pusteproblem. 7 av deltakarene var kvinner og 5 var menn. Gjennomsnittsalderen var 68, 5 år.

Hovudfagsstudien i sjukepleievitskap som Randi Lima Ugland (1998, 2000) utførte på medisinske og kirurgiske sengepostar, viste også at pleietrengjande kunne kvi seg for å uttrykkje at dei hadde trong for hjelp til kroppsstell 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 meir 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 vera reine og velstelte for å kjenna 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 hjelp til barbering, tannpuss og handvask før måltid/etter toalettbesøk.

Medan både Lomborg (2005) og Ugland (1998) sine studiar tyder på at det er viktig for pleietrengjande i sjukehus å få vaska seg, og at dei ikkje alltid får den hjelpa dei treng i den samanheng, meiner avdelingssjukepleiar Janet Spiller (1992: 431-434). ved *John Radcliffe Hospital* i Oxford at sjukepleiarane er mykje meir opptekne av kroppsvask enn det dei pleietrengjande er. Ho argumenterer for at kroppsvasken i sjukehusa er rituelle praksisar som sjukepleiefaget har praktisert sidan Nightingale si tid, og som det ikkje fins nokon evidens for å halda fram med.

I Anne-Grethe Gregersen (2002: 51-83) si hovudfagsoppgåve i sjukepleievitskap blei 5 kvinner med leddgikt i alderen 35-65 år intervjuja om personleg stell. Studien hadde hovudfokus på kvinnene sine erfaringar med den daglege kroppsvasken dei sjølve utførte i

heimen, men den inkluderte også korleis det var å vera avhengig av pleiarar for å vaske og stelle seg når dei var på sjukehus. Kvinnene hadde stort behov for å sjå velstelte ut, og dei kunne arbeide i timevis for å få det til. Det var spesielt viktig å sjå skikkeleg ut på håret, men det kunne vera vanskeleg å vaske og stelle både hår og andre kroppsdelar på grunn av stive ledd. Når dei var på sjukehus kunne dei føretrekkje å bruke ein og ein halv time på å vaske å stelle seg sjølve, framfor å få hjelp av sjukepleiar, men når dei var til operasjon blei dei ofte meir hjelpetrengjande enn vanleg, og då kunne det vera nydeleg å bli vaska og stelt av pleiarar. Etter å ha blitt vaska og stelt skikkeleg, kanskje fått vaska håret og stelt føtene, kunne dei føle seg i mykje betre form. Men kom det ukyndige, kommanderande og/eller travle pleiarar for å hjelpe dei, kunne vask-og-stell situasjonar opplevast krenkande.

I min eigen hovudfagsstudie i sjukepleievitskap viste det seg at personar som hadde gjennomgått ein større operasjon, blei møtte med store forventningar om at dei burde bli raskt sjølvhjelpete etter det kirurgiske inngrepet, og desse forventingane var ofte, men ikkje alltid, i samsvar med pleietrengjande sine eigne ynskje. 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 operasjonssnitta gjorde det umogeleg å klare det på eiga hand. Dei trudde pleiarane hadde kome og hjelpt dei utan at dei måtte be om det dersom dei meinte det var nødvendig, men pleiarane gav ikkje uttrykk for at dei tykte slik kroppsvask var nødvendig. Dei pleietrengjande visste at dei ville få hjelp dersom dei ringde på og bad om hjelp, men det gjorde dei ikkje, for sjølv om pleiarane var både 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. Samstundes som pleietrengjande gjerne ville klare å vaske og stelle seg sjølve, så ville alle, med unnatak av to menn, likt å bli massert på ryggen og føtene, men ingen av dei hadde blitt massert verken der eller andre stader på kroppen under sjukehusopphaldet (Boge 1999: 31-97). Studien var basert på intervju med 8 nyopererte menn og 4 kvinner om deira opplevingar av vask og stell i dagane etter eit større kirurgisk inngrep. Intervjua blei gjennomførte cirka 2-3 veker etter operasjon. Gjennomsnittsalderen var 73,6 år.

Ovanfor har me sett at det kan vera store forventningar til pleietrengjande om at dei bør vaske seg mest mogeleg sjølve, men det kan det ta lenger tid, enn om pleiarane gjer det for den pleietrengjande. Dette kom fram i avhandlinga til sjukepleiar Ruth Olsen (1998: 50-71). Ho

observerte korleis 3 pleiemedhjelparar, 8 hjelpepleiarar og 6 sjukepleiarar utførte morgonstellet i avdeling for demente. Morgonstell der pleiar handla med den pleietrengjande tok gjennomsnittleg 35 minutt. Eit slikt stell innebar at pleiaren hjelpte den pleietrengjande til å gjera mest mogeleg sjølv. Resten utførte pleiaren. Eit tilsvarande stell der pleiaren vaska og stelte den pleietrengjande tok kring 20 minutt. No er det ikkje sikkert at eldre pleietrengjande ynskjer å vaske og stelle seg så mykje sjølve, for den svenske sosiologen Lars Tornstam (1996) argumenterer for at eldre ikkje er så opptekne av å vera aktive. Dei kan tvert om like å vera passive.

Hovudfagsstudien til Toril Agnete Larsen (1999: 7-8, 69-111) i sjukepleievitskap, *Stellet i sykepleien*, viser at det ikkje var større rom for pleietrengjande sine etablerte vaskevanar i kommunehelsetenesta. Pleietrengjande som var vande med å dusje dagleg, måtte slutte med det når dei flytta på sjukeheim. 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 blei vanlegvis berre utført i samband med dusjing. Til dagleg vaska pleietrengjande seg ved hjelp av vaskefat på nattbordet eller i vasken. Sjølv om pleietrengjande hadde behov for å vera åleine når dei vaska seg, kunne det vera vanskeleg å få til når fleire delte rom. Det kunne vidare vera vanskeleg å la andre bestemme alt, vanskeleg at behova ein hadde om for eksempel å sleppa å bli vaska i seng ikkje blei tekne til fylgje. Det var sjeldan nokon spurte korleis den pleietrengjande ynskte å ha det. Studien var basert på intervju med 8 pleietrengjande kvinner i alderen 77-96 år. Nokre av dei budde heime, andre i sjukeheim. Alle trong hjelp av pleiarar til å vaske og stelle seg.

Sjukepleiar og sosiolog Britt Lillestø (1998: 130-143) sin studie, som er basert på intervju med 7 heimebuande 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 gjera. Samstundes som pleiarane stelte med kroppen, kunne dei stå over den pleietrengjande og snakke om selskap, strikke- og matoppskrifter. Sjølv om dei var vennlege og høflege skein institusjonskulturen igjennom. Det vart ikkje teke omsyn til pleietrengjande sine ynskje om å sleppa å bli vaska og stelt av unge pleiarar på deira eigen alder, og det vart

heller ikkje teke omsyn til dei som ikkje ynskte å bli vaska og stelt av menn. Dei måtte la alle slags personar utføre den mest intime kroppspleie for seg. Dei kunne kjenne seg på utstilling, og kunne 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 vera redde for å be om hjelp til gjeremål som pleiarane ikkje gjorde av seg sjølve, redde for at pleiarane skulle straffe dei.

Kapittel 3: Kroppsvasken si teoretiske forankring

I sjukepleiefaget har det ikkje vore uvanleg å kopla kroppsvask saman med hygiene- og behovsteori. I dette kapitlet skal me sjå nærare på dei nemnde teoriane.

Hygiene

Frå moderne sjukepleie blei etablert i England i 1860, og heilt fram til vår tid har hygiene hatt ein sentral plass i lærebøker i sjukepleie (Nightingale 1997/1860, Nissen 2000/1877, Kaurin 1879, Waage 1901, Grøn og Widerøe 1921, Jervell 1942/1941, Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967, Kristoffersen 2004/1996, Kristoffersen et al. 2005, Mekki og Pedersen 2007/2004). Heilt frå slutten av 1800-talet har sjukepleiarane vore ettertrakta som hygieneekspertar. Dei blei offentlege helsereformatorar. Dette skriv sjukepleieforskar Zane Robinson Wolf på bakgrunn av ein litteraturstudie kring bad og hygiene i sjukepleia frå 1880 og fram til vår tid. Ho argumenterer for at moderne sjukepleie har legitimert seg ved hjelp av hygiene (Wolf 1993: 135-139).

Kva er hygiene? Den norske legen Haakon Natvig sine utleggingar om hygiene hadde ein sentral plass i lærebøker i sjukepleie frå perioden 1941-1967, og han argumenterte for at ordet hygiene har røter i gamal gresk tenkjing:

Ordet hygiene er avledet av det greske ord *hygies*, som betyr sunn, og hygiene omfattet hos de gamle grekere akkurat som hos oss alle de tiltak som tar sikte på å bevare sunnheten, helsen (Natvig 1942/1941: 1).

Vidare vert det argumentert for at hygiene er alle dei tiltak som kan førebyggje sjukdom og auke både den kroppslige og den åndelege yteevna:

Hygiene er alle de tiltak som har til mål å forebygge sykdom og bedre menneskenes helse og øke både den kroppslige og den åndelige yteevnen. Den første av disse oppgavene som går ut på å forebygge sykdom, betegnes gjerne som den *preventive hygiene*. Den annen oppgave som har til mål å øke menneskenes helse og kroppslige og åndelige yteevne, kalles for den *konstruktive hygiene*. Den personlige hygien handler om de enkelte menneskers tiltak både i preventiv og konstruktiv retning. Den offentlige hygiene gjelder de same tiltak for hele folket (Natvig 1942/1941: 5).

I den same læreboka argumenterte Natvig (1942/1941: 1-3) for at koleraepidemien som starta i India i 1826 gav støyten til at moderne hygiene utvikla seg både i Noreg og i dei fleste europeiske land. Frå India spreidde epidemien seg i nordvestleg retning, og kom til Oslo i 1833. Den verste epidemien i Noreg var i 1853. På ein månad døydde 2500 menneske. 1600

av dei budde i Kristiania. Det var koleraepidemien i Oslo i 1833 som gav støyten til dei fyrste hygienetiltaka i landet vårt, og dei handla for ein stor del om å fjerne søppel, ekskrement og avfall, og denne perioden vert gjerne kalla søppel- eller renovasjonsperiodeden. Det var ikkje berre i Noreg folk døydde av kolera. I England døydde meir enn 60 000 av kolera i fyrste delen av 1830-åra. Det hadde vore fleire store epidemiar før koleraepidemien, men det spesielle med kolera var at den ramma både fattig og rik. Epidemiar som tyfus hadde hovudsakleg ramma fattigfolk, og utløyste ikkje offentlege tiltak (Martinsen 2003/1989: 170-171). Kring 1880 hadde ein påvist at bakteriar kunne forårsake smittsame sjukdommar, og perioden fram til cirka 1910, vert gjerne omtalt som bakteriologisk periode, og den vart avløyst av den sosialhygieniske perioden (Natvig 1942/1941: 3-5).

I den sosialhygieniske perioden var ein opptekne av korleis sosiale og økonomiske tilhøve verka inn på den enkelte og samfunnet si helse. Sjukdom var ikkje berre eit spørsmål om smittestoff, men også om motstandskrafta mot smitte. Ein blei opptekne av å styrkje motstandskrafta ved hjelp av slikt som ernæring, bustad, reinsemd, friluftsliv osv. Då vitamina blei oppdaga, blei ein opptekne av kosthaldet, og den moderne ernæringshygienien oppstod. Då ein erkjente at yrke og arbeidstilhøve verka inn på sjukdom og helse oppstod moderne yrkeshygiene. Ein fekk i det heile augo opp for at ein ikkje måtte leggje einseitig vekt på naturtilhøve, arv, smittestoff og liknande, men også på tilhøva menneska levde under. Ved hjelp av utstrekt bruk av hygienisk forsorg prøvde ein å førebyggje sjukdom og betre helsetilstanden. Historikar Aina Schiøtz (2003) argumenterer for at dette omfattande samfunnshygieniske arbeidet innebar stadig større kontroll av individet frå vogge til grav:

Det gjaldt kontroll over reproduksjonen, over seksualiteten, over ernæringen, over vekstbetingelsene, over foreldrenes håndtering av barna, over døgnet, over tidsbruken, over boligens utforming, over sinnet, over rusmiddelbruken og over hvem som skulle produsere fremtidens borgere. Det gjaldt kontroll og til dels undertrykking av svake grupper: barn, syke, psykisk utviklingshemmede, psykisk syke, tater, døve, kriminelle og prostituerte (Schiøtz 2003: 271).

Sjukepleiarane hadde ei sentral rolle i dette utoverretta kontrollarbeidet (Schiøtz 2003: 484-492). Samstundes kan det sjå ut for at det daglege stellet av pleietrengjande vart rekna for det viktigaste hygienearbeidet i sjukepleia før krigen, og det blei utheva med store bokstavar som ein del av behandlingstilbodet:

Lægegjerningen og sykepleie er intimt knyttet saman... Tidligere var legens og sykepleierskens oppgaver skarpt atskilt, men etter hvert som sykepleien har utviklet seg, griper de meir og meir over i hverandre... Enhver sykepleierske vil gjennom alle

de pasientene hun kommer i kontakt med, kunne spre opplysning om hygienens betydning, f.eks. når det gjelder renslighet, sunt kosthold og levesett osv. Men for de fleste sykepleiersker vil likevel hovedoppgaven bli selve stellet av den syke, omsorgen for ham. Men DENNE DAGLIGE SYKEPLEIE ER I SEG SELV Å ANSE SOM EN BEHANDLINGSMETODE, og den måte den gjennomføres på, kan få avgjørende betydning for sykdommens forløp, for sykeleiets varighet og for pasientens velbefinnende. Gjennom erfaring og metodisk arbeid har den moderne sykepleie nådd et høyt nivå. Den er ikkje lenger i første rekke en barmhjertighetsgjerning, den representerer et fagarbeid med en omhyggelig utarbeidet teknikk, og av den som skal utøve den, kreves kunnskap, dyktighet og erfaring (Jervell 1944/1941: 1-2).

Sitatet ovanfor er henta frå innleiinga til læreverket, og handlar om kva sjukepleie er, og sjukepleie vert rekna for eit metodisk, hygienisk fagarbeid. Omsorg kjem i andre rekkje. Nedanfor skal me sjå nærare på dei vitenskapaserte miasme- og mikrobeteoriane som blei brukte som hygieneargumentasjon.

Miasmeteorien

Då koleraepidemien herja i Europa på 1800-talet, var ein svært usikker på korleis sjukdommen spreidde seg. Nokre meinte det var ein smittsam sjukdom som spreidde seg gjennom kontakt mellom menneske, og mellom menneske og ting som kolerasjuka hadde vore i kontakt med. Konsekvensane av ei slik forståing av koleraspreiinga var karantene. Andre trudde at sjukdommen spreidde seg gjennom partiklar, såkalla *miasmer* i vatn, jordsmonn og luft. I denne teorien rekna ein smittesstoffet i seg sjølv for å vera nokså harmlaust. Smitte breidde seg frå utdunstingar frå jordbotnen, utdunstingar frå pusten og huda til sjuke, men farleg blei den berre dersom den blei omgjort til *miasme*. Denne omgjeringa meinte ein fann stad der det var ekskrement, uorden, søppel, animalske utdunstingar og anna ureinsemd. Slikt var det gjerne mykje av hjå fattigfolk, og der meinte ein at *miasmene* hadde god grobotn. Ein førestilte seg at det var mogeleg å styrkja motstandskrafta gjennom godt kosthald, klesdrakt, ved å fjerne skit og lort, gjennom nøysam livsstil, sosiale reformer. Miasmeteorien omfatta førestellingar om at utvekslinga av karbondioksid gjekk føre seg i huda, og at huda både tok opp oksygen og skilte ut karbondioksid. Skit på huda kunne hindre denne utvekslinga (Natvig 1942/1941: 2-3).

Det var spesielt i liberale statsdanningar at miasmeteorien fekk medvind. Karantenetiltak, det vil seie autoritær avsperringspolitikk, vart rekna som uheldige inngrep mot fri handel, og sidan legane hørde til middelklassa, og i utgangspunktet var liberale, er det ikkje

usannsynleg at dei prøvde å argumentere for teoriar som understøtta liberale idear. I det liberalistiske England gjekk politikken ut på å gripe minst mogeleg inn i den individuelle fridommen, og der prøvde ein å stoppe koleraepidemien ved hjelp av hygieniske reformer. Det skriv den norske historikaren Ole Georg Moseng (2003: 285-313, 306-308, 313) i historieverket *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Men legane var usikre, og dei vingla gjerne frå den eine teorien til den andre. Etter påtrykk frå *Sanitation Movement* fekk England to helselover i perioden 1844-1848 (Martinsen 2003/1989: 169-181). Desse lovene fekk stor innverknad på utforminga av den norske helselova anno 1860, og det herskar ingen tvil om at det var den miasmatiske helseforståinga som gjennomsyra lova som argumenterte for tørre, luftige, lyse og rommelege bustader, avstand mellom menneske og dyr, vassforsyning, reint drikkevatt, renovasjon, avlaupssystem osv. Lova omfatta vidare detaljerte forskrifter for personleg hygiene som spesielt var retta mot bygdefolk (Schjøtz 2003: 84).

Mikrobeteorien

På slutten av 1800-talet blei miasmeteorien avløyst av mikrobeteorien. Allereie på 1600-talet hadde ein sett mikrobar i mikroskop, men det var fyrst på 1860-talet at denne læra fekk ei viss gjennomslagskraft. Gjennombrøtet fann stad på 1880-talet, då den tyske legen Robert Koch identifiserte tuberkelbasillen. Innan 1890 hadde forskarane kjennskap til mikroorganismane som forårsaka kolera, difteri, lungetuberkulose, tyfus og lepra. Den norske legen Armauer Hansen identifiserte leprabasillen i 1873. Å kjenne til mikrobane var ein ting, men å hindre smittespreiing var ei anna sak. I 1847 argumenterte den ungarske legen Ignaz Semmelweiss for smitteoverføring gjennom jordmødrer og legar sine hender i samband med fødselar. Han fekk ikkje gehør for denne ideen i si levetid (han døydde i 1865), men den engelske legen Joseph Lister fekk gjennomslag for ideane til Semmelweiss. Lister argumenterte for aseptikk ved hjelp av forskinga til den franske kjemikaren og bakteriologen Louis Pasteur (1822-1895), som viste at sjukdomsframkallande mikroorganismar blei overført utanfrå. Det at overføringa også kunne skje gjennom luft medverka til strenge hygienetiltak ved operasjonar, og i 1867 begynte ein å bruke karbolsyre i slike samanhengar. Generelt var det lite farmakologisk behandling tilgjengeleg i siste halvdel av 1800-talet. Kring 1900 hadde ein berre vaksinar mot koppar og difteri. Det var betre bustader, tilførsel av reint vatn og renovasjon som var dei viktigaste tiltaka mot folkesjukdommane difteri, tyfus og diare, sjukdommar som tok mange liv i Noreg i siste halvdel av 1800-talet. Lepra og

tuberkulose var også frykta sjukdommar i same periode. Streng hygiene, tvungen isolasjon og utstrakt meldeplikt blei sentrale verkemiddel for å hindre spreininga av desse sjukdommane, trass i at slike tiltak innebar eit brot med dei liberalistiske ideane om personleg fridom (Schiøtz 2003: 51-77).

Kjemoterapien si historie byrja i 1910, då den tyske kjemikaren Paul Ehrlich oppdaga eit middel som var verksamt mot syfilis. I 1928 identifiserte Alexander Flemming penicillinet og i 1935 oppdaga Gerhard Domagks sulfanilamid. Teorien om samanhengen mellom mikrobar og sjukdom la grunnlaget for ein heilt ny vitskapsteoretisk tankegang innan medisin, den reduksjonistiske teorien, som gå ut på at det er *ei* årsak til *ein* sjukdom - i dette tilfelle ein mikroorganisme. Men samstundes er det slik at det ikkje er nokon enkel samheng mellom mikroorganisamar og sjukdom. Ein og same mikroorganisme kan vera årsak til mange ulike sjukdommar, og mange mikroorganismar kan gje sjukdom under visse omstende, medan dei kan vera heilt harmlause i andre samanhengar. Læra om dei sjukdomsframkallande mikroorganismane, medisinsk mikrobiologi, handlar om korleis mikroorganismar er/lever, korleis dei interagerer med menneske og om korleis me kan verne oss mot dei/overvinne dei. Dette gjer lege Geir Bukholm greie for i den medisinske læreboka *Medisinsk Mikrobiologi* (Degré 2000: 11-14).

I våre dagar vert resistente bakteriar brukte som argumentasjon for strengare hygienetiltak. Lege Bjørg Marit Andersen (2006: 12-13) har markert seg tydeleg i den samheng, og ho har blant anna argumentert for strengare krav til hygiene i sjukeheimar. Hygienen sin framtrekande posisjon i notida viser seg også ved at det blei etablert ei ny vidareutdanning i infeksjonssjukepleie og smittevern ved *Høgskolen i Bergen* i 2007. Hygienen sin sentrale plass i sjukepleiefaget kjem også til uttrykk i eit av dei nyaste norske læreverka i grunnleggjande sjukepleie: i eit kapittel forfatta av sjukepleiarar med bakgrunn frå hygieneavdelinga på *Haukeland universitetsklinikk* i Bergen, står fylgjande:

Ofte forbindes begrepet hygiene med renslighet og renhold, men begrepet omfatter helsefremmende og forebyggende tiltak på alle livsområder og på alle nivåer, fra det personlige til det globale. Hygienetiltak retter seg i særlig grad mot faktorer som fremmer og beskytter helsa vår, og mot faktorer som representerer en risiko for denne. Samfunns hygiene omfatter eksempelvis trafikksikring, kontroll av matvarer, drikkevann og renovasjon, samt forebygging av smittsomme sykdommer (Dahlheim 2005: 216).

Behov

I tillegg til å argumentere for kroppsvask ved hjelp av hygieneteori har sjukepleiefaget også støtta seg til behovsteori i etterkrigstida. Ordet hygiene er ikkje nemnt innleiingsvis i den fyrste norske læreboka i sjukepleie som kom ut etter krigen (Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967). Der gjer sjukepleiar Anne Elisabeth Hauen (1967: 12-14). greie for kva sjukepleie er, og i staden for å argumentere ut frå hygiene, slik det blei gjort i det føregåande læreverket (Jervell 1944/1941), står det at sjukepleie tek utgangspunkt i den enkelte sine *behov*, og hjelper sjuke og friske enkeltmenneske med å utføre aktivitetar som bidreg til helse og atfføring, og som individet ville gjort sjølv om ho kunne og ville. Vidare står det at atfføring er viktig, slik at den hjelpetrengjande snarast mogeleg vert uavhengig av hjelp. Sjølv om ordet hygiene ikkje blir brukt, vert sjukepleie definert som helsearbeid, og førebygging av sjukdom høyrer med til sjukepleiaren sine oppgåver. I den samanhengen arbeider sjukepleiaren tett saman med andre grupper i helsevesenet, men ho er ein sjølvstendig aktør som er ansvarleg for sitt eige virke. Det er ikkje snakk om at arbeidet er tett samanvevd med legegjerninga, slik det stod i den føregåande læreboka (jf. Jervell 1944/1941). Ordet lege vert ikkje nemnt. Det står vidare at profesjonell sjukepleie ikkje treng innebera at sjukepleiaren gjer alt for den sjuke, men ho må ta ansvar for at vedkomande får fullverdig pleie. Derfor vil profesjonell sjukepleie ofte innebere undervisning og administrasjon.

Samstundes som sjukepleiefaget begynner å argumentere for sjukepleie ved hjelp av behovsteori, tek ein også til å omtale kroppsvask som personleg hygiene. Eg kan ikkje sjå at Nightingale (1997/1860: 137) brukar ordet personleg hygiene. Det gjer heller ikkje forfattarane av dei fyrste norske lærebøkene i grunnleggjande sjukepleie (Nissen 2000/1877, Kaurin 1879, Waage 1901). Fyrste gong omgrepet personleg hygiene dukka opp i ei norsk lærebok i grunnleggjande sjukepleie, var i 1921 (Grøn og Widerøe 1921: 235-238), men på den tida omfatta personleg hygiene ikkje den pleietrengjande, men alt som kunne fremme eller hemme 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 vera ein ufråvikeleg regel at ho tok bad eller grundig heilvask minst kvar 8. dag. Dersom ho var tilbøyeleg til å sveitta under armane og på beina burde desse delane av kroppen vaskast oftare. Kleda måtte vera reine, det same måtte

munns og tenner, og hendene skulle vaskast før matsservering og etter bekkens fjerning og liknande. For å halda seg sunn og ha arbeidslyst, måtte ho vera nøye med kosthaldet og nøye med å kle seg slik at ho heldt seg varm og ikkje vart sjuk. Korsett og stramme skjørtelinningar kunne hemme luftsirkulasjonen i lungene, og vart derfor frårådd. Aktivitet og idrett blei derimot omtalt med positivt forteikn på grunn av alle dei helsesame effektane det hadde på heile organismen. Vidare var det viktig at sjukepleiaren fekk kvilepausar og sov godt for å halda seg frisk og sterk. Det ser med andre ord ut for at personleg hygiene omfattar heile levestiltinga til sjukepleiarane, ikkje berre den kroppslige reinsemda. Dei to etterfylgjande norske lærebøkene i grunnleggjande sjukepleie (Jervell 1944/1941: 10-19, Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967: 33-45) omtaler sjukepleiarane sin personlege hygiene på tilsvarande vis, som ein helsefremmande eigenaktivitet.

Før 1967 var altså det norske lærebøker skreiv om personleg hygiene avgrensa til å omfatte sjukepleiaran. Lærebøkene som kom ut i perioden 1877-1941 omtalte vask og stell av pleietrengjande som *Syges Beklædning, Linned og Vasking* (Nissen 2000/1877: 33-34), *Sygepleie i almindelighet* og *Lidt om stellet med sengeliggende patienter* (Waage 1911/1901: 1-6, 80-82), *Daglig stel av patienter* (Grøn og Widerøe 1921: 17-24), *Vask og toalett* (Natvig 1944/1941: 28-48). I 1967 skjer det ei nokså radikal endring; i læreverket som Lerheim og Norsk sykepleierforbund (1967: 109-179) gav ut på 1960-talet, omfattar ikkje personleg hygiene berre pleiar, men også den pleietrengjande. *Renslighet og pasientens daglige stell*, sorterer under overskrifta *Pasientens personlige hygiene*, og det vert argumentert for at hygiene i våre dagar byggjer på forskning. Lærebøker frå vår tid omtaler også kroppsvask av pleietrengjande som personleg hygiene (Brønstad 2005, Mekki og Pedersen 2007/2004, Kristoffersen 2004/1996).

Henderson sin behovsteori

Omtalen av kroppsvask av pleietrengjande som personleg hygiene, kom til i etterkant av at den amerikanske sjukepleiaren Virginia Henderson (1897-1996) sin sjukepleieteori hadde blitt spreidd over store delar av verda av *International Council of Nurses* (INC) i 1960.

Henderson definerer sjukepleie på fylgjande måte:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål, som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre det på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson og Norsk sykepleierforbund 1961/1960:10).

Henderson argumenterer for at sjukepleie har røtter i grunnleggjande behov:

Alle er vel enige i at sykepleie har sine røtter i grunnleggjande menneskelige behov, enten det mennesket hun tar hånd om er friskt eller sykt (Henderson og Norsk sykepleierforbund 1961/1960: 13).

Henderson (1961/1960:17-55) argumenterer for 14 grunnleggjande behov som sjukepleiaren skal leggje til rette for:

1. *Å hjelpe pasienten å puste*
2. *Å hjelpe pasienten å spise og drikke*
3. *Å hjelpe pasienten å få fjernet kroppens avfallsstoffer*
4. *Å hjelpe pasienten med å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling*
5. *Å hjelpe pasienten til hvile og søvn*
6. *Å hjelpe pasienten med valg av klær og med av- og påkledning*
7. *Å hjelpe pasienten å opprettholde normal kroppstemperatur*
8. *Å hjelpe pasienten å holde kroppen ren og velstelt og å beskytte huden*
9. *Å hjelpe pasienten å unngå skader frå omgivelsene og å unngå å skade andre*
10. *Å hjelpe pasienten å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser*
11. *Å hjelpe pasienten, så han kan praktisere sin religion og handle slik han mener er rett.*
12. *Å hjelpe pasienten til produktiv sysselsetting*
13. *Å hjelpe pasienten med underholdning og fritidssysler*
14. *Å hjelpe pasienten å lære*

Henderson argumenterer for at tilrettelegging for behovstilfredsstilling må justerast etter den pleietrengjande sin alder, tilstand, kultur og så vidare, for sjølv om menneske har visse felles grunnbehov, må sjukepleiaren hugse på at desse kan tilfredsstillast på uendeleg mange måtar, for ingen er like (Henderson og Norsk sykepleierforbund 1961/1960: 14, 17-18).

I denne studien om kroppsvask er det spesielt behovet for *Å hjelpe pasienten å holde kroppen ren og velstelt og å beskytte huden*, som er interessant. Henderson skriv ingen ting om kor ofte og omfattande pleietrengjande bør vaskast, for det er noko den pleietrengjande sjølv skal avgjere, så sant han er i stand til det, men vedkomande må sjå rein og velstelt ut, og må ikkje lukte. Denne argumentasjonen kan tyde på at Henderson ikkje var overtydd om at alle hadde eit grunnleggjande behov for å vera reine og velstelte, og defor kan ein ikkje la det vera heilt

opp til den enkelte å avgjere korleis kroppsvask skulle utførast. Henderson argumenterer for at karbad og dusj er å føretrekkje framfor sengebade, men institusjonane manglar både rom og utstyr til utstrekt bading og dusjing. Samstundes som Henderson argumenterer for at sjukepleie er å ivareta sjuke og pleietrengjande sine behov, problematiserer ho den politiske samanhengen behovstenkinga står i. Ho skriv at både sjukepleiarar og pleietrengjande gjerne har sett på sengebade som krumtappen i generell sjukepleie. Under stellet har den pleietrengjande vore åleine med sjukepleiaren, og det har vore rom for å gje uttrykk for uro og bekymringar og for å få fysisk og psykisk trøyst. Henderson meiner denne nære relasjonen har betydd mykje for sjukepleiarane, men på grunn av mangel på faglært hjelp og overfylte sjukehus må den pleietrengjande klare seg med mindre faglært hjelp og vera mest mogeleg sjølvhjelp, aktiv og uavhengig. Ho ser fordelane med at pleietrengjande er meir aktive enn før, samstundes som ho meiner at sjukehuset kan fortone seg som eit kaldt og lite hyggjeleg vertshus for dei som ikkje er i stand til å vera så sjølvstendige som forventa. Ho er uroa over at mange gjeremål som før høyrde med til sjukepleiaren sitt arbeid gradvis vert tekne frå henne og overletne til mindre utdanna eller ikkje utdanna personale. Henderson er redd for at denne utviklinga kan føre til at sjukepleiaren får lite fysisk kontakt med den pleietrengjande, og at ho kan koma til å bli ståande igjen med berre plagsame behandlingsgjeremål og den lite tiltrekkjande sjefsrolla, det vil seie den som dirigerer andre i staden for den som yter tenester (Henderson og Norsk sykepleierforbund 1961/1960: 37-41).

Sjukepleiar Riccarda Pfeiffer (1985: 61-64) argumenterer for at Virginia Henderson ville etablere sjukepleie som eige fag og som ein sjølvstendig vitenskapleg disiplin, samstundes som ho argumenterte for at sjukepleie er planlagt omkring legen sin behandlingsplan, men legen skulle ikkje føreskrive pleia og sjukepleiaren sine gjeremål. Det skulle sjukepleiaren sjølv gjera i pakt med vitenskaplege prinsipp. Argumentasjonen om at pleia skulle vera planlagt omkring legen sitt arbeid, kan ha samheng med at Henderson ser ut for å ha pleietrengjande i sjukehus som referanseramme, med tilhøyrande forventingar om rask behandlingseffekt og uavhengige og sjølvhjelpete samfunnsmedlemmar som resultat. Ho nemner ikkje kronisk sjuke eller pleietrengjande som er avhengige av hjelp over lange tidsrom eller for resten av livet.

Røter i humanistisk psykologi: Henderson sitt fokus på pleietrengjande som har utsikter til å bli friske og sjølvhjelpete kan vera inspirert av den amerikanske psykologen Abraham Maslow (1908-1970) si tenkjing. Han vert rekna som hovudpersonen i behovsteoretisk samheng.

Maslow tykte at psykologien hadde fokusert for mykje på manglar og svake sider ved individa. Han ville supplere dette negative bildet, og prøvde å få fram den betre halvdel av mennesket. Han argumenterte for at det er ein aktiv vilje til helse og vekst i den enkelte, og at mennesket frå naturen si side var skapt godt eller nøytralt men ikkje vondt. Dersom menneska var nevrotiske og destruktive, skuldast det omgjevnadane. Maslow meinte at psykologien skapte feil bilde av mennesket, når dei baserte teoriane sine på forkrøpla, knuste og nevrotiske menneske. Hans eigen teori var bygd på studiar av sunne, sjølvrealiserande personar, mange av dei hadde framståande posisjonar i samfunnet. I 1954 publiserte han studien *Motivation and Personality*, der han argumenterte for at det var eit hierarki mellom basale behov og metabehov. Dei basale behova var slike som svolt, kjærleik, tryggleik og sjølvvaktning. Metabehova handla om rettferd, godleik, det som er vakkert, samanheng osv. Dei basale behova rekna han for mangel-behov, metabehova som vekstbehov, og teorien gjekk ut frå at dei grunnleggjande behova er meir potente enn metabehova. Han argumenterte vidare for eit hierarki mellom dei basale behova, men ikkje mellom metabehova; dei var like potente. Uavhengig av om behova var basale eller på metanivå, argumenterte Maslow for at dei var instinktive og innebygde i mennesket. Maslow rekna seg sjølv som humanistisk psykolog, og tankane hans fekk stort gjennomslag. Han har vore rekna som ein leiande humanistisk psykolog, sjølv om hierarkiet mellom behova har vore omdiskutert (Hall og Lindzey 1978: 266-275).

Kapittel 4: Samfunnsramma

I dette kapitlet skal eg fyrst skildre nokre trekk ved den moderne samfunnskonteksten som koplinga mellom hygieneteori og kroppsvask oppstod i, for så å gjere det same med etterkrigskonteksten, fordi sjukepleiefaget begynte å kople saman behovsteori og kroppsvask på den tida. Kapitlet vert avslutta med nokre sentrale trekk ved samfunnskonteksten som kroppsvask i vår tid er innramma i.

Den moderne hygieneteorien sin oppkomst

Koplinga mellom hygieneteori og kroppsvask oppstod i det moderne, men kva meinest med moderne? I denne studien vert moderniteten rekna for ein prosess som starta kring 1500-1600-talet (Mathisen 2006: 59, Schaanning 1992: 8). Ein kan nærme seg moderniteten som ei haldning og som ein tidsperiode (Foucault 1987: 90-104). I neste kapittel skal me gå nærare inn på moderne tenkjemåtar og haldningar (jf. Foucault 2001/1984, 2002/1984). I dette kapitlet skal me konsentrere oss mest om samfunnsendingane som oppstod i samband med moderniseringa av vestlege samfunn.

På 1500-1600 talet fekk antikke tenkjemåtar ein renessanse. Antikken, som gjerne vert omtalt som den fyrste kulturepoke i Europa si historie, strekte seg frå cirka 800 f. Kr. til 500 e. Kr.. Det rår ei utbreidd forståing av at den europeiske kulturen blei grunnlagt i Hellas i antikken, spesielt i det som vert kalla den klassiske epoken frå cirka 500 f. Kr. - 300 e. Kr. I perioden 100-200 år e. Kr. miste gresk kultur si dominerande stilling, og Roma vaks fram som eit nytt maktsentrum. Det skriv sjukepleiar Jorunn Mathisen (2006: 11, 64-65) i *Sjukepleiehistorie*. Den norske filosofen Arne Næss (1985/1980: 16, 20-23) argumenterer for at mennesket gjorde seg til herre over naturen i renessansen, og ein begynte å argumentere for at naturen var eit mekanisk råstoff som var styrt av fornuftige naturlover, ikkje av Gud. Ein tok til å utnytte naturressursane industrielt, og konkurranse blei eit berande prinsipp i måten å organisere samfunnet på. Dette gjer dei norske filosofane Gunnar Skirbekk og Nils Gilje (1987: 373-380) greie for i boka *Filosofihistorie*, som har hovudvekt på europeisk vitskapshistorie og politisk filosofi.

Industrialiseringa førte til store samfunnsomveltingar i Noreg i siste halvdel av 1800-talet. Kring 1860 var Noreg eit land av bønder og fiskarar, men drifta bort frå primærnæringane var

i gang, jordbruket var i ferd med å bli marknadsorientert og underklassa på landsbygda flytta i strie straumar inn til byar og tettbygde strok, om dei så ikkje drog til Amerika. Dette gjer historikar Jostein Nerbøvik greie for i *Norsk historie, 1860-1914*. Han viser korleis det gamle standssamfunnet på kort tid vart avløyst av eit avansert industri- og organisasjonssamfunn (Nerbøvik 2004/1999: 19-36). Den norske historikaren Knut Kjeldstadli (2003/1999: 29, 127) argumenterer for at Noreg før 1870 vart rekna som eit før-demokratisk bondesamfunn, medan Noreg anno 1890 var eit borgarleg parlamentarisk demokrati. Overgangen mellom desse to samfunnsformene vert gjerne omtalt som den industrielle revolusjonen. Etter revolusjonen begynner gjerne ei ny historie som er dramatisk og fullstendig ulik den som var i den føregåande tida. Kontinuiteten vert broten.

Liberalisme: Ideologisk var det moderne prega av liberalistisk tenkjing. Liberalismen oppstod i samband med den industrielle revolusjon i England etter 1750, og briten Adam Smith (1723-1790) stod sentralt i den samanheng. Han hevda at det var varer og produksjon som eigentleg avgjorde kor rikt eit samfunn var, og ikkje mengda av sølv og gull. Den liberalistiske ideologien understøtta dei økonomiske interessene til eigarar av fabrikkar og industrianlegg. Denne ideologien poengterer *den enkelte sin fridom*: samfunnet er tent med at den enkelte er egoistisk og utfaldar seg fritt. I det politiske livet vil det seie *fri konkurranse*. Dei som produserte varer skulle ha rom til å selja dei fritt utan innblanding frå staten si side, og prisen på alle varer skulle avgjerast av tilbod og etterspørsel. Det skulle gje størst mogeleg produksjon til lågast mogeleg pris. Arbeidskraft vart rekna som ei vare på lik linje med andre varer, og statlege inngrep for å heve arbeidarane sine lønningar vart rekna for uheldig, fordi det ville gje større omkostningar og skada verksemdene sine forsøk på å produsere konkurransedyktige varer (Skirbekk og Gilje 1987: 385-389). Den norske filosofen Arild Utaker (2005: 12-13) argumenterer for at liberalismen byggjer på idear om at *naturen* (for eksempel kornavlingane) må få styre, og at det er menneske sin *natur* å vera egoistisk og setja eigeninteresse framfor fellesskapet, og ved å fylgja eigeninteressene handlar ein samstundes til fellesskapet sitt beste. Det samfunnsnyttige er det som aukar velstanden.

Nye klasseskilje: Den industrielle revolusjonen medførte at stands- og privilegiesamfunnet vart avvikla. Det var ikkje lenger så avgjerande kvar ein var fødd og oppvaksen. Derimot vart utdanning og karriere viktigare enn før, og det oppstod ei ny kapitalistklasse av velstående handelsmenn, fabrikkarar og reiarar. Denne klassa og embetsstanden slo seg saman og

danna den nye overklassa. Dette hopehavet førte til nye band mellom stat og næringsliv. Embetsstanden var grunnstamma i den nye overklassa, og deira viktigaste bastion var hovudstaden med regjering og sentraladministrasjon, der juristane hadde ei framskoten rolle. Småkapitalistane, for eksempel landhandlarar, lappeskomakarar, urmakarar, fotografar, personar som dreiv mindre konfeksjonsfabrikkar og mekaniske verkstader, blei ikkje ein del av overklassa, men ein del av den ekspanderande mellomklassa, saman med funksjonærar og ei rad nye tenesteytande yrke. Borgarskapet vart med andre ord delt i to klassar, men gruppa under eitt levde av produksjon og sal av varer, og kva klasse dei kom til å tilhøyre og kor mykje pengar dei tente var i større grad enn tidlegare avhengig av kor dyktig ein var og ikkje kva sosial bakgrunn ein hadde. For å produsere trongst det arbeidarar. Dei best betalte arbeidarjobbane var det gjerne byfolk som stakk av med. Dess lågare status arbeidet hadde, dess større innslag var det av innflyttarar frå landsbygda. Dei som kom inn frå landsbygda var ofte fattige husmenn, det vil seie bygdefolk som verken eigde eller leigde jord, for penge- og marknadsøkonomien førte til at småkårsfolk fekk dårlegare levekår, medan sjølveigande bønder og bønder som bygsla eller leigde jord vann på den nye økonomien (Nerbøvik 2004/1999: 85-94, 98).

Sosial uro: Dei aukande klasseforskjellane og dårlege vilkåra for fattigfolk førte til sosial uro, og kring 1850 var det ei bortimot revolusjonær stemning blant fattigfolk i Noreg. Historikaren Bodil Stenseth (2000: 117-118) skriv at dette uroa den norske teologen og forskaren Eilert Sundt. Han fekk forskingsmidlar fordi det var eit sterkt behov for studiar av dei lågare samfunnslaga på bakgrunn av den store arbeidaruroa på midten av 1800-talet. Sundt hadde i utgangspunktet lite kjennskap til lågare samfunnslag. Han var fødd i inn i ein kjøpmannsfamilie i Farsund, og vaks opp med ei sterk kjensle av å tilhøra den danna klassa, som rekna seg som annleis, framand og overberande overfor folk i lågare samfunnssklasser, som fiskarar, bønder, husmenn og sjøfolk.

Stor fattigdom i lågare samfunnssklassar: Det var ikkje berre i Noreg fattigfolk hadde elendige levekår, det ser ut for at det var like ille i Frankrike på den tida. Historikar Karsten Alnæs (2005: 410-412) viser til rapportar frå den franske landsbygda i perioden 1835-1894, som vitnar om stor fattigdom. Det verkar som om landarbeidarar over alt på den franske landsbygda heldt til i eitt einaste rom med familien sin og ofte med husdyra. Der budde dei tett saman i lave, fuktige, mørke og ureine hus eller skur. Dette rommet som ofte var svart av

røyk og som kunne vera heilt utan vindaug, fungerte som kjøkken, soverom, matstove og av og til som stall og låve. Golvet var gjerne hardstampa jord med sølepyttar her og der. I dette rommet vart det laga ein mat, tørka kjøt og ysta ost og her kunne det vera både dyrefor, ku og eventuelle andre husdyr. Hundretusenvis av menneske hadde ikkje eit einaste laken, hadde aldri gått med sko, hadde aldri drukke noko anna enn vatn og aldri ete kjøt. Mange hadde så lite klede at dei gjekk halv nakne omkring i rommet. Under slike levekår var det mange sjukdommar som fekk grobotn.

I von om å betre levekåra sine, søkte fattige bønder seg arbeid i fabrikkane som vaks fram i mange europeiske storbyar på 1800-talet. Tidspunktet for den europeiske industrialiseringa varierer frå land til land. Storbritannia var prega av rask industrialisering i fyrste halvdel av 1800-talet, og arbeidarane budde i slumprega bustadområde der det var like skite ute som inne i husa. Her levde dei tett saman med dyr, avfall, stinkande kloakkar og latriner, innhylla i industrirøyk. Fattigdom, elende og moralsk forfall førte til både alkoholisme og prostitusjon. Det er fleire som stadfestar dei elendige levekåra til fattige arbeidarar på 1800-talet (Johnsen 2004: 147-148, Martinsen 2003/1989: 169-181, Schmidt og Kristensen 1986: 25-49).

Frå ufaglært til faglært sjukepleie

Omveltingane som fylde med industrialiseringa og den marknadsøkonomiske måten å organisere samfunnet på, førte til at det vaks det fram ei rad nye utdanningar og yrke som ein ikkje hadde hatt tidlegare (Nerbøvik 2004/1999: 91-94). Faglært sjukepleie var eit slikt nytt yrke. I middelalderen var sjukepleie ei høgverdig kristen plikt som fyrst og fremst blei utført for å hjelpe den enkelte, utan tanke for samfunnsnytte. I klostra kunne sjuke og pleietrengjande koma for å få hjelp, og det var ikkje noko skilje mellom pleie og behandling. I renessansen fekk den kristne bodskapen om ueigennyttig nestekjærleik dårlegare kår, og ein fekk ein renessanse for det antikke synet på sjukepleie som forakta grovarbeid. Dei som kom til hospitalet for å få hjelp, som gjerne var i den største naud, og som ikkje hadde nokon annan stad å venna seg, kunne risikere å bli avvist. Dei fekk ikkje plass utan at nokon stilte økonomisk garanti for plassen i hospitalet. I middelalderklostra hadde ein fått hjelp utan slike garantiar (Martinsen 2003/1989: 142 -168, Mathisen 2006: 14, 33-60, 57-85).

Dei offentlege allmennhospitalet som begynte å vekse fram i Europa i andre halvdel av 1600-talet hadde ein annan funksjon enn pleieinstitusjonane i middelalderkyrkja hadde hatt. Dei

hadde ingen behandlingsfunksjon, men fungerte som institusjonar som skulle oppdra late og umoralske fattiglemmar til nyttige samfunnsborgarar og dempe sosial uro i samband med massearbeidsløysa som industrialiseringa medførte. I Tyskland blei slike hospital kalla tukthus, i England fattighus. I fyrste halvdel av 1800-talet, begynte legar å vise interesse for fattiglemmane i allmenn hospitala, ikkje fordi dei ynskte å hjelpe sjuke og fattige, men for å skaffe seg kunnskap om ulike sjukdommar. Gradvis vart det slutt på at hospitala var plassar der fattige og utstøytte budde. Kring 1850 blei uhelbredelege sjuke og fattige pleietrengjande utskilde til alders- og pleieheimar, og hospitala gjekk over til å bli reine undervisnings- og behandlingsinstitusjonar for velstående og seinare for potensielt nyttige individ. Denne interessa la grunnlaget for moderne vitenskapleg medisin (Martinsen 2003/1989: 159-166).

Legane som gjorde inntog i hospitala hadde ufaglærte pleiarar som samarbeidspartnarar. Arbeidet til pleiarane var sidestilt med tenarskap i private heimar, men hadde enda lågare status. Ingen kunne tenkje seg at unge kvinner frå gode heimar kunne utføre slikt arbeid, og det var generelt den siste staden jenter oppsøkte for å få seg levebrød. Alkoholmisbruk blant dei tilsette skulle visstnok vera eit stort problem, men det var kanskje ikkje så rart at dei drakk, for dei skulle klare eit liv som ingen andre kunne halda ut. Frå Danmark på 1800-talet veit me at ein pleiar kunne ha eineansvar for 10 pleietrengjande og arbeide frå seks om morgonen til ti om kvelden, og sove i eit lite avlukke inne på sjukestova like ved toaletta/nattpotta og gjerne klare seg med lite mat. Legane likte ikkje å arbeide saman med slike kvinner, og argumenterte for at dei var udugelege. Dei ynskte seg danna pleiarar frå høgare samfunnsklasser. Dette er vel dokumentert i studien til den danske sjukepleieforskaren Kirsten Frederiksen (2005: 59-61, 73-87).

Florence Nightingale (1820-1910) som var ei velutdanna overklassekvinne, var heller ikkje nøgd med dei ufaglærte pleiarane, og i 1860 starta ho sjukepleieutdanning ved St. Thomas hospital i London (Mathisen 2006: 86-96). Nightingale var kritisk til det viktorianske kvinneidealet, med sitt skarpe skilje mellom arbeidsliv og privatliv, og ekstreme skilje mellom kjønna, der kvinna sin plass var avgrensa til ei underordna rolle i heimen, der ho skulle vera hjarte og hand: uskuldig, rein og uvitande og meir eller mindre mannen sin eigedom. Nightingale hadde skriftleg kontakt med John Stuart Mill (1806-1873), som argumenterte for at det var samfunnsnyttig at kvinner hadde same fridom og politiske rettar

som menn, fordi konkurranse mellom kjønna ville føre til høgare moral og betre yrkseytingar i samfunnet (Pfeiffer 1985: 7-21).

Nightingale hadde ei sentral rolle i *Sanitation Movement*. Dette viser sjukepleieforskar Tone Sydnes sine studiar av Nightingale (Sydnes 2001). Det kan sjå ut for at moderne sjukepleie vaks fram i forlenginga av denne rørsla, som argumenterte for at det var samfunnsnyttig/produksjonsfremmande å syte for at fattigfolk fekk betre levekår. Nightingale var overtydd om at reinsemd, frisk luft, reine klede, reint drikkevatt og gode toalettilhøve var helsefremmande (Mathisen 2006: 89-96). Ho argumenterte for at alle kunne halda seg reine, det var ikkje nødvendig med bad. Det var nok med ei mugge varmt vatn og å gni med eit grovt handklede. Det var tull å påstå at nokon nødvendigvis måtte vera skitne. Ho var oppgitt over folk som skrytte over at dei ikkje vaska seg, og fortel i den samanheng om gode, aktive husmødrer frå landsbygda som stolt fortalde at dei aldri hadde vaska føtene på barna sine, og heller ikkje hadde late dei få kaldt vatn på seg. Ho fortel om kolgruvearbeidarar som skrytte av at dei aldri hadde vaska seg nedanfor ansiktet, bortsett frå på hendene. Ho argumenterte for at i byane der bad og vaskehus var velkjent, var desse fordommane i ferd med å døy ut, men på hennar tid skulle det framleis vera skular der det var vanskeleg å få barna til å vaske føtene. Men sjølv i fjerntliggjande landsbyar vart folk klokare no, skreiv Nightingale, og fortel om ei framifrå gamal bestemor som aldri hadde vaska sine egne ungar, men som i høg alder vaska det tandre, foreldreause barnebarnet sitt kvar dag, og opplevde at han vaks opp som ein sterk gut. Nightingale fortel vidare om ei gamal dame som begynte å vaske seg med kaldt vatn for fyrste gong etter å ha fylt 80 år, og levde i godt og vel ti år etter det (Nightingale 1997/1860: 136-138).

Nightingale argumenterte for at rein hud var spesielt viktig når ein var sjuk, fordi sjukdom førte til at huda sine funksjonar kom meir eller mindre i uorden. Denne uorden meinte ho hadde samanheng med at naturen kvitta seg med avfall nesten utelukkande gjennom huda. Avfallsstoffa som kom frå huda blei verande om dei ikkje vart fjerna ved hjelp av vask eller klede. Å la vera å vaske den sjuke eller å la den sjuke ha klede på etter at dei var blitt fylte av sveitte eller andre avfallsstoff, samanlikna ho med å gje pasienten seintverkande gift gjennom munnen - det verka berre langsamare når den vart gitt gjennom huda. Under sjukdom var alt som kom frå kroppen var giftig og farlig. Sjølv om sjuke følte velvere etter at huda hadde blitt grundig vaska og tørka, måtte ein ikkje gløyme at veveret ein oppnådde ikkje var alt, det

var berre eit teikn på at livskreftene hadde fått ny styrke fordi det som hemma den naturlege gassutvekslinga var fjerna. Målet med kroppsvask var ikkje velvere, men å reinse huda (Nightingale 1997/1860: 136-138).

Sjølv om det er Nightingale si utdanning som vert rekna som starten på moderne sjukepleie, så blei den fyrste fagutdanning i sjukepleie i Europa oppretta i Kaiserswerth i Tyskland allereie i 1836. Det var ei diakonal utdanning og Nightingale fekk noko av si utdanninga der. Den fyrste norske fagutdanning i sjukepleie var også diakonal, og blei etablert av *Christiania Indremisjon* i 1868. Tanken var at diakonissene sitt arbeid skulle vera med og avhjelpe dei negative fylgjene av det moderne industrisamfunnet. Kyrkja måtte handle før proletariatet greip til revolusjonære middel, og diakonissa sitt arbeid skulle vera eit slikt virke. Prestane vona at diakonissene skulle få fattige og sjuke menneske til å vende seg til Gud på ein slik måte at dei vart stimulerte til å arbeide for å betre dei sosiale vilkåra sine. Diakonissa skulle ikkje overta familien sitt ansvar, men hjelpe til der utsette familiar ikkje klarte dette sjølve, eller der det ikkje var noko familienettverk. Prestane hadde håpt at ein skulle tiltrekkje seg danna kvinner frå høgare sosiale lag til diakonissegjerninga, men det var helst bonde- og arbeidarjenter som søkte seg til slikt arbeid. Dette kan vera bakgrunnen for det omfattande dannelsesarbeidet som diakonissene blei omfatta av: dei skulle kultiverast i pakt med borgarlege normer, og prestekona si påkledning og veremåte fungerte som ideal (Martinsen 1984: 51-110, 252-287). Denne borgarlege kultiveringa ser ikkje ut til å ha vore spesiell for diakonissene. Studiane til dei danske sjukepleieforskarane Kirsten Frederiksen (2005) og Birte Hedegaard-Larsen (2006) viser at det same blei forventa ved danske utdanningsinstitusjonar som ikkje var diakonale. Hedegaard-Larsen (2006: 284-286) argumenterer vidare for at det ikkje berre var prestane som hadde forventingar til fagutdanna pleiarar. Det same hadde også legane, som ynskte seg medhjelparar til medisinsk behandling, og det blei etter kvart denne yrkesgruppa som fekk størst makt over dei fagutdanna pleiarane.

Sjølv om den fyrste norske fagutdanninga i sjukepleie var diakonal, let eg den sortere under moderne sjukepleie fordi den blei etablert for å ta seg av problemstillingar som oppstod ved framveksten av det moderne industrisamfunnet, og fordi den fyrste norske læreboka i sjukepleie var forfatta av diakonisse Rikke Nissen (1834-1892), som var inspirert av Nightingale si miasmatiske hygienetenkjing og av eit liberalistisk kvinnesyn. Nissen argumenterte for at sjukepleie skulle vera eit sjølvstendig embete på lik linje med legar og

prestar. Hennar syn på sjukepleie stod i motsetning til prestane og legane sine forventingar om underordna, lydige hjelparar (Martinsen 2000: 119-170).

Ovanfor såg me at dei ufaglærte pleiarane hadde elendige arbeidsvilkår. Blei tilhøva betre for dei fagutdanna sjukepleiarane? Studien til Martinsen (1984: 104-109) viser at fagutdanning ikkje nødvendigvis medfører betre arbeidsvilkår. Diakonissene arbeidde hardt og var mykje sjuke. Dei tøffe arbeidsvilkåra vert stadfesta av historikar Kari Melby (1990: 98-118).

Dårlege arbeidsvilkår var ikkje spesielt for diakonissene. I siste halvdel av 1800-talet hadde kvinner som var ute i arbeid generelt lengre arbeidsdag og mindre fritid enn menn, i tillegg fekk dei dårlegare betalt, ofte knapt halvparten av mannsløna. Det såg ut for å gjelde på tvers av sosiale lag. Som eksempel kan nemnast at då Camilla Collett fekk kunstnarløn i 1876, fekk ho berre halvparten av den løna mannlege forfattarar brukte å få (Nerbøvik 2004/1999: 91-94). Den norske forskaren Sidsel Vogt Moum (1981) har skildra kvinnearbeid i Noreg i perioden 1875-1910, og ho argumenterer for at dei store politiske endringane som fann stad i den perioden fekk ulike konsekvensar for menn og kvinner.

Kring hundreårsskiftet hadde Noreg fått ei rekkje fagutdanningar i sjukepleie. I tillegg til diakonisseutdanning, starta Christiania Indremisjon diakonutdanning i 1890. I 1895 hadde også *Norges Røde Kors* starta sjukepleiarutdanning i Oslo, og i 1898 blei det etablert ei tilsvarende utdanning i Bergen. Same året starta *Norske Kvinnens Sanitetsforening* ei utdanning i Oslo. Metodistkyrkja etablerte si diakonisseutdanning i 1897, og i 1900 blei det starta sjukepleiarutdanning ved Ullevål sjukehus (Mathisen 2006: 118-131). I 1912 fekk sjukepleiarane sitt eige fagforbund (Melby 1990, Martinsen 2003/1989: 109). I denne studien vert perioden 1868-1912 omtalt som oppkomsten til faglært norsk sjukepleie fordi den fyrste norske utdanninga i sjukepleie blei etablert i 1868, og fordi sjukepleiefaget fekk sitt eige fagforbund i 1912.

Frå offentleg til privat kropp

I middelalderen hadde dei eit heilt anna tilhøve til kropp og kroppslege funksjonar, enn det me er vande med i vår tid. Det vert tydeleg når me les den tyske sosiologen Nobert Elias sine studiar av etikettebøker frå Tyskland, Frankrike og England på 1400-talet. Sjølv om etikettebøker spesielt er retta mot dei øvre sosiale laga, kan dei gje oss eit innblikk i korleis ein tenkte om det kroppslege på den tida. I middelalderen var det ikkje rekna for uhøvisk at

nakne kroppar var tett samanblanda. Det var ikkje uvanleg at fleire låg i same seng, og mange, gjerne av begge kjønn, i same rom. I senga låg dei vanlegvis heilt nakne. Dersom nokon hadde klede på seg, kunne det vekkje mistanke om at dei hadde defektar å skjule. Det ser ut for at menneske i tidlegare periodar og kulturar hadde ei meir usjenert innstilling til kroppen og mange av kroppsfunksjonane. I middelalderen trong ein ikkje skjemst over å sitja slik at kjønnsdelane var synlege, dersom ein var saman med tenarar og venner av lågare rang. Det kunne tvert om vera uttrykk for velvilje. Når nokon gifta seg skulle dei ha samleie i nærvær av vitne for at ekteskapet skulle vera gyldig, men sjølv om ein var gift, var det sjølvstakt at mannen og i blant også kvinna hadde seksualpartnarar utanfor ekteskapet, utan at ein trong skamme seg over det. I middelalderen var det ikkje uvanleg å lata urin og avføring i andre sitt påsyn. Det kunne ein gjera 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. Når det gjaldt seksuallivet, så var det så openlyst at ein tok det for gitt at barna visste korleis slikt samliv gjekk føre seg, og det vart snakka om driftslivet i direkte ordelag. Barna levde saman med dei vaksne, og det var lite dei vaksne heldt hemmeleg for kvarandre eller for barna (Elias 1989/1939: 149-155).

Frå Noreg fins det teikningar frå middelalderen som viser mann og kone eller eit par gode vennar som sit saman i badekaret og vert underhaldne av musikk. Ein kunne drive det til å vera halve dagen i badet, og ofte fylgde det alskens utskeiingar med. Det ser heller ikkje ut for at ein sjenerte seg for å vera saman med andre i private og offentlege badstover. For å spare brensel og arbeid var det gjerne slik at heile husfolket bada samstundes, både menn og kvinner, unge og gamle. I den samanhengen viser Sundt til ei badehistorie frå 1500-talet. Då var det eit italiensk mannskap som kom i havsnaud ved Røst i Nordland, og blei buande der i fleire veker. Dei fortalde om store og små som kledde av seg heime, for så å springe avkledde gjennom byen til badet. Dei hadde ingen tanke om at dei skulle vera brydde, ikkje ein gong når det var framande i nærleiken. Sundt skriv at det ein veit om badstover i vårt land, ser ut for å likne mykje på det ein kjenner til frå Tyskland. Der var badstover mykje vitja stadar. Dei likna i fylgje Sundt mykje på kafear og restaurantar slik dei var på hans tid: der var skarar av folk, både menn og kvinner. I badstovene kunne det vera personar som arbeidde med å vaske folk, og dei blei rekna for uærlege, nesten som rakkarrar. Etter badet var det gjerne selskapleg underhaldning, samtaler, song og spel. Det utarta ofte til overdådig og lystig liv. Utskeiingane blei berre større og større (Sundt 1975/1869: 313- 320).

I Paris var det også lystige badehus og dampbad i middelalderen. Allereie i 1292 var det 26 slike bad i byen, og på 1400-talet var det vanleg over alt i Paris. Bad kunne gje rom for sensualitet og seksualitet. Slike bad kunne i tillegg tilby karbad, vin, måltid eller ei seng, alt etter kva ein var viljug til å betale. Nakne sveitte kroppar vart vaska med svamp, side ved side i dampen frå vatnet som blei oppvarma ved hjelp av vedfyring. Bad trong ikkje innebera nedsenking i væske. Bad i private bustadar symboliserte rikdom, medan offentlege bad gjerne blei assosierte med speglede og prostitusjon. Ein bada ikkje for å halde seg frisk, men for nytinga sin del. Den danske katolikken og litteraturforskaren Kirsten Kjærulff (2001: 13-44) sine utleggingar av nonna Hildegard av Bingen sine skrifter frå Tyskland på 1100-talet viser at kyrkja også hadde eit heilt anna forhold til kropp og seksualitet i middelalderen enn det me er vande med i vår tid. I middelalderen var det Gud som reinsa, ikkje vatn. Dette viste seg blant anna ved at sjukepleiarar i Paris ikkje rørte ved dei som kom til hospitalet før dei hadde motteke nattverden: når dei var reinsa for synd kunne dei først til sengs. Sjølv om vatn ikkje var så mykje involvert i reinsemda i Paris i middelalderen, kunne ein vaske synlege delar av kroppen som ansikt og hovud, og det å gje nokon vatn til hendene var gjerne uttrykk for vyrdnad og vennskap (Vigarello 1988: 21-48).

Moderne kroppslege normer

Aksepten av kroppen og kroppsfunksjonane forsvann langsamt i Europa på 1500-talet, og denne tendensen skaut fart frå 1600 til 1800-talet. Utviklinga starta i dei øvre sjikt av samfunnet, og gjekk mykje langsamare i lågare sosiale lag. Det vart meir kontroll av seksualdrifta, og utanomekteskapleg seksualliv vart strengare fordømt. Det måtte berre skje i det skjulte, og det var skammeleg. Ut over 1800- og 1900- talet blei alt som hadde med seksuallivet å gjera i stor grad skjult. Barn skulle ikkje lenger få kjennskap til slikt. Det var ikkje berre seksuallivet som skulle skjulast. Gradvis dukka det opp nattklede, slik at nakne kroppar ikkje kom direkte i kontakt med kvarandre i senga, og sengene vart etter kvart flytta til eigne soverom hos dei som hadde råd til det. Familiemedlemmene fekk eigne senger, og til slutt eige soverom. Det vart skammeleg å vise seg naken i det offentlege rom. I tillegg til at fellesbada blei borte, kom det formaningar om å lata urin og avføring på spesielle plassar, og etter kvart vart det utvikla tekniske innretningar, do, til slike formål. Det blei argumentert for at dei nye vanane var viktige for å ivareta den enkelte si helse (Elias 1989/1939: 226-295).

Det blei argumentert for at badstovene var grobotn for smittsame, veneriske sjukdommar, og folk kom til å sky dei som pesten. Gradvis blei badeskikken borte i Tyskland, og Danmark, Sverige og Noreg fylgde Tyskland sitt eksempel (Sundt 1975/1869: 317-320). Det same skjedde i Paris. Også der begynte ein å argumentere for at folk måtte slutte å bade på 1500-talet. I den samanheng blei det hevda at ein kunne få syfilis og at kvinner kunne bli gravide om dei bada i vatn som menn hadde opphalde seg i. Det kom reglar som forbaud promiskuitet i bada, og påbod om separate bad for menn og kvinner. Generelt blei det argumentert for at ein kunne få ei rekkje sjukdommar og plager dersom ein bada, for vatnet kunne trekkje inn i kroppen og gjera skade, men hovudårsaka til at ein skulle la vera å bade var ikkje fyrst og fremst faren for sjukdom, men nye oppfatningar av kva som var sømeleg. I 1692 var det berre nokre få offentlege bad att i Paris (Vigarello 1988: 9-27).

Det nye synet på kropp og kroppsfunksjonar som vaks fram i renessansen var inspirert av antikke helse- og kroppsideal. I antikken hadde det vore ei dyrkinga av den naturlege, vakre, anatomisk perfekte, sterke kroppen. Heilt frå 766 f. Kr. til 394 e. Kr., altså i ein periode på cirka tusen år, veit ein sikkert at grekarane arrangerte olympiadar. Medan forventingane om ei sunn sjel i ein sunn kropp hadde vore avgrensa til nokre få unge, frie menn i antikken, argumentere ein for dette som eit allment prinsipp i renessansen, og den enkelte blei gjort ansvarleg for si eiga helse (Mathisen 2006: 15-17, 59-66). Helse var ikkje lenger noko Gud sytte for, slik det hadde vore i middelalderen, men noko den enkelte skapte. I 1896 tok ein opp att tradisjonen med olympiske leikar. Dei olympiske ringane symboliserer i vår tid brorskap og vennskap mellom dei fem verdsdelane, men ringane er framleis forsynt med den greske mottoet: *Citus-Altius-Fortius: Hurtigare-Høgare-Sterkare*. Idealet var ei sunn sjel i ein sunn kropp; *Mens sana in corpore sano*. Dette kjem fram i ei norsk bok om olympiske leikar gjennom 50 år. Heile kroppen skulle vera sunn og sterk, og det kunne ein oppnå ved å arbeide med heile seg (Andersen 1945: 12, 19). Dette arbeidet med seg sjølv vart sett på som ei sjølvdisiplinering som utdanna viljen og gav likevekt i sjel og sinn. Dette fortel den ein svenske majoren J.G. Thulin (1949: 9-10) i *Gymnastikhandbok*.

Frå folkeleg til borgarleg reinsemd

Ovanfor såg me at tiltrua til Gud si styring blei svekka i renessansen, og det blei rom for tankemåtar som opna for industrialisering og fri konkurranse. I den samanheng har me sett at

det oppstod nye fag, nytt syn på kroppen og nye klasseskilje. Nedanfor skal me sjå at fattige og rike kunne ha ulike forståingar av reinsemd.

Folkeleg reinsemd: Frykman (1994: 159-169) sin studie om reinsemd i Sverige i perioden 1880-1910 viser at svenske bønder ikkje hadde noko forståing for at det skulle vera skadeleg å la vera å vaske seg. Menneske gjekk alltid rundt med synlege restar av arbeidet på klede eller kropp, fiskarkonene lukta fisk og bøndene lukta fjøs. Skit blei rekna for å vera noko positivt. Dersom ein ikkje vaska seg så ofte, så fraus ein heller ikkje så lett. Smuss og utsondringar gav eit ekstra vern. Kroppsvask hadde eit rituell preg, det vil seie at ein vaska seg ved bestemte høve, men ikkje av hygieniske grunnar. Kravet om å opptre heil og rein var størst i den offentlege sfæren og i samband med høgtider. Kring hundreårsskiftet (1800/1900) var det framleis svenskar som meinte at det var galskap å vaske seg meir enn ein gong i veka. Det viser historia om ein halvgamal mann som var blitt svært sveitt under slåttonna, og som dottera oppfordra til å vaske seg, sjølv om det berre var onsdag. Då blei han sint og svarte at om han vaska seg midt i veka, så ville han ikkje vita når tid det blei helg. Bøndene sjenerte seg heller ikkje for å lata urin og avføring i andre si påsyn på den tida, gjerne på ei søppeldynge rett utanfor bislaget. Der kasta dei hushaldsavfall, samstundes som dynga kunne bli brukt som do i andre sitt påsyn. Det at kvinnene ikkje brukte noko form for bukser, men gjekk med tjukke varme kjolar og lange strømper, gjorde det enkelt å lata vatn og urin. Nokre sette seg ned på huk i slike samanhengar, medan andre kunne velje å lata vatnet i ståande stilling, ved å halde skjørtet litt frå seg. Etterpå kunne dei dytte skjørtet inn i skrittet og tørke seg reine. Når dei skulle tørke seg etterpå, brukte dei det som var tilgjengeleg, og det kunne vera gras, mose, treflis, eller snø. Å bruke peikefingeren såg heller ikkje ut for å vera uvanleg. Det må truleg ha lukta av personar med slike vanar, men dei såg ikkje ut for å vera redde for lukt av ureine klede, sveitte eller dårleg ande. Dei såg i det heile teke ut for å vera meir avslappa i høve til kroppslege utsondringar, enn det me er vande til.

Rituell handling: Sundt (1975/1869: 46-75) argumenterte for at norske bygdefolk hadde ei rituell forståing av kroppsvask på 1860-talet, og at denne forståinga hadde røter i norrøn, førkristen tid. Han baserer argumentasjonen på studiar av Njålssoga og Snorre sine soger. Allereie på Odin, Thor og Freya si tid hadde forfedrane våre hatt tanke for reinsemd, sidan dei dyrka den så høgt at dei kalla ein av vekedagane laurdag, *laugardag*. Dagen har fått namn etter den reinsinga som skulle finna stad på den dagen. Ordet laug tyder bad eller vask. I

oldtidsskriftene kunne dei også bruke namnet *tvattedag*. Mange har kanskje førestillingar om at før kristendommen vart innført var det berre barbari i dei nordiske landa. Det ein seinare såg av danning og gode skikkar, meinte ein hadde fylgt med kristendommen. Sundt argumenterer mot dette, på bakgrunn av at namnet laugardag vitnar om eldgamle reinsemdstradisjonar i Norden. Han argumenterer også imot at desse vaskeskikkane var ei etteraping etter skikkar forfedrane hadde fått kjennskap til i andre land, for så vidt han kjende til var forfedrane våre dei einaste som gav ein av vekedagane eit slikt namn som laurdag eller tvattedag. Det var mogeleg at engendarar og tyskarar også såg på den siste vekedagen som ein vaskedag, men det visste han ingen ting om. I eit segn heitte det seg at når ein mann sat om laurdagskvelden og fekk vaska hovudet og pynta håret, skulle han vende sinnet bort frå vekedagane og det kvardagslege og stunda mot søndagen, soldagen, det heilage og reine. Den kroppslege reingjeringa skulle utførast med andletet vendt mot sør der sola bur, ikkje mot nord der dei vonde trolla heldt til. I den gamle folketrua var det ei heil verd av usynlege, underjordiske tussar og troll, og dei herja helst i mørkret om natta. Trolla stod for vondskap, men ein solstråle var nok til å forvandle dei til stein. Elden vart rekna som eit bilde og ein avglans av sola, og gjekk for å ha noko av lyset og krafta til sola i seg. På same vis som trolla ikkje likte sollys, rekna ein med at dei heller ikkje tolte eld. Derfor blei eld brukt til å reinse det som var ureint. I vaskevatnet som ein hadde vaska seg i på laurdagen kunne det fylgje med kroppsleg avfall som sveitte, flass, hud, hår, skjegg osv. Slikt avfall frå den menneskelege lekamen meinte ein at trolla lurte etter. Dersom trolla fekk tak i det kroppslege avfallet, kunne dei få makt over sjela til den avfallet hadde tilhøyrt, og såleis kunne dei utøve vondskap. Derfor måtte vaskevatnet vigslast før ein slo det ut. Slike førestillingar gjekk igjen i nesten alle norske bygdelag på 1860-talet. Vigslinga kunne utførast på mange ulike vis. Den kraftigaste vigslinga vart utført med eld. Når ein vigsla vaskevatnet med eld, blei det kasta ei varm glo i det. Andre ting kunne vigslast ved at ein svinga dei over elden, heldt dei framfor elden, svinga ei varm glo over dei osv. Atter andre ting var slik at dei best kunne vigslast ved å kaste dei i varmen og late dei brenne opp. Det var ikkje berre vaskevatnet som måtte vigslast. Det blei også praktisert vigsling av anna menneskeleg avfall, som restar frå skorne negler, lause tenner, væske frå sår, blod frå årelating og ureinskapen frå spedbarn, spesielt før dei var døypte. Sundt skriv at den gamle folketrua blei vendt til overtru i opplysingstida, men på 1860-talet, då han gjennomførte studien sin om reinsemd, fann han mange norrøne trekk ved bygdefolket si forståing av kroppsleg reinsemd.

Borgarleg reinsemd: Medan bøndene på slutten av 1800-talet såg på kroppsvask som ei rituell handling, og rekna skit som noko positivt, argumenterte lærebøker i sjukepleie for at det var viktig å fjerna ureinskapar frå kropp og sjukerom (Nightingale 1997/1860, Nissen 2000/1877, Kaurin 1869). Dette kan vera bakgrunnen for at diakonissene kunne bli møtte med skepsis og avvising når dei var ute i kyrkjelydane for å utføre diakonissegjeringa si. Trass i at tenesta var gratis, kunne folk vegre seg for å ta imot hjelp, fordi dei rekna diakonissa for å vera altfor fin for deira tarvelege stell (Schiøtz 2003: 89). Ein skal ikkje sjå bort i frå at den moderne danna diakonissa, med tilhøyrande hygienekunnskap, vart rekna for borgarskapet og styresmaktene sin representant, og at motstanden mot henne kunne vera ein protest mot overmakta sine nedlatande haldningar til det folkelege.

Frykman (1994: 185-221) fortel at det svenske borgarskapet brukte eit velkontrollert livsmønsteret og ikkje minst kroppsleg reinsemd til å markere distanse til fattige arbeidarar og bønder. I tillegg til å kvitte seg med urin og avføring i einerom, blei kultiverte svenskar oppmuntra til å ta daglege bad i perioden 1880-1910, eller i alle høve bade minst ein gong i veka. Denne norma vart viktigare dess høgare opp i samfunnhierarkiet ein kom. Kvinnene måtte lære å vaske seg med klut, såpe og vatn utan å ta av seg undertøyet. 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 gjera var så å seie 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.

Industrialiseringa starta tidlegare i Frankrike enn i Norden, og allereie i 1750 begynte borgarskapet i Paris å bruke reinsemd som statusmarkør. Dei var spesielt opptekne av å markere avstand til aristokratiet. Når det parisiske borgarskapet så smått begynte å vaske seg med kaldt vatn kring 1750 var dette ein lekk i arbeidet med å markere og fremje eigen posisjon i samfunnet. Det blei argumentert for at kalde bad styrkte kroppen gjennom mekaniske muskelsamantrekkingar og betra blodsirkulasjon: kroppen skulle bli sterk som stål. Dette meinte ein hadde store helsegevinstar. Den sterke kroppen skulle utstråle moralsk kraft og fysisk energi. Argumentasjonen og førestillingane om kalde bad var det opplyste borgarskapet sin symbolske protest mot aristokratiet sine varme bad i luksuriøse baderom i same periode. Dei varme bada vart fordømde som ein praksis i den dekadente klasse, uttrykk

for aristokratisk latskap. Dei kalde bada var kjenneteikna ved askese, kontroll, styrke, distanse og kroppsleg effektivitet. Kroppen var ikkje lenger noko porøst og passivt som ikkje tolte vatn, men ein vital lekam med ein usynleg indre energi som kunne frigjerast gjennom kulde. Sjølv om det blei argumentert for kalde bad i Paris på 1700-talet, så tyder ikkje det at det var så vanleg å bade, men førestillingar som var knytt til kalde bad styrkte borgarskapet sin iver etter makt uavhengig av blodsband (Vigarello 1988: 91-163).

Verken kalde eller varme bad vart utførte for å reingjera huda, men på 1700-talet begynte borgarskapet i Paris å argumentere for at det var helsesamt å halda huda rein for å fremme gassutveksling (jf. miasmeteorien, kap. 3). Det blei argumentert for at det var uheldig med sminke, parfyme, tronge klede og korsett. Det kunstige kunne øydeleggje det naturen hadde skapt, og såleis svekke personen. Kort hår blei rekna for helsesamt, dessutan var det lettare å halda reint, ein sparte tid og det vart rekna for sunnare fordi det let hovudet puste. Generelt vart det å framstå som enkel uttrykk for verkeleg borgarleg stil. Den borgarlege stilen var samstundes ein protest mot det verdsvante, sminka, forfina, jålete, mjuke, svake aristokratiet. I fyrste halvdel av 1800-talet var det ikkje lenger nok å fjerne sminke og anna som kunne hindre gassutvekslinga i huda, i tillegg begynte ein å argumentere for at det var nødvendig å vaske huda med varmt vatn og såpe (Vigarello 1988: 131-141). I samband med denne nye kroppsreinsinga dukka det opp nye former for utstyr som ein ikkje hadde hatt før. På 1840-talet begynte ein blant anna å produsere tannbørstar av svinebust i USA, men det var fyrst på 1900-talet at det blei vanleg å pusse tennene. Nylontannbørsten oppstod i 1938 (Lundström 1978: 23).

Private baderom: Frå midt på 1700-talet kunne ein finna særskilde rom som spesielt var berekna på kroppsvask hos aristokratiet i Paris. Det er uttrykk for ei tiltakande privatisering av den kroppslege reinsemda. Frå 1780 finn ein baderom i enkelte velstående hus i Paris, og det blei oppretta fleire offentlege fasjonable bad for eliten. Frå 1830 talet vart alle hus i velstående bydelar i Paris utstyrt med bad. Både private og offentleg bad som oppstod i denne perioden hadde hygiene som hovudformål. Bading blei sakte etablert som ein vane hjå eliten i Paris mot slutten av 1800-talet (Vigarello 1988: 156-160, 191). Kring 1880 blei idealet i Paris at badet skulle vera i tilknytning til soverommet, etter modell av amerikanske hotellrom. Når ein var på badet skulle døra vera skikkeleg lukka, og det skulle berre vera ein person der om gongen. Eksklusjon av andre var blitt eit obligatorisk element i kroppsvasken

til eliten. Det var ikkje berre det at ein skulle vera åleine når ein vaska seg, i tillegg finn ein oppfordringar om å lukke augo ved nedantil vask. Å vaske og tørke seg nedantil var problematisk på grunn av det ein såg og på grunn av den berøringa som var nødvendig. Om ein vaska seg nedantil oftare enn ein gong om dagen, slik somme kvinner gjorde, vart det rekna for suspekt. Reingjering var einaste grunnen til at ein skulle vaske seg. Ein var spesielt redde for varme bad, fordi ein meinte dei kunne vekkje til live seksuelle lyster. Nakne, badande kroppar vart generelt sett på som ein umoralsk praksis, som kunne få ein til å tenkja stygge tankar. Det blei rekna for problematisk å la elevar bade i same badekar, fordi det kunne vera vanskeleg å overvake dei. Varme bad var berre for sjuke som ikkje vart overlete til seg sjølve ei einaste stund. Heilt fram til kring ca 1850 kunne ein berre bade iført skjorte i Paris. Dette gjaldt til og med små barn (Vigarello 1988: 156-225).

Allmenngjering av borgarlege reinsemdsprinsipp: Som me har sett ovanfor, var det moderne borgarskapet opptekne av å markere avstand til både aristokratar og fattigfolk. Dei tok lite omsyn til korleis arbeidarane hadde det. Dei var opptekne av størst mogeleg profitt, og dess mindre arbeidarane fekk, dess meir vart det på eigarane. Politikarane og kyrkja brydde seg heller ikkje så mykje om levkåra til fattigfolk. Medan ansvaret for medmenneska hadde stått sentralt i middelalderkyrkja, tona den reformerte lutherske kyrkja, som blei etablert i 1536, ned ansvaret for nesten, og poengterte den enkelte sitt ansvar for seg sjølv. I den protestantiske, europeiske kyrkja vart det ei dygd å syte for eige livsopphald utan hjelp frå andre. Fattige blei rekna for late, uskikkelege og umoralske (Mathisen 2006: 60). Det var ingen som hadde nokon tanke for at dei økonomiske systema skapte fattigdom, og når 20 % av innbyggjarane i fleire engelske industribyar var så fattige at dei svalt kring 1850, var det ingen som tok ansvar for å hjelpe dei naudlidande. I staden for å avhjelpe nauda, prøvde borgarskapet å finna ut korleis dei kunne utnytte fattigfolk enda meir. Derfor fekk den engelske juristen Edwin Chadwick i oppgåve å finna ut korleis ein kunne redusere kostnadane som arbeidarklassa sin skit og sjukdom førte med seg. Arbeidet han stod i spissen for vart ein enorm dokumentasjon av arbeidarklassa sine levkår. Dette arbeidet endra Chadwick sitt syn på fattigdom. Frå å vera oppteken av å redusere fattigdomsutgiftene, vart han oppteken av årsakene til fattigdom. Frå å sjå på fattigdom som sjølvforskyldt på grunn av låg moral, endra han syn til å meine at det var dei sosiale og materielle tilhøva som dei fattige levde under som førte til skit og ureinsemd. Desse tilhøva meinte han måtte forbetrast gjennom sosialpolitisk handling (Martinsen 2003/1989: 169-181).

Det var fyrst då rebelske, sjuke og døde fabrikkarbeidarar vart eit trugsmål mot produksjonskapasiteten til fabrikkane og velstanden som borgarskapet naut godt av, at det blei det sett i verk politiske tiltak for å utrydde grunnlaget for både sjukdom og opprør. *Sanitation Movement* som Chadwick var ein av frontfigurane i, var ein pådrivar i arbeidet med å få til politiske endringar. Nightingale var ein annan sentral spydspiss i organisasjonen, og både Chadwick og Nightingale var inspirert av utilitaristen Jeremy Bentham. Det utilitaristiske prinsippet handla om størst mogeleg lukke for flest mogeleg, og i den samanhengen blei det argumentert for at gode sanitære tilhøve, reint vatn, betre bustader og omsorg for mødrer og barn ikkje berre var til hjelp for den enkelte, men ein økonomisk fordel for heile samfunnet (Sydnes 2001: 88, 90). Det var spesielt i fattige strok at dei mangla tilførsel av vatn og system for å få fjerna søppel og kloakk. Trass i middelklassa sin kamp mot helsereformer som kunne føre til auka offentlege utgifter, blei det vedteke ei helselov i det engelske Parlamentet i 1848. Dette var den fyrste helselova i verda, og den danna mønsteret for liknande lover i fleire andre land, blant anna den norske helselova av 1860 (Martinsen 2003/1989: 177).

Som ein lekk i arbeidet med å gjera fattigfolk reinare blei det sett i verk sanitære tiltak som var direkte retta mot fattigfolk i Paris kring 1850. Det blei bygd billige bad og vaskeri på same stad, for at dei fattige skulle få vanen med å byte og vaske klede samstundes som dei bada seg. Fattigfolk fekk ikkje bade meir enn 30 minuttar, dei fekk heller ikkje bruke mykje vatn. Det var innretta automatiske stoppekrantar 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. Formålet med bada var å gjera fattige arbeidarar reine, helsesame, ordentlege og moralske. Etter kvart kom ein til at bad i badekar tok for lang tid og at det blei for dyrt å gjera tilgjengeleg for fattigfolk. Dusj var billigare. Eksperimentet med dusj blei fyrst utprøvd i fengsel, og etter 1880 blei slike innretningar installerte som offentlege badeinnretningar i fattige bydelar. For at ein ikkje skulle vaske seg naken i andre sitt påsyn, vart det laga private dusjrom/-celler ved hjelp av forheng. Desse dusjinnretningane som var berekna på massane stod i skarp kontrast til borgarskapet sine private baderom. For dei fattige var det ikkje snakk om større privat rom kring seg (Vigarello 1988: 198-201).

Reinsemda til dei fattige var eit symbol på moralen deira og ein garanti for orden. Måla var både komplekse og forståelege: frå reine gater til reine hus, frå reine rom til reine kroppar. Intensjonen var ikkje noko mindre enn at ein skulle endre fattigfolk ved å få dei til å leggje seg til nye kroppslege reinsemdsvanar. Det blei eit veldig moralsk fokus på levesettet til dei fattige, der reinsemda hadde stor kraft. Reinsemd skulle ikkje berre leggje grunnlag for god helse ved at det stimulerte til energiproduksjon, men reinsemd vart også eit spørsmål om orden og om puritansk moral. Når eit menneske var vand til filler, tapte personen vørndnad for seg sjølv og andre, og døra var open for alle slags laster. Derfor blei dei fattige arbeidarane opplærde til å vaske seg så skikkeleg som mogeleg, samstundes som det vart utarbeidd detaljerte føreskrifter for korleis det skulle gjerast, med minst mogeleg vatn. Det var spesielt grunnskulesystemet i Paris som fekk i oppgåve å lære dei fattige arbeidarane å vaske seg. Denne undervisninga var gjerne tett samanfletta med moralske og religiøse instruksjonar. Det dreidde seg i stor grad om rett levesett. Den som blei vane til reinsemd, fekk vanen med orden og disiplin (Vigarello 1988: 191-198).

Det var ikkje berre i England og Frankrike ein begynte å argumentere for at fattigfolk burde vaske seg meir i siste halvdel av 1800-talet. Det same skjedde i Noreg. I forlenginga av helselova blei det oppretta *Sunnhetskommisjonar* i alle norske kommunar i 1860. Desse kommisjonane skulle syte for både betra sanitære tilhøve og opplysning (Schiøtz 2003: 81-92). Opplysningstankegangen byggjer på ein idé om at menneske er fornuftige vesen som gjer det rette når det veit kva som er rett. Når menneske ikkje brukar fornufta si til å leva sunt og godt, skuldast det mangelfull kunnskap, derfor må menneske opplystast. Opplysningstanken stod sterkt i Vesten frå 1700-talet og til langt ut på 1800-talet. Med meir opplysning meinte ein at menneska automatisk vart meir moralske og nyttige (Mathisen 2006: 59-66, Skirbekk og Gilje 1987: 373-380).

Sunnhetskommisjonane blei eit slags kommunestyre for seg sjølv, men her med legen som ordførar. Frå den vesle vestlandskommunen Volda veit me at legane omtalte hygien, ikkje minst den personlege hygien, som eit forferdeleg rot og griseri. Spesielt kvinnene fekk gjennomgå. Reinsemda var primært deira ansvar. Legane ville ha slutt på dette elendige stellet. Derfor gav helserådet i Volda ut skriftelege formaningar om å halda hus og kroppar reine. Dei som utmerkte seg i reinsemd vart premierte, og det var legane og borgarskapet som visste kva som var korrekt reinsemd. Det var ikkje berre legane som opplyste folk om korleis

dei skulle vaske og stelle kroppande sine, grunnskulelæraren var også ein sentral aktør i dette arbeidet. I 1860, same året som Noreg fekk helselova, fekk landet lov om allminneleg skulegong. Denne lova skulle ta hand om den åndelege danninga, medan helselova skulle ta hand om den fysiske sida av saka. Både kropp og ånd skulle kultiverast. Det blei lagt stor vekt på skulen si oppdragande kraft. Dei viktigaste dygdene var orden og reinsemd. Fyrst med lekam og hus i orden blei ein sett på som eit anstendig menneske (Nerbøvik 2004: 343-354, 385-392).

Medan det gjerne var menn som utforma hygienereglementa, fekk husmødrene hovudansvaret for å syte for at dei vart etterlevde, i form av reine heimar og kroppar. Husmødrene blei hygieneagentar. Det argumenterer Karin Ericson for i ei masteroppgåve i historie om hygienisering av kvinner i perioden 1888-1910. Ved å skapa reine og ryddige heimar skulle dei vera med på å heve hygienestandarden i samfunnet (Ericson 2007). For å gje argumentasjonen for meir vasking tyngde blei det utlyst ei vitskapleg prisoppgåve som skulle kaste lys over det *kvindelige stell* på Vestlandet på 1860-talet. Forskinga skulle dokumentere den ufyselige ureinsemda som legestanden meinte var så utbreidd på landsbygda, og som burde forkastast til fordel for hygieniske standardar. Det skulle samstundes vera ein dokumentasjon på at kvinnene, som blei rekna som ansvarlege for reinsemda, forsømde arbeidet med å leggje til rette for den orden og reinsemd som danna grunnlaget for *den sande Økonomi*. I forarbeidet til prisoppgåva stod det:

Det er en ... almindelig Klage, at kvinden navnlig – om end ikke udelukkende - blant Almuen saavel i By som på Land, ikkje er sit vigtige Kald voxen, saa at Hjemmet altfor ofte maa savne den ordnende og ledende Haand, der fornemmelig skulde berede dets Hygge, Børnene den Pleie og Opdragelse, som et velordnet og ret Hjem alene kan skjænke, Husvæsenet den Orden, Renlighed og Samvirken af alle Kræfter, som er en nødvendig Betingelse for den sande Økonomi, og Manden ikke finder den Medhjelp, som Kvinden efter det christelige Ægteskabs Ide skulde være ham” (Christophersen 1975: IX).

I enkelte vestlandsbygder var det mange spedalske. Legane meinte at årsaka var den utbreidde ureinsemda, og overlege og naturforskar Daniel C. Danielssen ved hospitalet for spedalske i Bergen skreiv i 1854 at ureinsemd er ein av kystfolket sine hesligaste vanar. Den trengde igjennom over alt, både på kroppen, på kledda, i husa osv., og det var denne ureinsemda forskinga skulle dokumentere (Christophersen 1975: IX).

Sundt (1975/1869: 300) svarte på prisoppgåva gjennom studien *Om renligheds-stellet i Norge*. Han som i utgangspunktet hadde støtta legane og *Sunnhetskommisjonane* sitt syn på bygdefolk si ufyslege ureinsemd, endra syn etter kvart som han såg kor fattige bygdefolk var og kor lite dei hadde å klare seg med. Folk flest hadde verken vaskefat, handdukar eller såpe (Sundt 1975/1869: 300). Sundt som hadde trudd at opplysning og økonomisk vekst ville føre til velstandsutvikling og løyse samfunnsproblema, erkjente gjennom forskinga si at auka produktivitet, som førte til auka forbruk, medførte meir fattigdom og større klasseforskjellar, både økonomisk og moralsk (Seip 1983: 37, 51-54, 81).

Han forsvarte kvinnene som blei rekna for ansvarlege for reinsemda, og argumenterte for at dei gjorde best det beste ut av dei vanskelege levkåra (Sundt 1975/1869: 11-20). Han hadde vore ein ihuga opplysningsmann, men trudde ikkje lenger at det var eit gode at opplysning om reinsemd skulle sive ovanfrå frå legane og nedover i samfunnet. Legane si opplysningstenkjing formidla gjerne ei nedlatande haldning til vanlege folk si reinsemd. Sundt tilbakeviste Danielsen sine påstandar om at manglande reinsemd var årsaka til at mange vart spedalske i Sunnfjord. Då Sundt kom dit i 1864 såg han snart at skildringar av det vanstell og den tankeløysa som skulle rå der, ikkje stemde med røynda. Tvert om fekk han eit godt inntrykk av reinsemda og av heile det *kvindelige stell* i Sunnfjord (Christophersen 1975: VIII). Sundt var kritisk til dei legeleia *Sunnhetskommisjonane* sine krav som innebar at folk med dårleg kosthald og klededrakt og hardt arbeid skulle leggje seg til kroppslege vaskevanar som engelske storfolk kunne trenge som ei slags motvekt mot deira overdådige levemåte. Han viste til at personar som hadde gjennomgått kurbad eller berre hadde vaska kroppen med kaldt vatn ei tid hadde erfart at slik avkjøling kunne ta på kreftene. Det var ikkje det at Sundt argumenterte mot meir vasking, men han trudde ikkje at det var til noko merkbart tap for helsa om så ikkje skjedde. Sundt meinte at legane ikkje kunne krevja så omfattande vasking av folket i kraft av stillinga som *sunnhetspleiens* talsmenn. Vaskepraksisane måtte samsvare med det som vart rekna som anstendig blant folk i arbeidssamanheng og i omgang med huslyden og dei nærmaste naboane (Sundt 1975/1869: 328).

Sundt (1975/1869: 309-311) tilbakeviste at lågt såpeforbruk i Noreg var eit uttrykk for at folk var ureinslege. At det blei kjøpt lite såpe var ikkje uttrykk for at folk ikkje var nøye med reinsemda, men for at folk hadde lite pengar å kjøpe for. I staden for kjøpesåpe brukte dei gjerne oskelut eller fiskesodd. Det beste av dei to var oskelut, men i kystbygder med lite skog

brukte dei gjerne fiskesodd, som blei rekna for eit utmerka reingjeringsmiddel. Det blei sagt at ingen ting fjerna sveitte og ureinskap frå hovudet betre enn fiskesodd. Trass i at mange meinte såpe var for dyrt, fekk den gradvis større innpass. Dette kan ha samanheng med at det var kome på moten å barbere vekk skjegget, og til det trongst såpe. Trass i vasking med både lut og såpe var det mange arbeidshender som aldri blei kvite. Dette skuldast arbeidet, og var ikkje uttrykk for ureinskap.

Sundt argumenterte mot legane som gav inntrykk av at nordmenn var mykje meir ureinslege enn folk i andre land. Han viste til at Noreg godt tolte å bli samanlikna med Ribe i Danmark og Surrey i England, to stader som vart rekna som svært siviliserte. Sundt meinte at ein måtte vera forsiktig med å trekkje forhasta konklusjonar ut frå aktuelle tal, då det var meir enn ureinsemda som innverka på levetida, og ein måtte vera forsiktige med å dømme altfor ugunstig om reinsemda hjå oss. Han viste til at talet på spedbarn som døydde gjerne vert rekna for ein av dei viktigaste indikatorane på kor langt ein nasjon har kome med omsyn til sivilisasjon, materielt velvere og helsestell, og i den samanhengen viste han til tal frå ei undersøking som var gjennomført av den danske legen J. Bentsen i 1867, der det kom fram at færre spedbarn døydde i Noreg enn i alle andre land som var nemnde i den aktuelle undersøkinga. Langt færre spedbarn døde i Noreg, enn i Danmark, Belgia, Frankrike, England og Tyskland, land som gjerne vart rekna som meir siviliserte enn Noreg den gongen (Sundt 1975/1869: 26-28).

Det var ikkje dette styresmaktene ynskte å høyra, og derfor fekk ikkje Sundt den utlova prisen. Det blei argumentert med at han ikkje hadde svart på oppgåva, men det var vel ikkje det som eigentleg låg bak misnøya med studien, for Sundt hadde dokumentert bygdefolk sine reinsemdspraksisar, men han hadde gjorde det på ein slik måte at det blei kritikk av samfunnsordninga som gjorde bygdefolket fattige, og det var ikkje det makteliten ynskte å høyra. Slik forskning kunne ikkje brukast som argument for å få bygdefolk til å leggje om vaskevanane sine, men heller som argument for politiske endringar. Dette var så trugande for styresmaktene at Sundt verken fekk den utlova prisen eller lov til å halde fram som forskar. Han som hadde studert dei lågare kastar og fattigvesenet med hjelp av offentleg midlar sidan 1850 (dvs. i 19 år), måtte slutte som forskar, trass i at studien om *Om renligheds-stellet i Norge* frå 1869 vert rekna for det det beste arbeidet hans. Utfallet var eit smerteleg slag for Sundt (Christophersen 1975: X, Stenseth 2000: 305).

Det hadde sikkert ikkje vore vanskeleg for Sundt å finna såpass mykje ureinskap i Sunnfjord, at han kunne ha underbygd overlege Danielsen sin teori om at det var ureinsemda i distriktet som var årsaka til at det var så mange spedalske der, og så trong han ikkje seie noko om at det var mange bygder som hadde eit mykje dårlegare stell, men likevel færre spedalske. Om Sundt hadde gjort det, ville han høgst sannsynleg fått midlar til vidare forskning, for eit slikt resultat ville ført til at folk vart redde for å påføre seg sjølv eller andre familiemedlemmar sjukdom, redde for å bli rekna for ureinslege. Denne redsla ville truleg fått dei til å vaske seg meir.

Behovsteorien sin oppkomst i etterkrigstida

I førre kapittel såg me at sjukepleiefaget begynte å argumentere for kroppsvask ved hjelp av behovsteori i den fyrste norske læreboka i grunnleggjande sjukepleie som kom ut etter krigen. Denne argumentasjonen oppstod samstundes med at ein begynte å omtale kroppsvask av pleietrengjande som personleg hygiene. Nedanfor skal me sjå nærare på samfunnskonteksten som desse endringane oppstod i.

Perioden 1945-1970 vert gjerne knytt til gjenreising og utvikling av velferdsstaten, verdier som tryggleik, fridom, likskap og den enkelte borgar si forplikting på solidaritet og fellesskap. Materielle framsteg og utjamning var prioriterte politiske mål. Økonomisk vekst finansierte velferda, og styresmaktene henta velferdsmidlane dei trong gjennom skattesetelen (Schiøtz 2003: 310-311). Helse-, trygde- og sosialpolitikken blei eit av dei sterkaste vekstområda, ikkje berre i Noreg, men generelt i vesteuropeiske land i etterkrigstida. Dette skriv historikaren Kari Melby (1990: 164).

Sjukehusbygging blei eit prioritert område, og det fann stad ein stor kvantitativ sjukehusvekst i 1950-60 åra. Denne veksten kunne ikkje demme opp for krava som medisinsk utvikling hadde skapt, med spesialisering og høg teknisk standard ved sjukehusa, og på starten av 1960-talet pressa legane på for at sjukehusa skulle bli meir i samsvar med deira spesialiseringsbehov. Høgare sjukehusstandard møtte ikkje behova til eldre pleietrengjande, og i 1955 blei det slått fast at eldre som ikkje trong medisinsk behandling, ikkje skulle liggje i kostbare akuttsjukehus senger. I staden skulle dei få tilbod om sjukeheims plass, og dette stimulerte til sjukeheimsutbygging (Martinsen 2003/1989: 208-214). I førre kapittel såg me at

det blei eit skilje mellom pleie- og behandlingstutitusjonar midt på 1800-talet, og pleieinstitusjonane som vaks fram i Noreg kring midten av 1800-talet var eit nokså stabilt pleietilbod fram til 1950. På den tida endra ein namnet på mange slike institusjonar til sjukeheim. Denne endringa hadde samanheng med at spesielt legane meinte det passive namnet pleieheim måtte erstattast med det aktive namnet sjukeheim. Den norske sjukepleieforskaren Solveig Hauge (2004: 13-20) skriv at sjukdom var knytt til aktiv behandling.

Legane prioriterte arbeid i akuttsjukehusa, og sjukepleiarane fylgde legane. I 1955 arbeidde 70% av dei yrkesaktive sjukepleiarane i slike institusjonar, i 1965 hadde talet auka til 85%. Stor etterspurnad etter sjukepleiarar i sjukehusa, kombinert med kortare arbeidsdag og låg yrkesaktivitet i sjukepleiargruppa, resulterte i sjukepleiarmangel. I 1955 var 27,3 % av dei registrerte sjukepleiarane i arbeid. Det var ikkje berre sjukepleiarmangel, ein hadde for få legar også. Mangel på helsepersonell var med på å bremse vidare utbygging av det norske helsevesenet. For å avhjelpe legemangelen kunne utdanningskapasiteten aukast, men det var ei dårleg løysing for sjukepleiarmangelen, for der var det store rekrutteringsproblem og låg yrkesaktivitet etter avslutta utdanning. I 1958-59 var det registrert 15000 sjukepleiarar i Noreg, men mindre enn 10 000 var yrkesaktive (Martinsen 2003/1989: 211-221, Melby 1990: 165).

Låg yrkesdeltaking kunne vera ein protest mot dårlege arbeidsvilkår. Sjukepleie hadde vore rekna for å vera eit livskall og ikkje eit vanleg yrke. Dette kallet innebar eit liv innanfor institusjonen sine veggar, der arbeid og privatliv gjekk i eitt. Tilværet hadde mange likskapar med nonnelivet (Schjøtz 2003: 456). I etterkrigstida var det vanskeleg å rekruttere til eit yrke som innebar institusjonsliv, ugunstig arbeidstid, låg løn, ekteskapsrestriksjonar og generelt liten grad av personleg fridom. Medlemmane i *Norsk Sykepleierforbund* (NSF) kravde eit meir offensivt forbund som kunne vera med på å betre lønns- og arbeidstilhøva, og gradvis blei sjukepleiaryrket meir likt andre yrke. Pleiarane, som hadde tilhøyrt organisasjonen og institusjonen som hadde gitt dei utdanning, fekk betre bustader og løn, kortare arbeidstid, dei kunne velje kvar dei ville arbeide, og dei fekk fridom til å gifte seg. Dette skulle gjera det meir attraktivt å søkje seg til yrket og å forbli yrkesaktiv, og skulle stimulere menn til å bli sjukepleiarar. I 1948 blei namnet sjukepleierske endra til sjukepleiar, og i 1949 begynte ein å ta opp mannlege elevar i sjukepleiarskulane (Melby 1990: 176-190).

Eit anna moment som skulle gjera det meir attraktivt å vera sjukepleiar var statusheving gjennom profesjonalisering. I den samanhengen blei einskapleg utdanning, indre kontroll, avgrensing mot andre yrke og teoretisk kunnskapsgrunnlag spesielt viktige aspekt, og autorisasjonslova frå 1948 nedfelte sjukepleiarforbundet sitt krav om 3-årig utdanning for alle sjukepleiarar. Lova trekte også opp klarare grenser mellom sjukepleiarar og anna pleiepersonale. Før 1960 var skulane meir eller mindre underlagt sjukehusa, og forstandarinna ved sjukehuset var leiar for sjukepleieskulane også. I 1960 blei det vedteke ei lov som gjorde skulane økonomisk uavhengige av sjukehusa, og denne lova la grunnlaget for at sjukepleieutdanninga i større grad kunne formast uavhengig av sjukehusa og legane. I den samanhengen blei det argumentert for meir teoretisk undervisning, som skulle gjera sjukepleie til eit sjølvstendig fag med høg status. I 1962 blei timetalet i teori fordobla, og det blei lovfesta at sjukepleiarane sjølve skulle stå for over halvparten av teoriundervisninga (Melby 1990: 199-211, Pfeiffer 1985: 57-60).

Den auka vekta som blei lagd på teori kjem tydeleg til uttrykk i det fyrste norske læreverket i sjukepleie som kom ut etter krigen. Det omfatta 12 bøker, medan føregåande redaktør (Jervell 1942/1941, 1944/1941) hadde klart seg med 2 bøker. Vidare hadde læreverket sjukepleiar Kjellaug Lerheim som redaktør. Såleis markerte det slutten på tradisjonen med at legar var redaktørar for sjukepleiarane sine lærebøker i grunnleggjande sjukepleie. Det hadde dei vore heilt frå 1901 (Waage 1901, Grøn og Widerøe 1921, Jervell 1944/1941, 1942/1941). Sjølv om lærebøkene til NSF hadde ein sjukepleiar som redaktør, var legar framleis med som forfattarar, og kapittelet om hygiene var utforma av legen Natvig etter nøyaktig same lest som i læreboka til Jervell (1944/1941).

For å bli ein profesjon måtte sjukepleiefaget ha eit teoretisk fundament og drive forskning, og i etterkrigstida begynte NSF å argumentere for at forskning var viktig for å sikre kvaliteten til sjukepleiepraksisen og for å gjera sjukepleia til ein profesjon. Ved å omtale sjukepleia som profesjon skulle ein signalisere kvalitet. Vidare hadde ein profesjon tydelege grenser og definert innhald som avgrensa sjukepleie frå andre yrke, og det signaliserte at sjukepleie var eit sjølvstendig yrke, slik som for eksempel legeyrket. I samband med profesjonaliseringa lyste NSF ut stipend i perioden 1950-70 for å få norske sjukepleiarar til å reise til USA og studere sjukepleie ved *Teachers College, Columbia University, New York*. Lærarane ved

Norges Sykepleierhøgskole var tydeleg inspirerte av USA, og gjennom undervisning av framtida sine sjukepleielærarar og administratorar kom amerikansk sjukepleietenkjing til å prege norsk sjukepleie. Dei som hadde vore i USA førte forskning inn i norsk sjukepleie. I 1964 stifta NSF forskingskomite, med forbundsleiar Helga Dagsland i spissen (Dagsland 1965). I 1966 arrangerte forbundet sitt fyrste forskingskurs, og Melby (1990) argumenterer for at programmet viste at sjukepleiefaget ynskte å knyte seg til den samfunnsvitskaplege forskinga, og ikkje til den medisinske. Fagbladet *Sykepleien* begynte å trykkje artiklar om sjukepleieforskning desse åra, og i 1965 begynte NSF å diskutere korleis høgare sjukepleiarutdanning kunne integrerast i det offentlege skuleverket og førast opp på eit akademisk plan, og det blei fremma forslag om å opprette sjukepleieinstitutt på universitetsnivå (Melby 1990: 273-282).

Som ein lekk i profesjonaliseringsarbeidet var det avgjerande å få klarlagt sjukepleiefaget sin eigenart, og i den samanhengen blei det utforma fleire sjukepleieteoriar i USA i etterkrigstida. Desse teoriane fekk norske sjukepleiarar kjennskap til når dei studerte i USA. Etterkrigsteoriane la vekt på at pasienten var eit menneske, ikkje berre ein diagnose, og som me såg i førre kapittel fekk Henderson sin behovsteori internasjonalt gjennomslag i 1960 (Mathisen 2006: 145). Gjennom vitskap og teoriar skulle etterkrigssjukepleia heve statusen sin og markere seg som sjølvstendig profesjon. Denne tendensen ser ikkje ut for å vera noko særnorsk fenomen, for den danske sjukepleieforskaren Kirsten Beedholm (2002: 152-194) argumenterer for at danske lærebøker også poengterte sjukepleiaren sin sjølvstendige posisjon i etterkrigstida.

Samstundes som profesjonaliseringsargumentasjonen oppstod, begynte sjukepleiefaget å argumentere for faget med utgangspunkt i behovsteori, og hygieneperspektivet blei tona ned. Desse endringane oppstod etter at antibiotika hadde blitt allment tilgjengeleg. Alexander Flemming oppdaga rett nok penicillinet allereie i 1928, men det var fyrst i 1944 at middelet kom i allminneleg bruk over heile den vestlege verda (Elstrøm 2002: 22, Hovig og Lystad 2001: 11-12). Den nye situasjonen som antibiotika skapte, kan ha vore med på å skapa rom for sjukepleiefaget si profilering som eit sjølvstendig humanistisk fag, med ei samtidig markering av distanse til naturvitskapleg medisin. Det kan sjå ut for at legane også tona ned hygiene etter krigen. I 1951 vert sosialmedisin utskild frå samfunnshygiene, men i fylgje Schiøtz (2003: 443) er det vanskeleg å få grep om kvar skiljet mellom dei går. Kanskje både

penicillinet og rasehygiene gjorde det problematisk å ha hygiene som fundament i både medisin og sjukepleie i etterkrigstida? Ein måtte kanskje finna ord og grunngevingar som gav andre assosiasjonar, og prøve å avgrense bruken av ordet hygiene?

Det kan vidare vera mogeleg å tenkje seg at blei vanskelegare å argumentere for at pleietrengjande burde vaskast av pleiarar med treårig utdanning og solid hygienekunnskap, etter at ein hadde fått antibiotika. I etterkrigstida vart det i alle høve forventa at ein overlet enklare pleieoppgåver til hjelpepersonell, slik at sjukepleiarane kunne frigjerast til teknisk spesialiserte oppgåver. Det hadde vore hjelpepersonell i sjukepleia tidlegare også, men det nye var at desse hjelparane fekk formalisert utdanning. Sjukepleiarforbundet gjekk med på ei slik ordning som ei mellombels kriseløysing, og i 1963 starta den fyrste hjelpepleiarutdanninga. Sjukepleiarane skulle stå for mesteparten av undervisninga og rettleiinga (Martinsen 2003/1989: 211-221, Melby 1990: 165, 205). I 1968 var det 31 hjelpepleiariskular i Noreg, med ein samla elevmasse på 1358 (Schiøtz 2003: 466).

Samstundes som ein ynskte seg fleire yrkesaktive kvinner i etterkrigstida, vart det forventa at gifte kvinner var heime på heiltid og stelte for mann og barn. Hygiene hadde ein sentral plass i husmødrene sitt virke, og dei blei utsette for massiv propaganda gjennom bøker, filmar, vekeblad, helsestasjonar og andre instansar. Idealkjøkkenet var reint som eit laboratorium. Slike kjøkken kravde vatn, og innlagt vatn blei stadig vanlegare i Noreg i 1950 og 1960 åra (Schiøtz 2003: 410-413). Sjølv om det blei vanleg at etterkrigshusa hadde innlagt vatn, skulle det likevel ta tid før det blei vanleg med bad, så kroppsvask gjekk vanlegvis føre seg i opphaldsrom, på kjøkken eller soverom, ved hjelp av vaskefat og klut. Det viser i alle høve den etnologiske hovudfagsstudien til Kristin Dæhlie (2006: 96-99) om reinsemd i Alvdal. I 1959 hadde 18% av norske husvære bad. Sosiolog Pål Augestad (2005b: 251-252) viser til at berre 6% av norske husvære hadde bad i 1947, og ein gjekk ut i frå at folk flest bada 2-3 gongar i året. For å venja norske barn til å halde kroppane reine trass i manglande vaskefasilitetar i heimane, blei det sett i verk eit storstilt arbeid for å utstyre skulane med bad i perioden 1925-1960, og det blei obligatorisk å dusje etter gymnastikktimane. I tillegg blei det bygd offentlege bad (Johnsen 2004: 158). Private bad var det vanlegvis berre velstående folk som hadde i Noreg (Økland 2000: 15). Før 1960 plasserte gjerne folk på landsbygda badet i kjellaren. Det viser studien til historikar Nils Tore Selseth (1995: 29-37) om kroppsvask i Trøndelag. Det var fyrst på 1960-talet det blei vanleg å installere bad i fyrste

eller andre etasje i trønderhusa. At det tok tid før bad blei allment tilgjengelege, er ikkje noko særnorsk fenomen. Sjølv om regelmessig vasking og bading vart ein del av den daglege rutinen i middelklassen i USA frå 1850, og bad blei standard i middelklassehusa kring 1900, var det fyrst etter den andre verdskrigen at bad blei vanleg i amerikanske og europeiske arbeidarklasseheimar, og det var fyrst etter 1980 at det blei vanleg at denne delen av folket bada oftare enn ein gong i veka. Det kosta å varme vatn (Twigg 2000: 32-38).

Politiske rammer kring kroppsvask i sjukepleia i vår tid

Ovanfor har me sett på rammene kring oppkomsten til faglært sjukepleie, hygiene- og behovsteori. Nedanfor skal me sjå på nærare på den politiske konteksten kring kroppsvask i sjukepleia i vår tid.

I førre kapittel såg me ein begynte å omtale pleieinstitusjonar som sjukeheimar på midten av 1950-talet, for at dei skulle bli assosiert med sjukdomsbehandling, men sjukeheimane har fyrst og fremst fungert som stader der pleietrengjande har budd, og i liten grad som medisinske behandlingsinstitusjonar. I tillegg har dei fungert som avlasting for familiane til pleietrengjande og som rehabiliteringstilbod. Dei siste åra har det vore gjennomført eit storstilt arbeidet for at dei som er på sjukeheim skal ha eige rom. Dette har samstundes vore ein lekk i arbeidet med å gjera sjukeheimane meir heimlege og mindre sjukehusprega. Dette fortel Hauge (2004: 13-20) i si avhandling om sjukeheimen som heim. Sjukepleiar og sosialantropolog Frode Falnes Jacobsen problematiserer at det som er heim for dei pleietrengjande, samstundes er arbeidsplass for pleiarane (Jacobsen 2004: 233-251).

Ved utgangen av 2001 budde totalt 36 958 personar i Noreg i institusjonar for eldre og funksjonshemma. I 2005 blei det offentleggjort ein rapport på bakgrunn av ei kartlegging av 40 sjukeheimar i Hedmark. Undersøkinga blei gjennomført av Helle Østvedt og Torkel Bache. Sist nemnde var leiar for Helseutvalget i Norsk Pensjonistforbund i Hedmark, medan Østvedt var sekretær i same forbundet då undersøkinga blei gjennomført. Studien viste at det budde til saman 1458 pasientar ved sjukeheimsinstitusjonane i fylket, og av dei var 89,4 % fastbuande, medan 10,6 % var på korttidsopphald. I fylgje Sosial- og helsedepartementet sine kvalitetsforskrifter frå 1999 har dei som treng langtidsopphald rett til å velje einerom. I Hedmark budde 84,6 % på enkeltrom, 13,6 % på dobbeltrom og 1,8 % i leilegheiter. Dei fleste av dei som ikkje hadde enkeltrom ynskte å ha det, men mangel på plassar og

overbelegg på enkelte sjukeheimar førte til at ikkje alle kunne velje buform. 78,6% av dei fastbuande ved sjukeheimane i Hedemark var over 80 år. Somatiske sjukeheimar var i utgangspunktet berekna på personar med fysisk funksjonssvikt, men rapporten frå Hedemark i 2005 viser at 61,2 % av dei som budde på sjukeheimane der, hadde diagnosen demens, men det reelle talet var truleg høgare fordi mange kan vera demente utan å ha fått ein diagnose (Bache og Østvedt 2005: 12-40). Legane Tor Erling Dahl og Sabine Ruths reknar med at over 70% av dei som bur i sjukeheimane er demente (Dahl 2005: 177, Ruths 2005: 1191).

Etter at heimesjukepleia blei kraftig utbygd på 1980-talet, har det utvikla det seg ein kultur der berre dei mest pleietrengjande får plass på sjukeheimane. Den høge terskelen for å få institusjonsplass inneber at dei fleste pleietrengjande i Noreg vert pleidde heime av familien og heimesjukepleia. Hovudårsaka til den kraftige utbygginga av heimesjukepleietenestene, var at det var rimelegare å la sjuke bu heime så lenge som råd. *LEON-prinsippet (Lågaste effektive omsorgsnivå)* kallar ein det økonomiske prinsippet som har vore rådande i norsk helsevesen sidan midten av 1970-talet. Det er nedfelt i Stortingsmelding nr 9 (1974-1975), og står for lågast effektive omsorgsnivå i hierarkiet av spesialiserte heimetenester og så nær heimen som mogeleg. Dette skriv sjukepleiar og sosiolog Herdis Alvsvåg og sosiolog Anne Tache-Nilsen (1999: 15) i boka *Den skjulte reformen*.

Mange av dei som arbeider i den kommunale pleiesektoren er kvinner med låg/inga utdanning. Som me såg ovanfor begynte ein å utdanna hjelpepleiarar i Noreg i 1963. I 1999 var 33 % av pleiarane som arbeidde i Bergen kommune ufaglærte, 5 % var faglærte omsorgsarbeidarar, 37% hjelpepleiarar og 25 % hadde høgskuleutdanning. I dag er det få som vel hjelpepleiaryrket. Utdanninga var ein stor suksess i 32 år, og trekte til seg mange godt vaksne kvinner. Det var ei praktisk retta utdanning som skulle vera eit billeg supplement til den 3-årige sjukepleieutdanninga. Forskar Håkon Høst (2002) har studert rekrutteringsproblema, og han lurar på om dei kan ha samanheng med at hjelpepleiarutdanningane er blitt vidaregåande utdanningar. Ein kan vel like gjerne tenkje seg at høgare utdanningsnivå generelt i det norske samfunnet har gitt norske kvinner rom for å velje vekk kroppsnært arbeid med låg løn og dårlege arbeidsvilkår. I rapporten *Velferdspolitikken ved reises slutt* argumenterer antropologane Halvard Vike og Heidi Haukelien (2007) for at den norske eldreomsorgspolitikken er systematisk hyklerisk, fordi ansvarlege politikarar ikkje ser seg råd til nødvendig kompetanse, og fordi eldreomsorg vert

brukt som salderingspost, men det er svært sjeldan enkelte tenester eksplisitt vert nedprioritert. I staden vert ressursane fordelte på fleire brukarar, og det er dei tilsette som får ansvaret for å gjera dei vanskelege prioriteringane, og det er også dei tilsette som vert ansvarlege for pleietenestene sin kvalitet.

I tillegg til mykje ansvar, er arbeidsvilkåra til pleiarane dårlegare enn i mange andre yrke. Pleiarar som arbeider skift i helsesektoren har 2 veker lengre arbeidsår enn dei som arbeider skift i industrien, trass i at slik forskjellsbehandling er ulovleg. Dette er mykje omtalt på nettsidene til *Norsk Sykepleierforbund* (Stormyr 2006). Mange pleiarar har problem med å få fast arbeid og 100% stilling, fordi ein kan spare pengar på å tilsetje fleire pleiarar i reduserte stillingar. Fleire av rapportane frå *Makt- og demokratiutredningen 1998-2003* understrekar dei vanskelege arbeidsvilkåra i dei kvinnedominerte pleietenestene (Isaksen 2003, Solheim og Ellingsæter 2002, Vike 2003, Dahle og Thorsen 2004). Analysane avisa *Bergens Tidende* gjorde av likningsopplysningar frå 2005 viser at menn i Hordaland tente nesten dobbelt så mykje som kvinner, og lønnsforskjellen mellom menn og kvinner aukar. Denne tendensen er landsomfattande (Pedersen 2006). Lønnsulikskapane mellom menn og kvinner er med andre ord like store som på slutten av 1800-talet (jf. ovanfor). Låg betaling for pleiearbeid er ikkje med på å redusera lønnsulikskapane.

Fysioterapeut Ranveig Dahle og sosiolog Lise Widding Isaksen har i ei årrekke problematisert den låge statusen kroppsleg pleiearbeid har, spesielt arbeidet med eldre. Dei argumenterer for at dei nedlatane haldningane til slikt arbeid har samanheng med at det vert rekna for skite på grunn av den intime kontakten det inneber med andre sine kroppar og kroppsprodukt (Dahle 1999, 2005, Isaksen 1994, 2000, Dahle og Isaksen 2000). Ein studie som blei utført av *SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning* i 2003, viste at 94% av dei pleietrengjande i sjukeheimar og heimesjukepleia hadde nedsett evne til av- og påkledning og/eller kroppsvask, 81% hadde nedsett evne til toalettbesøk grunna fysisk immobilitet, 69% mangla kontroll over urin og avføring og 77% trong hjelp til å stelle munn/tenner (Hofseth og Norvoll 2003). Å hjelpe andre med slike gjeremål vert rekna for genuint kvinneleg arbeid som det er uverdigg for menn på utføre. Menn som utfører slike pleieoppgåver kan bli mistenkte for å vera homoseksuelle. I Noreg er cirka 7% av sjukepleiarar menn. Det fins fleire bøker og artiklar som problematiserer fråveret av menn i pleieyrka (Isaksen 2003: 162-184, Bakken 2001, Bakken 2004 og Boge 2001).

Sjølv om arbeidet med å vaske andre har låg status, er det ikkje sikkert at pleiarane tykkjer det er så ille å arbeide med andre sine kroppar/kroppsslege utsondringar. Ei dansk undersøking som vart utført av *Institutt for Sunhedsvæsen* viste i alle høve at sjukepleiarane skulle ynskt at arbeidet var organisert slik at dei både kunne gjennomføre medisinsk behandling og utføre den direkte kroppsslege pleia sjølve. Dei sakna meir kontakt med pleietrengjande, og ynskte å bruke mindre tid til administrering, koordinering, dokumentasjon og medisinerer. Men i danske sjukehus rekna ein det for mest effektivt å la sjukepleiarane konsentrere seg om behandling, og å overlata kroppsspleia til personale med mindre utdanning. Dette førte til at sjukepleiarane fekk lite fysisk kontakt med dei pleietrengjande, og dei sette seg mest aldri ned for å snakke med dei. I staden brukte dei mykje av tida si til oppgåver som var direkte retta mot medisinsk behandling, til å gå legevisitt og fylgje opp legane sine instruksjonar, og ikkje minst til å koordinere. Sjukepleiarane løyste eit breitt spekter av oppgåver, og kvardagen var prega av anstrengjande samarbeidsrelasjonar (Holm-Petersen et al. 2006: 7-18).

Rapporten, som var basert på intervju og observasjon på tre danske medisinske avdelingar ved tre ulike sjukehus, blei omtalt i det danske politiske magasinet *Mandat*, som diskuterte om sjukepleiarutdanninga burde leggje større vekt på å lære sjukepleiarane å leva livet som *blekksprut*, samstundes som omsorgsperspektivet kanskje burde tonast ned, elles var dei redde for at sjukepleiarane kunne bli frustrerte og utbrente. Dei viste til at stram produksjonsorientering i sjukehusa og stort press på å få flest mogeleg pasientar igjennom på kortast mogeleg tid gjorde sjukepleiarane sitt ynskje om meir tid til sjuke og pleietrengjande urealistisk (Jensen 2006). Å leva som *blekksprut* såg ut for å innebære at sjukepleiarane samarbeider med ei heil rekkje personar og instansar, og dessutan utfører medisinsk behandling på ein slik måte at institusjonen produserte flest mogeleg utskrivingsklare einingar på kortast mogeleg tid. Innanfor denne ramma var det lite rom for slikt direkte kroppssleg pleiarbeid som kroppsvask.

Dei økonomiske tenkjemåtane som styrer helsevesenet i vår tid er inspirert av *New Public Management* (NPM). Medan liberalistisk økonomi baserte seg på førestillingar om at kapitalen kunne aukast gjennom handel og produksjon (jf. ovanfor), blei menneska sjølve kapital i NPM: ein kvar blei ein *capitalist* som skulle auke sin eigen menneskelege kapital

gjennom investeringar i seg sjølv (Utaker 2005: 25). I fylgje sosiolog Roar Hagen (2006: 205-211-215) tidfestar ein gjerne opphavet til NPM til starten av 1980-talet, og stadfestar den til England. Derifrå spreidde fenomenet seg til USA, Australia, New Zealand, til ein del utviklingsland, og etter kvart har det begynt å spela ei politisk rolle på det europeiske kontinentet også, kanskje spesielt i Nederland, men også i Danmark og Noreg. I fyrste omgang var det gjerne konservative parti som støtta seg til NPM, men etter kvar har sosialdemokratane også teke til seg det same tankegodset. Kjernen i NPM er nokre få og enkle premisser om at samfunnet består av menneske som er rasjonelle og maksimerer eiga nytte, og det er ikkje uvanleg å leggje til at aktørane er egoistiske og prioriterer eigne interesser framfor kollektive omsyn. Det vil seie at dei gjer det som lønner seg mest. I NPM-perspektivet er velferdsstaten for stor, for kostbar, ineffektiv og tek for lite omsyn til den enkelte sine behov. For at offentleg sektor skal bli meir effektiv, vert det argumentert for at den bør gjerast meir lik privat sektor. I denne tenkjinga skal dei politiske systema framleis syte for innbyggjarane si velferd, men det skal skje på andre måtar, blant anna gjennom privatisering. Det vil seie at staten seier frå seg ansvaret for samfunnsoppgåver og overlet ansvaret til marknaden og det private initiativet. Staten skal også syte for velferd gjennom konkurranseutsetting. Då har staten ansvaret for finansieringa, men det er marknaden som avgjer om det er offentlege eller private bedrifter som skal produsere godet. Ein sentral del av reformpolitikken tek sikte på å auke produktiviteten og effektiviteten i den offentlege produksjonen av velferdstenester ved å skape marknadslignande mekanismar i offentleg sektor (Hagen 2006). Denne måten å organisere helsetenester på kan gje inntrykk av at det er den pleietrengjande sjølv som avgjer kva hjelp vedkomande treng, men tanken bak er kanskje ikkje fyrst og fremst omtanken for den enkelte pleietrengjande, men styresmaktene sin trong for større kontroll over helsetenestene. Denne kontrollen prøver dei å skaffe seg ved å standardisere behandlinga mest mogeleg, slik at helsevesenet lettare let seg styre av politikarar og makthavarar, og i mindre grad av fagfolk og skjønn (Martinsen 2005: 115-133, Osborne 1996: 259-288).

Samstundes som den enkelte kan få inntrykk av å vera autonome med omsyn til val av helseprofil, legg styresmaktene ned eit stort arbeid for å få populasjonen til å velja livsstilar som tener samfunnsøkonomien. Til dagleg kan det vera vanskeleg å få auge på de politiske styringa av kroppen, men ernæringsstudien til den norske samfunnsforskaren Pål Augestad (2005a) får tydeleg fram det finurlege og kompliserte politiske spelet som kroppen er omslutta av. I artikkelen *Resept for et sunnere Norge*, brukar han *Statens råd for ernæring og*

fysisk aktivitet (SEF) som eksempel på korleis stat, kropp og forskning er samankopla i vår tid. Dette rådet blei etablert av regjeringa i 1998, og formålet var betre helse gjennom opplysning og overvaking. Rådet sorterer under helse- og sosialdirektoratet, og er fagleg underlagt Sosialdepartementet og Helsedepartementet. I dette rådet er ernæringsfysiologar, gynekologar, landbruksøkonomar, legar, idrettsmedisintrar, fysioterapeutar, tannlegar osv. spleisa saman med forvaltningsapparatet, og her får dei høve til å omdanne fagleg innsikt til konkrete, politiske tiltak. SEF har rekna ut at staten vil spare mange millionar kroner ved at folk et sunnare mat og er i fysisk aktivitet. I tillegg til denne alliansen med eksterne ekspertar har sosial- og helsedirektoratet bygd opp ein eigen kunnskapsdivisjon med 36 fagstillingar/forskarar som skal finna, vurdere og bruke forskingsbasert kunnskap slik at dei politiske avgjerslene vert baserte på påliteleg dokumentasjon. Ein treng ikkje vera så fantasifull for å skjønne at desse forskarane helst bør finna fram til forskning som underbygger staten sitt syn på aktivitet og ernæring.

Med vitskapleg tyngd kan det utarbeidast informasjonsmateriell om staten sine forventingar med omsyn til populasjonen sitt kosthald. På same vis kan det utarbeidast materiell om korleis innbyggjarane bør vaske seg, og i offentlege skriv frå vår tid er det nedfelt forventingar om dagleg dusj. Dette kjem tydeleg til uttrykk i to hefte som *Habiliteringstenesta for vaksne* i Hedmark laga med støtte av Statens helsetilsyn. Den eine brosjyren inneheld detaljerte instruksjonar om korleis menn bør ivareta si personleg hygiene, og det andre inneheldt tilsvarende instruksjonar for kvinner (Fjeld og Olsen 2000a, Fjeld og Olsen 2000b). Desse hefta er utarbeidd på *Åkershagan*, som har lange tradisjonar med omsorg for psykisk utviklingshemma. Ved *Eknes vidaregåande skule*, som driv opplæring av vanskelegstilt ungdom, er det også utarbeidd detaljert og illustrert materiell om korleis ein bør vaske og stelle seg (Skogmo og Faanes 1991). Materiellet er laga i samarbeid med *Rådet for vidaregåande opplæring*. Det ser ut for å vera lite rom for personar som ikkje vil vaske seg i helseinstitusjonar (Aakre 2008: 68-69). Eg kjenner ikkje til studiar om kor ofte nordmenn flest badar/dusjar, men i 1998 rekna ein med at cirka 70 % av dei som budde i England og Tyskland bada eller dusja kvar dag. Tilsvarende tal frå Frankrike var 49%. I Frankrike ser det ut for å vera større toleranse for lukt (Twigg 2000: 32-38).

Styresmaktene brukar ikkje berre eksisterande forskning til å styre populasjonen i bestemte retningar, men staten og andre med makt og pengar avgjer også kva emne og

problemstillingar som er legitime gjennom utlysingstekstar og programområde. Dette resulterer i at forskarane kan prøve å få innpass hos dei som styrer forskingsmidlane når dei er på festar og konferansar. Denne avhengige situasjonen gjer det vanskeleg å drive kritisk forskning i Noreg. Den norske instituttmodellen er i fylgje Iver B. Neumann, forskar og professor i Russlandsstudier ved *Norsk Utenrikspolitisk Institutt* (Nupi), basert på den britiske tradisjonen som har som målsetting at institutta skal vera bindeledd mellom den praktiske og intellektuelle verda: ein driv forskning for staten. Dette vert problematisert i avisa *Morgonbladet* 22.-28. juni 2007 (Raknes 2007). 13 norske forskarar har gitt uttrykk for uro over den ufrie norske forskinga i boka *Hva skal vi med vitenskap?* (Hagen og Johansen 2006).

Som nemnt ovanfor fekk norske sjukepleiarar sitt eige fagforbund i 1911. Vidare såg me at ein begynte å argumentere for at sjukepleie burde vera eit vitenskapsbasert fag i etterkrigstida. I den samanheng ynskte ein å innlemme høgare sjukepleieutdanning i universitetssystemet, og i 1979 blei den fyrste norske universitetsutdanning i sjukepleie oppretta i Bergen (Melby 1990: 280). I dag er norsk sjukepleieutdanning innlemma i bachelor-, master- og doktorgradsstudium på lik linje med andre høgskule- og universitetsutdanningar, og sjukepleiarforbundet er opptekne av å få sjukepleiarar til å arbeide kunnskapsbasert. Det viste seg blant anna på landsmøtet i 2007, der alle deltakarane fekk utdelt boka *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert*, som argumenterer for at lesarane bør gjera seg kjende med tidsskriftet *Evidence-Based Nursing* (Nortvedt 2007). I helsefagleg evidenstenkjing er det studiar som resulterer i talfesta effekt av ulike behandlingsformer som vert rekna for mest evidente, og det er gjerne slik forskning som får tildelt forskingsmidlar. Det er eit hierarki mellom dei ulike forskingsmetodane, og det er eit hierarki mellom ulike måtar å publisere på. Gjennom slike hierarki styrer ein forskinga i visse retningar (Frederiksen et al. 2007, Martinsen 2005, Martinsen og Boge 2004, Boge og Martinsen 2004, Boge og Martinsen 2006). Denne styringa kan vera bakgrunnen for at det fins få studiar om kroppsvask i sjukepleia (jf. kap. 2). Når eg likevel fekk midlar til dette forskingsarbeidet, kan ein ikkje sjå bort frå at det er gjort i von om resultat som kan brukast til å effektivisere kroppsvasken i sjukepleia. Sjølv om denne studien ikkje munnar ut i innsparingsforslag, kan den koma til å bli brukt i ein slik samanheng, for publiserte arbeid kan kven som helst bruke som dei vil.

Kapittel 5: Teoretisk tilnærming og metodiske grep

I dette kapittelet skal eg fyrst gjere greie for den teoretiske ramma kring undersøkingane av tilhøve mellom hygiene-/behovsteori og vaskepraksisar i sjukepleia, for så å gjere greie for metodiske grep.

Forskningsarbeidet er inspirert av Foucault (1994: 225) si vitskaplege tilnærming til studiar av praksisar, og argumentasjonen hans for at slik forskning må omfatte analysar av korleis praksisar *bør vera* og korleis dei *er*. Analysane og drøftingane av korleis vaskepraksisar i sjukepleia *bør vera*, tek utgangspunkt i lærebøker i sjukepleie (Nissen 2000/1877, Kaurin 1879, Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967, Waage 1901 og 1911, Kristoffersen 2004/1996). Analysane og drøftingane av korleis kroppsvask i sjukepleie *er*, baserer seg på observasjonsnotatar og transkriberte intervju frå ein norsk sjukeheim i 2002 og 2006. I tillegg vert ein studie om kroppsvask i Noreg frå 1860-talet brukt som materiale (Sundt 1975/1869). Sundt sin studie handlar ikkje spesielt om kroppsvask i sjukepleia, men den vert brukt til å vise korleis folkelege vaskemåtar nedfelte seg i lærebøker i sjukepleie. Sundt (1975/1869) vert også brukt som materiale om moderne normer for kjønna samkvem ved kroppsvask.

No er det ikkje heilt uproblematisk å la analysane vera inspirerte av Foucault for i fylgje den danske pedagogen Stefan Hermann (2003: 82-83) formulerte han ikkje teoriar som ein kan bruke på empiriske problematikkar, men den danske litteraturforskarer Dag Heede (2000: 11) argumenterer for at Foucault analyserte fram omgrep som andre kan bruke som verktøykassar. I denne studien vert utleggingane hans av disiplinering brukt som inspirasjon ved analyse og drøfting (Foucault 1999/1975, 1995/1976).

Foucault studerte disiplinering i perioden 1970-1984. På den tida var han professor i *tankesystema sin historie* ved pretisjetunge *College de France*, og han var oppteken av korleis ein styrte demokratiske samfunn: korleis ein skapte ro, orden, stabilitet og velferd i samfunn som hylla fridom og borgarrettar. Dette fortel den norske filosofen Espen Schaanning (1993: 401-417). Foucault prøvde å finna svar på undringane sine gjennom studiar av tilhøvet mellom praksisar og kunnskap, og i intervjuet *Question of Method*, som blei publisert etter at han døydde, argumenterer Foucault (1994) for at han nærma seg praksisar som regime. Slike studiar omfattar analyser av *kva ein bør vita*, det vil seie

kunnskap/vitskap/teoriar som praksisane er kopla opp imot. Vidare omfattar dei analysar av preskripsjonar for praksis, det vil seie analysar av *normer/det som bør gjerast* og analysar av korleis praksisar *vert gjort*. Når Foucault for eksempel studerte straffemetodar i fengsla spurte han korleis ein *utfører* avstraffing, vidare analyserte han når praksisar oppstod, og *samfunnskonteksten som gjorde oppkomsten* mogelege.

In the piece of research on the prison, as in other earlier work, the target of analysis wasn't "institutions", "theories", or "ideology" but *practices* – with the aim of grasping the conditions that make these acceptable at a given moment; ...

It is a question of analyzing a "regime of practices" – practices being understood here as places where what is said and what is done, rules imposed and reasons given, the planned and the taken for granted meet and interconnect.

To analyze "regimes of practices" means to analyze programs of conduct that have both prescriptive effects regarding what is to be done (effects of "jurisdiction") and codifying effects regarding what is to be known (effects of "veridiction")

(Foucault 1994: 225).

Denne studien er inspirert av Foucault sine studiar av praksisregime, men analysane og drøftingane er avgrensa til undersøkingar av korleis lærebøker i sjukepleie har argumentert for at pleietrengjande *bør vaskast*, og til analyser og drøftingar av korleis kroppsvask *vert gjort* i ein norsk sjukeheim i vår tid og korleis det blei gjort på norsk landsbygd på 1860-talet. Vidare er utleggingane om hygiene-/behovsteori i kapittel 3 inspirerte av Foucault sin argumentasjon for at analyser av praksisregime bør omfatte undersøkingar av *det ein bør vite*, men dette kapitlet er ikkje basert på vitskaplege analysar. Det er heller ikkje kapittel 4 om samfunnsrammer, som er inspirert av *oppkomststudiane* til Foucault. Kapitlet har fungert som bakgrunn for å arbeide fram ei problemstilling og som kontekstualisering av analysane i kapittel 6.

Foucault sine studiar viser at kroppslege praksisar er noko som har vore problematisert og praktisert på ulike måtar til ulike tider. Ei slik forskingstilnærming vil alltid romme kritikk, fordi ein ser at notidige praksisar ikkje treng vera slik dei er. Den oppløyser førestillingar om naturgitte og uforanderlege storleikar, og viser at det å vera menneske med tilhøyrande praksisar er noko som har hatt ulike tydingar i ulike kulturar og til ulike tider, og at teknologiane ein har brukt til å styre individa har variert. Det tyder ikkje at universelle og uforanderlege storleikar ikkje kan finnast, men det var ikkje slikt Foucault leita etter. Ved hjelp av historisk materiale, sette han tvert om spørsmålsteikn ved det som verka naturleg og

opplagt. Det vert stadfesta av mange som har god kjennskap til Foucault sitt forfatterskap (Eriksen 2000: 258-260 Heede 2000: 49-59, Sandmo 1992: 45, Schaanning 1995: 9, 179-183, Schaanning 2001: 65-71). Foucault (1987: 28) brukte ofte seksualitet som eksempel, men han var ikkje interessert i seksualiteten i seg sjølv, kva som eigentleg var meininga med den eller kva intensjonar som låg bak, men han brukte seksuelle praksisar som eksempel på korleis ein har styrt demokratiske samfunn gjennom samankoplingar mellom kunnskap og kroppslege praksisar (Foucault 1984/1988: 25-28, Heede 2000: 121).

Disiplinering

I studien *Overvåkning og straff* argumenterer Foucault (1999/1975) for at ein har styrt demokratiske samfunn gjennom disiplinerande samankopling mellom kroppslege praksisar og *objektiverande kunnskap*. Samankoplinga vert omtalt som *ytre styrt disiplinering* i denne studien. I studien *Viljen til viten* argumenterer Foucault (1995/1976) for at ein også har styrt individa i demokratiske samfunn gjennom disiplinerande samankoplingar mellom kroppslege praksisar og *subjektiverande kunnskap*. Samankoplinga vert omtalt som *sjølvstyrt disiplinering* i denne studien.

Foucault argumenterte for at moderne disiplinering er transformasjonar av antikk sjølvdanning, og i studiane *Bruken av nytelsene* og *Omsorgen for seg selv* gjer han greie for antikke dannelsingspraksisar. Studiane blei utgitt i 1984, det vil seie det året han døydde. Nedanfor skal me sjå nærare på antikk sjølvdanning, for så å sjå korleis desse praksisane blei transformerte til disiplinering i den moderne tid.

I greske bysamfunn i det 3.og 4. hundreåret før vår tidsrekning hadde dietikken ein sentral plass, og den handla om korleis ein skulle forvalte mat, drikke og seksualitet på rett måte, og kunne omfatte detaljerte reglar for korleis frie menn burde leva frå morgon til kveld. Dietikken var nært knytt til medisinsk tenkjing, men det var ikkje ei form for terapi, men ein lekk i arbeidet med å stilisere den frie mannen: forme han slik at han levde som aktverdig subjekt frå morgon til kveld. Det blei rekna for upassande og slaveaktig å påleggje frie personar å leva etter visse regime, det måtte dei sjølve velje (Foucault 2001/1984: 115-128).

Foucault (1987: 28) brukte seksualitet som eksempel i sine studiar. I den klassiske antikken var det ikkje uvanleg med seksuelt samkvem mellom vaksne frie menn og gutar som sidan

skulle bli frie menn. Desse relasjonane var i seg sjølve ikkje fordømde, men dei var problematiske, fordi subjektet skulle vera aktivt og sjølvstyrt, men alders- og statusforskjellen mellom guten og den vaksne mannen kunne lett føre til at guten blei objekt, det vil seie passiv og underordna. Dette blei problematisert fordi den passive rolla ikkje kunne sameinast med statusen desse gutane skulle inneha i samfunnet nokre år seinare som frie vaksne subjekt (Foucault 2001/1984: 249-262).

Den aktverdige var aktiv, overlegen, herskar, den som penetrerte den andre, medan den som blei penetrert blei rekna for underlegen, underkasta og overvunnen. At slaven var passiv var ikkje problematisk, for han stod til herren sin disposisjon. At kvinna var passiv var heller ikkje problematisk, fordi det blei rekna for naturgitt at ho blei penetrert, og ut frå den låge statusen ho elles hadde i samfunnet, var hennar passivitet i samsvar med denne rolla. Derimot blei det rekna for problematisk at frie menn av god familie, med formue og prestisje, underkasta seg andre. Det var ikkje det at seksuelt samkvem mellom unge gutar og vaksne menn blei rekna for umoralsk i seg sjølv, men seksuelle forhold mellom frie menn var problematisert fordi det var fare for at den eine blei gjort til objekt, og det var heilt uforeinleg med den framståande rolla frie menn skulle innta i bystaten. Slike menn måtte ha full kontroll over lystene sine, og gutar som ikkje kunne ha sex med menn utan lidenskap, burde halde seg borte frå slikt samkvem. Den som ville vera fri måtte ikkje bli slave av kroppen, men vise at han var eit sjølvstyrt og kontrollert subjekt (Foucault 2001/1984: 263-285).

Medan dietikken i den klassiske antikken handla om korleis ein skulle føre seg som subjekt saman med andre subjekt i byrommet, problematiserte den hellenistiske dietikken i dei to fyrste hundreåra av vår tidsrekning korleis ein skulle leva saman innanfor familieramma, og sjølvdanningsproblematikken var blitt transformert til eit individuelt, regelstyrt levesett som skulle tukte kroppen med tilhøyrande begjær. Dei kroppslege regima var strammare, meir detaljerte, medisinske, private og egosentriske enn dei hadde vore nokre hundre år tidlegare. I hellenistisk kultur vart filosofi og medisin rekna for to sider av same sak. Det blei brukt ei rekkje medisinske ord og uttrykk i samband med sjelepleia: føra skalpellen inn i såret, stikke hol på verkebyllen, amputere osv. Å danna seg sjølv og å pleia seg sjølv var aktivitetar som ikkje kunne skiljast. Sjela måtte korrigerast dersom kroppen ikkje skulle ta fullstendig herredøme over den. Ein skulle ikkje dyrke den fysiske lekamen for sin eigen del, men på ein slik måte at det blei harmoni mellom kropp og sjel. Kroppen vart rekna for ei sårbar

innretning som måtte pleiast, og den som ville leva eit godt liv, måtte vera nøye med helsepraksisane. Både årstider, klima, ernæring og levevis kunne påverke kroppen, og dermed sjela. Seksualiteten blei rekna for å vera ei naturleg sameining mellom menn og kvinner, samstundes som det var ein sårbar aktivitet som kunne utløyse dei farlegaste sjukdommar dersom ein ikkje var nøye med å planleggje akta med omsyn til klima, matmengd, matkvalitet, menstruasjonssyklus, alder, tid på døgnet og så vidare. Lista over dei lidningane og sjukdommane som kunne oppstå dersom ein for eksempel valde feil tidspunkt, var så og seie uendelege. Om ein derimot var nøye med seksualregimet kunne slik aktivitet vera helsebringande, men ingen ting var så helsesamt som avhald: å avsondre seg frå andre personar. For å finna fram til dei beste helseregima kunne ein søkje råd hos legar, og dei utforma gjerne detaljerte kosthalds- og seksualregime osv., men frie menn skulle ikkje godta påbod frå legar. Helsepraksisane skulle baserast på overtøying. Sjølv om det var legitimt å oppsøkje lege, så var det eit ideal at den enkelte blei oppdregen til sjølv å vurdere om han var sjuk eller trong behandling. Ved å gjera seg uavhengig av andre personar og ting, vart ein fri, sin eigen og øvde makt over seg sjølv som ingen kunne truge (Foucault 2002/1984: 117-123).

Foucault argumenterte for at antikke sjølvdanningspraksisar blei transformerte til disiplinering i moderne demokratiske samfunn, og det blei gjort ved å kople dei kroppslege praksisane saman med kunnskap (Hermann 2000: 4-7,19-25, Hermann 2003: 81-86, 92-94). Nedanfor skal me fyrst sjå korleis Foucault argumenterte for at individa har blitt leia til å styre seg sjølve ved hjelp av koplingar mellom kroppslege praksisar og kunnskap som er basert på sjølvskildringar (subjektive data). Deretter skal eg gjera greie for Foucault sin argumentasjon for at individa har blitt styrt utanfrå, ved hjelp av koplingar mellom kroppslege praksisar og kunnskap som er basert på ytre registreringar (objektive data).

Sjølvstyrt disiplinering

I studien *Viljen til viten* argumenterer Foucault (1995/1976) for at ein har styrt individa i demokratiske samfunn gjennom disiplinierende samankoplingar mellom kroppslege praksisar og kunnskap som har kome fram gjennom sjølvskildringar; *subjektiverande kunnskap*. Samankoplinga vert omtalt som *sjølvstyrt disiplinering* i denne studien, og behovsteori vert rekna for ei form for subjektiverande kunnskap, fordi konstruksjonen av slik teori i stor grad vil vere basert på individa sine sjølvskildringar.

Foucault brukar seksualiteten som eksempel når han argumenterer for den disiplinerande samankoplinga mellom kroppslege praksisar og subjektiv kunnskap. Fram til starten av det 17. hundreåret hadde det vore eit visst seksuelt frimod. Ein heldt i liten grad praksisane hemmelege, verken i ord eller gjerning, og det var rommelege reglar for kva som var grovt eller uanstendig, dersom ein samanliknar med det 19. hundreåret. Det heterofile, barneavlande paret vart det normale, og den legitime seksualiteten vart innesperra på foreldresoverrommet i reproduksjonen sitt alvor. Andre former for seksualitet blei stempla som unormale og samfunnsskadelege. Med vitskapen i ryggen blei det hevda at seksualitet som ikkje hadde det heterofile ekteskapet som ramme kunne få dei verste konsekvensar for resten av livet og for komande generasjonar. Både tuberkulose og slag så vel som nervesjukdommar, skulle visstnok ha avvikande seksualitet som årsak. Under dekke av å fortelja sanninga, vekte medisinsk vitskap frykt over alt, og på det viset prøvde ein å få folk til å ta seg i akt og styre dei seksuelle lystene sine. Foucault meiner legane var meir enn tenestevillige overfor ordensmakta enn ovanfor kravet om sanning. I beste fall var dei naive, men i dei fleste sakene var dei friviljug løgnaktig. Legane rettferdiggjorde dei seksuelle praksisane som blei rekna for samfunnsnyttige ved å behandle eller utestengja avvikande praksisar ved hjelp av vitskap (Foucault 1995/1976: 13-14, 62-86, 167-175).

Korleis fekk ein tilgang til kunnskapen som danna grunnlaget for den seksuelle skremselspropagandaen? Det fekk ein gjennom samtaler: Det oppstod eit krav om å vedkjenne seg avvikande lyster og å setja ord på alle kjensler og tankar som ikkje vart rekna for normale. Denne språkleggjering av kjønnet var velkjend i asketiske og klosteraktige institusjonar. I det 17. hundreåret gjorde ein det til ein regel for alle å fortelje alt, ikkje berre om handlingar ein hadde gjennomført, men også om sanslege berøringar, alle ukyske blikk og ord og alle ettergjevande tankar:

Man bekjenner sine forbrytelser, man bekjenner sine synder, man bekjenner sine tanker og begjær, man bekjenner sin fortid og sine drømmer, man bekjenner sin barndom. Man bekjenner sine sykdommer og sine ulykker. Med mest mulig nøyaktighet bestreber man seg på å si det som er vanskelig å si. Man bekjenner offentlig og privat, til sine foreldre, til sine lærere, til sin lege, til dem man elsker. I lyst og smerte lager man bekjennelser overfor seg selv som det ville være umulig å foreta overfor andre, og som man lager bøker av (Foucault 1995/1976: 69).

Sjølv om ein kunne vedkjenna seg til eit heilt spekter av personar, var det berre fagfolk som verkeleg kunne fortolke symptoma, og i den samanhengen fekk legane ein hermeneutisk

funksjon. Vedkjenningane blei nedteikna og systematiserte, og på bakgrunn av det systematiserte materialet blei det utforma teoriar om normalitet og avvik. Denne forma for språkleggjing og teoretisering kring kjønnet hadde som formål å jaga vekk dei formene for seksualitet som ikkje var underlagde reproduksjonen. Den hadde som mål å seie nei til aktivitetar som ikkje var fruktbare og bannlyse nytinga av dei slik at ein innretta ein økonomisk, nyttig og politisk bevarande seksualitet, og denne blei rekna for naturleg (Foucault 1995/1976: 28-46, 62-86).

Ytre styrt disiplinering

Ovanfor har me sett korleis ein kan bruke kunnskap som ein får tilgang til gjennom samtaler til å utleie teoriar som får enkeltindivid til å kontrollere/styre seg sjølve. I studien *Overvåkning og straff* argumenterer Foucault (1999/1975) for at ein også har styrt demokratiske samfunn gjennom disiplinerte samankopling mellom kroppslege praksisar og *objektiverande kunnskap*. Samankoplinga vert omtalt som *ytre styrt disiplinering* i denne studien, som reknar hygieneteori for ei form for objektiverande kunnskap. Utleggingane tek utgangspunkt i studien *Overvåkning og straff* frå 1975, som er skriven med utgangspunkt i fengsel, men Foucault argumenterer for at styringsteknologiane som han skildrar ikkje var avgrensa til slike institusjonar. Dei blei også brukte i sjukehus, skular, fabrikkar osv. Teknikkane retta seg mot kroppen. Ikkje for å gjera den passiv, men for å gjera den nyttig, effektiv, lydige, lett å manipulere og kontrollere (Hermann 2003: 86-87).

Foucault (1999/1975: 167-175) argumenterer for at eit av hovudvilkåra for at legeverksemda kunne bli vitskap var at ein begynte å organisering sjukehusa som observasjonseiningar på 1800-talet. Personar med like symptom blei samla. Dette skapte større rom for at legane kunne observere sjukdommar og produsere kunnskap om dei. På 1700-talet hadde ikkje legane i Frankrike noko med den daglege drift av sjukehusa å gjera, han kom berre innom på visittar. Etter kvart blei visittane meir omfattande, meir regelmessige og nøyaktigare. I 1771 blei det oppretta stilling for ein lege som kunne bu på sjukehuset *Hotell-Dieu* i Paris. Etter kvart blei dei uregelmessige visittane forvandla til konstant observasjon, og i den samanhengen trong legane hjelp av underordna personale, og yrkeskategorien sjukepleiar oppstod. Sjukehusa som tidlegare hadde vore stader der pleietrengjande fekk hjelp, blei stader der kunnskap oppstod og blei samla, og dei pleietrengjande vart objekt. I skular,

fengsel og andre institusjonar blei det gjort liknande observasjonar. Det innsamla materialet blei klassifisert og kategorisert, og det blei rekna ut gjennomsnitt og fastsett normer.

Foucault (1999/1975: 125) brukte soldaten som eksempel på korleis ein brukte normene som styringsverktøy. Frå å vera djerve, kvikke, årvakne menn med heva hovud og elegante, stolte framtoningar, vart soldaten i andre halvdel av 1800-talet handtert som eit slags materiale som ein kunne forme til den maskin ein trengde, og det gjorde ein ved hjelp av ulike program som skildra korleis handlinga skulle gjerast. Ein fekk for eksempel detaljerte påbod om at våpenet skulle lyftast med høgre hand, at det skulle haldast inntil kroppen loddrett over høgre kne, og geværmunninga skulle vera i høgde med augo osv. Ved hjelp av slike teknologiar tvang ein fram ein kropp som alltid var føyeleg, tenesteviljug og nyttig.

Ein sikra seg herredøme over kroppen ved å bearbeide den i minste detalj. For det disiplinerte menneske er ingen detalj uvesentleg. Alle små ting skal utnyttast politisk, og idealet er ein kropp som er lydigare dess nyttigare den er, og omvendt. Disiplinen auka kroppen sine krefter, når ein ser på den frå ein økonomisk synsvinkel, og svekkar dei same kreftene når ein ser på kroppen frå ein politisk synsvinkel. Dei disiplinære teknikkane er alle pinleg nøyaktige, og for å skildre dei må ein gjera seg til petimeter og bry seg om småtteri. Alle desse små tinga er ledd i ein politisk taktikk. Den store tradisjonen, som har sett detaljar i høgsetet, har prega kristen oppsedinga, skulen, militærlivet og alle former for dressur. Det vert rett og slett rekna for farleg å oversjå små ting. Ved hjelp av nøyaktige reglement, oppskrifter, pirkete inspeksjonar og kontrollering av ørsmå kroppslege detaljar tek ein kontroll over individa og utnyttar dei politisk. Det inneber ein uavbroten tvang, og går føre seg etter forskrifter som nøye deler inn tida, rommet og rørslene. Å halde disiplin er noko anna enn å vera slavedrivar, sidan disiplinen ikkje baserer seg på å eige den andre sin kropp, slik ein gjer i slaveriet. Det som gjer disiplinen elegant er at den klarer seg utan voldelege omkostningar, og likevel oppnår like store nytteverknader (Foucault 1999/1975: 125-130).

Tid blei eit sentralt omdreiingspunkt i det moderne disiplineringsarbeidet, og den viste seg blant anna i forskriftene om korleis soldaten skulle marsjere. Det blei utarbeidd instruksjonar om kor lang tid eit steg skulle ta, kor langt det skulle vera osv. Dette var ein lekk i arbeidet med å tilpasse kroppen til samfunnskrav som hadde med tid å gjera. Desse krava var ein slags kollektiv og obligatorisk rytme som var pålagt utanfrå. Det oppstod eit slag anatomisk-

kronologisk skjema for åtfærd, kvar rørslle skulle gjerast på ein bestemt måte og vara ei viss tid, og rørslene skulle utførast i ei bestemt rekkefylgje. Kroppen vart gjennomtrengt av tida, og dermed også av styresmaktene sine omhyggelege kontrolltiltak. Munkefelleskapet var dei fyrste som laga og fylgde strenge timeplanar, og denne skikken spreidde seg raskt til undervisingsinstitusjonar, verkstader og sjukehus. Det å laga inndelingar, tvinge menneske til å driva med bestemte gjeremål og å laga rytmar var adoptert frå klostra. Dei var spesialistar på tid, forstod seg på rytmar og regelmessig teknikk, men i den moderne tid vart desse disiplineringformene modifiserte. For det fyrste vart dei enda meir nøyaktige. Ein tok til å rekne i kvarter, minutt og sekund. I skulane vart elevane sine kroppsrørslar og gjeremål regulerte minutt for minutt. I fabrikkane måtte arbeidarane møte presis og bruke kvart minutt effektivt. Det var strengt forbode å more kameratar med historier eller faktar. Den tida som vart målt og som ein betalte for skulle vera plettfri, lytefri tid av god kvalitet, der kroppen heile tida skulle vera i arbeid. God bruk av kroppen la grunnlag for god bruk av tida. Å vera nøyaktig, regelmessig og å framvisa flid var den disiplinære tida sine hovuddygder. På verkstader, i skular og i hæren utvikla det seg eit mikrostraffesystem som straffa tidsforsømingar, fråver og mangel på iver i tenesta og fastsette sanksjonar mot personar som var uhøflige, ureinslege og uanstendige. Tida skulle ikkje berre brukast godt, den skulle brukast fullt ut. Det gjaldt å presse stadig fleire disponible augneblinkar ut av tida, og av kvar augneblink, stadig fleire teneleg krefter: ein burde prøve å intensivere bruken av kvar minste augneblink. Som om tida var uuttømeleg og som om stadig meir oppstykking og detaljert organisering kunne føre til at ein nærma seg ein idealtilstand der maksimalt tempo blei møtt med maksimal effektivitet. Denne dresserte, disiplinerte organismen vart rekna for naturleg; ei realisering av den eigentlege, normale, skapte kroppen (Foucault 1999/1975: 138-149).

Metodiske grep

Undersøkingane av tilhøvet mellom hygiene-/behovsteori og vaskepraksisar er baserte på normative og deskriptive tekstar om kroppsvask, det vil seie tekstar om korleis kroppsvask *bør bli gjort og tekstar om korleis det vert gjort* (jf. Foucault 1994 sine studiar av praksisregime ovanfor). Nedanfor skal eg gjera greie for korleis eg har granska og konstruert tekstar om kroppsvask.

Gransking av tekstar

Ein del av materialet som vert analysert og drøfta i denne studien, er over 100 år gammalt. Historisk materiale vert gjerne omtalt som restar eller leivningar frå fortida. Når slike restar vert tekne i bruk for å svare på spørsmål vert dei same leivningane omtalt som kjelder i fylgje historikar Knut Kjeldstadli (2003/1999: 169-190). Når ein arbeider med historiske kjelder er det nokre handverksreglar for korleis ein gjer det for at informasjonen ein får ut av kjeldene ikkje skal bli vridd. For det fyrste må ein finna fram til kjelder som er fullstendige eller i alle høve representative. Vidare må kjelda tidfestast, og det må gjerast greie for kven som produserte den og det breiare opphavsmiljøet den stamma frå. Innsikt i konteksten er nødvendig for at informasjonen i kjeldene ikkje skal feiltolkast. I tillegg til å kontekstualisere, må ein spørje kva funksjon kjelda hadde og kvifor den blei skriven. Kontekstualisering er viktig for å tolke både tall og tekstar. Ein må vurdere om kjelda er påliteleg; Det ligg ein kontroll i at mange kan lesa offentlege dokument, derfor kan det vera viktig å vita om kjelda er offentleg eller privat. Har forfattaren vore augnevitne til det han skriv om, tyder det at ein har med ei fyrstehandskjelde å gjere. Dersom kjelda er basert på det andre har sett og høyrte, er den ei andrehandskjelde. Det beste er fyrstehandskjelder. Dersom me ikkje har fyrstehandskjelda, vert den neste, nærmaste kjelda primærkjelde.

Tekstar om korleis kroppsvask bør gjerast

I denne studien vert fleire lærebøker brukte som materiale om korleis kroppsvask i sjukepleia *bør* gjerast, og dei skal eg gjera nærare greie for nedanfor.

Lærebøkene til Nissen (2000/1877) og Kaurin (1879) fungerer som materiale om korleis ein meinte at pleietrengjande burde vaskast på den tid då det var vanleg at helsepersonell argumenterte for reinsemd ut i frå ei miasmatiske hygieneforståing. I kapittel 3 er det gjort nærare greie for miasmeteori. Den fyrste norske læreboka i sjukepleie var *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser* som Nissen gav ut i 1877, og denne boka er tydeleg inspirert av miasmatiske tenkjing med si poengtering av lys og luft. I perioden 1877-1901 var dette den sentrale læreboka i norsk sjukepleiarutdanning. Nissen (2000/1877) argumenterte for at læreboka skulle brukast av diakonisser, og det som står om kroppsvask er tydeleg prega av å ha sjukehuset som ramme. Då ho skreiv læreboka var ho læresøster ved *Diakonisseanstalten i Kristiania*, institusjonen som starta den fyrste fagutdanninga i sjukepleie i Noreg i 1868

(Martinsen 1984: 137-182). Oppkomsten til faglært sjukepleie i Noreg står det meir om i kapittel 4.

Den andre norske læreboka i sjukepleie, *Sykepleiersken*, kom ut i 1879. Forfattaren var legen Edvard Kaurin. Dette er ei kortfatta læreboka som var berekna på både faglærte og ufaglærte pleiarar som utførte sjukepleie i heimen. Boka var mykje brukt (Martinsen 1984: 140-141). Som Nissen (2000/1877) si lærebok er også Kaurin (1879) si prega av ei miasmatisk forståing av reinsemd.

Etter at Kaurin si lærebok kom ut i 1879, skulle det gå over 20 år før det blei utgitt nye lærebøker i sjukepleie, men i 1901 gav legen Hans Riddervold Waage ut lærebok. Dette var den fyrste læreboka i norsk sjukepleie som hadde eit eige kapittel om mikroorganismar: *Om aarsakerne til sygdommene*. Poengtering av lys og luft var den same som i dei to føregåande bøkene. Waage si lærebok ser ut for å ha vore einerådande som litteratur i grunnleggjande sjukepleie i perioden 1901-1921, og læreboka var spesielt skriven med tanke på sjukepleie i sjukehus. I den reviderte utgåva av Waage si lærebok frå 1911 vert det argumentert for mykje meir omfattande dagleg kroppsvask enn i dei føregåande lærebøkene. No kan det vera at kroppsvasken som det vert argumentert for i læreboka frå 1911 ikkje blei praktisert, men det er tydeleg at synet på korleis ein burde vaske seg endra seg så mykje i perioden 1901 til 1911 at det var nødvendig å revidere læreboka på dette området.

Det er all grunn til å stole på at lærebøkene til Nissen (2000/1877), Kaurin (1879) og Waage (1901 og 1911/1901) representerte det offisielle synet på korleis pleietrengjande burde bli vaska og stelte i perioden 1877-1911. Alle lærebøkene blei brukte i årevis, og blei jamleg reviderte og forkasta.

Lærebok for sykepleierskoler, bind I, som Kjellaug Lerheim og Norsk sykepleierforbund gav ut i 1967, var den fyrste læreboka i sjukepleie som argumenterte for sjukepleie ved hjelp av behovsteori, men hygieneargumentasjonen er likevel den same som i den føregåande læreboka (Jervell 1942/1941). Dette læreverket er eit tydeleg uttrykk for norsk sjukepleie sitt syn på kroppsvask i etterkrigstida.

Læreboka til Nina Jahren Kristoffersen (2004/1996), bind 3, vert underlagt same gransking som fortidskjeldene, sjølv om læreboka er frå vår tid. Bakgrunnen for å analysere denne læreboka, er at det var den mest brukte læreboka i generell sjukepleie i Noreg våren 2005. At læreboka var så mykje brukt, tolka eg som uttrykk for at den målber norsk sjukepleiefag sitt syn på korleis pleietrengjande bør bli vaska og stelte i vår tid. Læreboka kom fyrste gong ut i 1996, og er sidan trykt opp i 7 opplag. Innleiingsvis i Kristoffersen (2004/1996: 10) si bok står det at bind 3, som vert analysert i denne studien, vektlegg kunnskap om sjukepleie som er knytt til mennesket sine grunnleggjande behov, og at dei *fysiske behova* er sentrale i fleire av kapitla. Vidare står det at læreboka er berekna til bruk ved grunnutdanning i sjukepleie. Det vert argumentert for at *Generell sykepleie* tek føre seg ein del stoff som er nybrotsarbeid, fordi det ikkje har vore utføreleg skildra i sjukepleiesamanheng i Noreg tidlegare, og *Ivaretagelse av personleg hygiene* vert nemnd i den samanheng. Dette emnet er ein del av hygienekapitlet. Kristoffersen er redaktør for læreverket, men det er ikkje ho som har skriva kapittel 16, *Hygiene*, som vert brukt som grunnlag for analysar i denne studien. Kapitlet er skriva av Aud Jorunn Førund. Ho har bakgrunn som sjukepleiar, høgskulelektor og forskings- og fagutviklingssjukepleiar (Førund 2004/1996: 13-97, jf. omslag bind 3). I tillegg vert det gjort analysar av enkelte delar av kapittel 21, *Eliminasjon*. Dette kapitlet er hovudsakleg skriva av Anne Guttormsen Vinsnes, som er sjukepleiar, uroterapeut og har lang erfaring som undervisar og forskar på doktorgradsnivå. I tillegg har Astrid Gjerland hjelpt til med kapittel 21. Ho er intensivsjukepleiar med administrasjonsutdanning og har publisert fleire artiklar om urinvegsplager (Jf. omslag bind 3, Vinsnes og Gjerland 2004/1996: 380-383).

I utgangspunktet var det ikkje opplagt at Kristoffersen (2004/1996) skulle brukast som materiale i denne studien. Eg vurderte også læreboka til Tone Elin Mekki og Søren Pedersen, *Sykepleieboken 1* frå 2004, men etter å ha gjennomgått pensumlistene til dei fleste sjukepleiarutdanningar i Noreg våren 2005, fann eg ut at Kristoffersen si bok blei brukt ved så og seie alle utdanningane på den tida. Når Mekki og Pedersen si lærebok ikkje stod på pensumlistene hadde det truleg samanheng med at læreboka var relativt ny våren 2005, og i liten grad innarbeidd som pensumlitteratur. I tillegg til å vurdere om eg skulle analysere læreboka til Mekki og Pedersen, vurdert eg også den reviderte utgåve av læreboka til Kristoffersen som kom ut i 2005, men eg valde likevel å bruke 2004/1996 utgåva, fordi eg

allereie hadde gjort ein del analyser av den då den nye utgåva kom ut, og fordi eg ikkje kunne vita om den nye boka ville bli like mykje brukt som den førre utgåva.

Sidan storparten av materialet i denne studien er henta frå intervju i ein sjukeheim (jf. nedanfor), vurderte eg om sjukepleiar Agnes Brønstad (2005) si lærebok, *Sykepleie 1* også skulle analyserast, eller den åleine. Dette var ei mykje brukt bok ved utdanning av helsepersonell på vidaregåande skular våren 2005, og mange av dei som arbeider i sjukeheimar er hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar. Sjølv om Brønstad (2005) si bok var meir prosedyreorientert og stikkordsmessig enn Kristoffersen (2004/1996) si, så var hovudbodskapen om korleis pleietrengjande skulle vaskast og stellast samanfallande. Derfor såg eg ingen grunn til å ta med begge to. Når eg valde Kristoffersen (2004/1996) framfor Brønstad (2005), hadde det samband med at Kristoffersen (2004/1996) i større utstrekning hadde med grunngjevingar for at pleietrengjande burde vaskast og stellast på bestemte vis. Dermed var det lettare å få innsikt i tanken bak vaskepraksisane som det blei argumentert for. Læreboka argumenterer for kroppsvask både ved hjelp av hygiene- og behovsteori. Dersom der hadde vore prinsipielle forskjellar med omsyn til korleis dei ovanfor nemnde lærebøkene argumenterte for kroppsvask i sjukepleia, ville eg ha vurdert å analysere fleire av lærebøkene, men hovudbodskapen var samanfallande, og derfor rekna eg Kristoffersen (2004/1996) si lærebok som gyldig litteratur om normer for kroppsvask i norsk sjukepleie våren 2005. I fylgje sjukepleieforskar Aud Final Johnsen (1996: 116) er pensum med omsyn til vask og stell av pleietrengjande nokså einsarta i Noreg.

Tekst om korleis kroppsvask vert gjort

Ovanfor har eg gjort greie for det normative materialet som denne studien er basert på. Nedanfor skal me sjå nærare på Sundt (1975/1869) sin studie *Om rensligheds-stellet i Norge*, som er ein deskriptiv tekst om kroppsvask som kom ut året etter at faglært sjukepleie oppstod i landet vårt. Denne studien handlar ikkje spesielt om kroppsvask i sjukepleia, men den vert brukt til å vise korleis folkelege vaskemåtar nedfelte seg i lærebøker i sjukepleie. Sundt (1975/1869) vert også brukt som materiale om moderne normer for kjønna samkvem ved kroppsvask. Andre delar av studien vert brukt til å kaste lys over samfunnskonteksten hygienisk kroppsvask oppstod i (jf. kap.4). Studien til Sundt (1975/1869) var basert på observasjonar og intervju. Han omtaler ikkje spesielt kroppsvask av pleietrengjande, men på 1860-talet var det vanleg at dei fleste pleietrengjande budde heime og blei vaska der, og sidan

utdanning av faglærte sjukepleiarar så vidt hadde kome i gang, var det uvanleg at pleietrengjande fekk hjelp av fagutdanna pleiarar til å vaske seg. På den bakgrunnen er det ikkje urimeleg å anta at pleietrengjande flest blei vaska etter same norm som andre i husstanden, og denne kroppsvasken har Sundt gjort utførleg greie for. No har det seg slik at Sundt sin studie er ei skildring av korleis norske bygdefolk vaska seg, så studien omfattar det me har omtalt som folkeleg kroppsvask i kapittel 4. I same kapittel såg me at cirka 75% av norske folk budde på landsbygda på den tida, samstundes som mange fattige bygdefolk flytta innover mot byane. Denne flyttinga inneber at dei kroppslege vaskepraksisane som Sundt skildrar frå landsbygda truleg var dei same i fattige bydelar også. Nerbøvik (2004: 343-392) sine utleggingar om kroppsleg reinsemd i Volda frå same periode understøttar kroppsvasken som vert skildra i Sundt (1975/1869) sin studie. Det same gjer Frykman (1994) si forskning om reinsemd i Sverige i perioden 1880-1920.

Studien til Sundt (1975/1869) er ei omfattande augnevitneskildring av korleis kroppsvask vart gjort. Han gjekk rundt på landsbygda og snakka med folk, og budde saman med dei i periodar. Det er all grunn til å tru at Sundt (1975/1869) sin studie er påliteleg materiale om korleis det var vanleg at folk på norsk landsbygd vaska seg på 1860-talet, for han var klar over at han såg annleis på reinsemda på bygdene enn det legane gjorde, og derfor måtte han vera sikker på at det han skreiv var det som gjaldt:

... at fordi jeg, som ovenfor antydet var jeg mig bevidst, at jeg anskuede tingen anderledes end de, der gjaldt for fagmænd i denne sag (lægerne), drev jeg undersøgelsen med en vistnok til ængstelighed gående forsigtighed. Hint tålmodigheds-arbejde med at spørge op igjen i flere huse om de same ting havde derfor mest til hensigt at forvise mig om – ikke at folk svarede sandt, men at jeg selv forstod og opfattede ret (Sundt 1975/1869: 39).

På mangfoldige steder har jeg siddet i timevis og talt med folk om renligheds-stellet og skrevet op, hvad man fortalte. Mangen husmoder både på gårde og pladse har fulgt mig frå loft til kjælder og ladet mig se ind i hver krog, og mangelen mand har sat sig ind i min interesse og hjulpet mig til at få kjendsgjæringerne ret opfattet. At finde deres årsager og grunde (Sundt 1975/1869: 11-20).

Sjølv om Sundt sin studie tok utgangspunkt i reinsemd på Vestlandet, så kjende Sundt godt til den kroppslege reinsemda andre stader i landet også, og han kasta lys over reinsemda på Vestlandet ved å samanlikna den med reinsemd andre stader i landet. Allereie i 1850 var ureinsemd eit emne som opptok han når han reiste rundt i landet som forskar (Sundt 1975/1869: 25-40). Medan Ivar Aasen gjorde feltarbeid for å samle inn dialektar og folkelege

uttrykk, og Ludvig Lindemann samla inn folkelege songar og melodiar, gjorde Sundt feltarbeid for å studere samfunnstilhøva. Han var teolog, men vert kalla Noreg sin fyrste sosiolog, og han skapte vitenskapshistorie i Noreg då han overførte kulturhistoriske metodar til samfunnsforskning. Det han skriv er vitenskapleg og folkeleg på ein gong. Skrivestilen hadde samanheng med at Sundt ville at forskinga skulle vera lett tilgjengeleg. Han hadde omgang med Bjørnstjerne Bjørnson, Hartvig Nissen, Ivar Aasen, Ludvig Lindemann og andre ruvande skikkelsar i samtida. Fleire av vennane var ihuga tilhengjarar av Grundtvig (Stenseth 2000: 5-8, 29-30, 55-65, 73-96, 111-116, Thaning 1983).

Observasjon og intervju

Mesteparten av det deskriptive materialet i denne studien er basert på intervju i ein norsk sjukeheim i 2002 og 2006. I same sjukeheimen blei det også gjennomført nokre korte observasjonar. Bakgrunnen for dei nemnde observasjonane og intervjuar var forventingar om å treffe pleietrengjande og pleiarar med lang erfaring med kroppsvask i ein slik institusjon. Materialet frå sjukeheimen er basert på observasjon av 10 situasjonar der pleietrengjande fekk hjelp til å vaske seg. I etterkant av observasjon, blei 10 pleietrengjande og 10 pleiarar intervjuar enkeltvis. Nedanfor skal eg gjera greie for korleis observasjon og intervju er forstått og gjort i denne studien, og korleis observasjonane og intervjuar blei transformerte til tekst, men fyrst skal me stoppe opp ved sjukeheimen, deltakarane og løyver.

I sjukeheimen eg gjorde observasjonar og intervju i, budde det 26-28 pleietrengjande på kvar avdeling. Av desse budde 18-20 på dobbeltrom og 7-9 på enkeltrom. Dei pleietrengjande kunne ikkje velje kva form for rom dei ville bu på. Pleiarane valde enkeltrom til dei som trong det mest for å få fred, eller for ikkje å forstyrre andre. Dei som hadde eige rom hadde også eige bad/WC, medan dei som budde på dobbeltrom delte bad/WC med tre andre. Avdelingane hadde elles lange korridorar med rom på rad og rekkje, vaktrom midt i gangen og kombinert daglegstove og matsal i eine enden av korridoren. Det låg føre konkrete omstrukturingsplanar som innebar at alle pleietrengjande ved institusjonen skulle få enkeltrom, eige WC og dusj og bu i mindre einingar.

Deltakarar: Tidlegare omtalte ein gjerne den som utførte intervju som *intervjuar* og den som blei intervjuar for *respondent*. Denne språkbruken kunne gje inntrykk av at forskar var ein objektiv, utanforståande som henta ut kunnskap som informanten hadde. I vår tid er det

vanleg å sjå på kvalitativ forskning som eit samarbeidsprosjekt der begge partar tek del i kunnskapskonstruksjonen. Det skriv den norske sosiologen Anne Ryen (2002: 127-128). Dette kan vera med på å dekke over den maktulikskapen som fins i slike relasjonar.

I denne studien ynskte eg å observere og intervju pleietrengjande menn og kvinner som var klare og orienterte, norsktalande, høyrande og sjåande. Alder var ikkje noko hovudpoeng, men vel ein å snakke med pleietrengjande i ein sjukeheim, vel ein samstundes eldre personar. Eg ville helst observere/snakke med dei pleietrengjande ved institusjonen som hadde lengst erfaring med å bli vaska og stelt. For å finna aktuelle deltakarar, viste leiinga ved institusjonen meg til fire avdelingar som var tiltenkt pleietrengjande som ikkje var demente. Institusjonen hadde i tillegg fleire skjerma postar for demente. Den eine avdelinga eg fekk tildelt var i ei avlastingseining, men storparten av dei som oppheldt seg der var for skrøpelege til å bli heimsende, og hadde budd der i månadsvis i påvente av fast plass på ei buavdeling. Dei tre andre avdelingane var berekna på klare og orienterte pleietrengjande som trong fast plass på sjukeheim. Det viste seg snart at mange av dei erfarne pleietrengjande ikkje var i stand til å gjennomføre intervju. Hovudårsaka til dette var demens. Til saman inkluderte eg 10 pleietrengjande. Dei yngste var rundt 70 år, dei eldste var kring 90 år. Gjennomsnittsalderen var bortimot 79 år. Det inneber at dei fleste var fødte i perioden 1915-1935, og hadde vakse opp med andre vaskevanar enn det som er vanleg i dag (jf. Dæhlie 2006, Selseth 1995, Augestad 2005b, Johnsen 2004, Økland 2000, kap. 4).

Fem pleietrengjande blei inkluderte i 2002 og fem i 2006. I utgangspunktet verka alle klare og orienterte, men ved intervju viste det seg at ein av personane eg intervjuar i 2002 og ein i 2006 var såpass uklare at eg ikkje kunne feste lit til det dei sa. Dette inneber at berre 8 intervju med pleietrengjande er inkludert i studien. Av desse er 5 med kvinner og tre med menn. Etter kvart vart det viktigaste inklusjonskriteriet å finna klare og orienterte pleietrengjande som var i stand til å snakke. Sidan det var så få av dei som hadde fast plass som var i stand til å gjennomføre intervju, blei det inkludert to pleietrengjande (ein mann og ei kvinne) som hadde blitt pleidde ved institusjonen i knapt 3 veker. Dei var på avlastingsopphald. Dei andre hadde vore pleietrengjande mellom 1 og 20 år. Tidleg i studien hadde eg planar om å analysere materialet frå sjukeheimen i lys av kjønn, derfor prøvde eg å få ei jamn fordeling mellom mannelege og kvinnelege pleietrengjande, men det viste seg snart at det ikkje var så lett å få til, då kring to tredelar av dei pleietrengjande var kvinner.

I tillegg til å inkludere pleietrengjande, ville eg gjerne observere og intervju dyktige, norsktalende sjukeheimspleiarar av begge kjønn, med lengst mogeleg kroppspeierfaring. Bakgrunnen for at eg ynskte meg erfarne pleiarar, var forventingar om at dei hadde meir erfaring å ausa av. Ved sjukeheimen var alle dei fast tilsette faglærte pleiarar. Av desse var 25-30% sjukepleiarar og resten hjelpepleiarar, men vikarane var ofte ufaglærte, og på grunn av mange sjukemeldingar og permisjonar, var ein stor del av personalet ufaglærte. Eg sa ingen ting om kva eg meinte med dyktig pleiar, men let det vera opp til avdelingsleiar å avgjera. Eg prøvde å få ei jamn fordeling mellom menn og kvinner, men det var ikkje heilt uproblematisk, då majoriteten av pleiarane ved sjukeheimen var kvinner. Det var få menn i faste stillingar, men det var menn inne i kortare og lengre vikariat, og for å kunne inkludere nokon av desse, slo eg av på krava om at dei måtte vera erfarne og dyktige. Det blei inkludert ein mann med 2 års erfaring, ein annan mann hadde 7 års erfaring. Dei andre pleiarane hadde arbeid i 10-25 år med vask og stell av pleietrengjande. Tre av pleiarane som blei observert og intervju kom frå område sør for ekvator. Seks av pleiarinformantane var hjelpepleiarar, to var ufaglærde og ei var sjukepleiar. Pleiarane i studien var i alderen 30-56 år då dei blei intervju. Denne studien er med andre ord basert på observasjonar av og intervju med både erfarne og uerfarne, menn og kvinner, norske og utanlandske, pleiarar og pleietrengjande, faglærte og ufaglærte, hjelpepleiarar og sjukepleiarar. Samfunnsforskarane Pål Repstad (2000: 67-68) og Anne Ryen (2002: 85-87) argumenterer for at ein bør prøve å framskaffe eit variert og materiale, og dei mangfaldige deltakarane i denne studien har gjort sitt til at me har fått fram eit nyansert bilde av kroppsvask i sjukepleia (jf. kap. 6).

Personvern: Før ein kan starte observasjon og intervju i ein norsk helseinstitusjon, lyt ein innhente skriftlege løyve frå *Norsk samfunnsvitskapleg datateneste* (NSD, jf. vedlegg 1), tilråding frå *Regional komité for medisinsk forskningsetikk* (REK, jf. vedlegg 2), løyve frå sjukeheimen (jf. vedlegg 3) og samtykke frå involverte pleietrengjande og pleiarar (jf. vedlegg 4),

I denne studien blei det gjort lydbandopptak. Slikt materialet kan lett føre til at pleietrengjande og pleiarar blir identifiserte, derfor blei opptaka oppbevart nedlåst, utilgjengeleg for andre. Registeret med namn og alder blei også oppbevart på ei åtskild, nedlåst liste. Personvern er ei utfordring i kvalitative studiar med få informantar. I denne

studien viste det seg at svært få av dei pleietrengjande var i stand til å delta, og at det var få mannlige pleiarar tilsett ved institusjonen. Dette gjorde det er ekstra lett å identifisere dei som deltok. Avdelingsleiar og fleire av pleiarane ved ei avdeling kan vita kva pleiarar og pleietrengjande som har delteke. Det kan også vera at dei som har delteke eller som kjenner til studien har fortalt andre om den. I etterkant ser eg at eg burde ha oppfordra institusjonen og dei som deltok om å halda deltakinga hemmeleg. Det er ikkje nok at forskaren arbeider for å sikre størst mogeleg anonymitet.

For å hindra at personar skulle attkjende, har eg enkelte gongar skrive om utsegn og observasjonar, og ein del informasjon har rett og slett blitt utelaten, fordi eg kunne risikere at deltakaren blei identifisert. I analysane av intervju har eg notert mannleg/kvinneleg pleiar/pleietrengjande under direkte sitat. Under arbeidet med analysane hadde eg i tillegg nummer, men dei måtte eg ta bort før publisering, ettersom det blei altfor lett å identifisere deltakarane når ein kunne fylgje utsegnene deira ved hjelp av nummer. For å anonymisere avdelingane har eg oppgitt at det bur 27 pleietrengjande på kvar avdeling, sjølv om det budde 26 på enkelte og 28 på andre. Tala er ikkje meint som grunnlag for statistiske analysar, derfor meiner eg det er greitt å runde av til 27, for å gjere det vanskelegare å identifisere avdelingane. At det blei utført intervju både i 2002 og 2006 borgar for stor grad av anonymitet, då det er sannsynleg at det har vore utskiftingar av både pleiarar og pleietrengjande ved institusjonen i den aktuelle perioden. Dei som les veit ikkje om personane eg refererer til vart intervjuet i 2002 eller i 2006.

Som nemnt ovanfor er det problem knytt til samtykke, fordi deltakarane ikkje har full oversikt over kva dei seier ja til. Uvissa som ligg implisitt i kvalitative studiar kan føre til problem når ein søkjer om løyve. I prosjektplanen skisserte eg fleire ulike teoretiske perspektiv, og at observasjonane og intervjuet ville bli avgjerande for kva retning studien ville ta. Dette førte til ekstrarundar med REK.

Sjukeheimen der observasjon og intervju blei gjennomført var heile tida positiv til forskingsprosjektet, og dei gav meg løyve til å starte straks NSD og REK hadde tilrådd prosjektet. Før oppstart av observasjon og intervju blei det arrangert eit møte med sjefssjukepleiar og alle avdelingsleiarane ved sjukeheimen. På dette møtet var det fleire som spontant uttrykte at dei trudde pleietrengjande og pleiarar ville setja pris på å få delta i

studien. Avdelingssjukepleiar var nøkkelperson i den praktiske gjennomføringa av observasjonar og intervju, fordi ho gjennomførte fyrste gongs kontakt med aktuelle deltakarar, gav dei informasjonsskriv og leverte samtykkeerklæringane til meg. Innhaldet i informasjonsskriva til pleietrengjande og pleiarar var heilt samanfallande, men det var formulert litt ulik for å retta seg mot dei respektive gruppene. Sidan innhaldet i skriva er like, har eg berre lagt ved pleiarversjonen (jf. vedlegg 4). Når eg trong nye deltakarar, ringde eg til avdelingssjukepleiar ved ein av dei aktuelle avdelingane, og høyrde om ho hadde kandidatar. Når ho hadde forhøyr seg og funne personar som ville delta, tok ho kontakt med meg. Denne omvegen var med på å anonymisere kven, både av pleietrengjande og pleiarar, som eventuelt sa nei til deltaking, samstundes som den gav institusjonen makt til å plukke ut dei personane som dei ynskte som talerøyr.

Eg fekk vanlegvis samtykkeerklæringa frå avdelingsleiar i det eg møtte opp om morgonen, men ein gong var ikkje avdelingsleiar til stades, og erklæringane var ikkje underskrivne, men den aktuelle pleiar og pleietrengjande visste at eg kom, og pleiaren skreiv under før observasjonen starta. Problemet var at den pleietrengjande var så ustø på handa at ho ikkje kunne skrive under. På bakgrunn av at ho munnleg hadde sagt til avdelingssjukepleiaren at ho ville delta og sa det same til meg og pleiar, skreiv me under på erklæringa for henne. Ein annan gong dukka det opp to pleiarar i stellet, men avdelingsleiar hadde berre henta inn samtykke frå den eine. Vedkomande som kom for å hjelpe til var informert om at eg skulle observere, og var positiv til å delta i studien. Ho skreiv under etter observasjon og blei også intervjuet.

Vanlegvis såg det ut for at dei personane avdelingssjukepleiar hadde førespurt ynskte å bli observert og intervjuet, men enkelte gongar lurte eg på om dei gjorde det fordi dei følte seg pliktige til å delta, som om dette var noko dei måtte finna seg i som pleiarar og pleietrengjande i sjukeheim. Det kom i alle høve fram at to av dei pleietrengjande hadde grudd seg, men i etterkant gav dei uttrykk for at dei tykte det hadde vore fint å delta. Ein gong var det ei som ikkje verka så interessert i det me snakka om, og som gav uttrykk for at ho trudde alle pleietrengjande måtte delta i forskingsprosjektet. Intervjuet med henne blei kort. Eg hadde også ei kjensle av at ei av pleiarane deltok utan at ho hadde så lyst til det.

Det er fleire dilemma knytte til informert samtykke i kvalitative studiar. Eit av dei handlar om at spørsmåla kan endre seg undervegs. Derfor kan ikkje deltakarane vita heilt konkret kva dei har samtykka til. Det vert problematisert av den danske utdanningspsykologen Steinar Kvale (1997: 65-71). I denne studien vart tema og spørsmålsstilling justert undervegs, men endringane var ikkje radikale, og eg tykte ikkje at dei var etisk problematiske. Derimot tykkjer eg det er eit større dilemma at det som blei sagt og gjort har blitt utsett for teoretisk objektivisering som verken eg eller deltakarane hadde føresetnader for å kunne førestelle oss. Studien kan bryte med pleietrengjande og pleiarar si eiga forståing av kroppsvask, og med institusjonen sine synspunkt og interesser. Omtanken for institusjonen og dei som har delteke må ein alltid ha med seg, samstundes som forskar lyt våge å koma med framstillingar som kan rokke ved tradisjonelle oppfatningar.

Når ein undersøker eit område ein kjenner godt, slik eg har gjer i denne studien, kan ein ta mykje for gitt. Trass i slike innvendingar er det fleire føremoner enn ulemper med å forske på heimebane, då gode forkunnskapar gjer at ein betre forstår kva som skjer, og dermed kan unngå pinlege mistydingar og feiltolkingar. Men nærleik kan bli eit problem dersom ein ikkje klarar å distansere seg. Då kan ein risikere å redusere seg sjølv til talerøyr for dei ein skriv om. Skulle det skje, meiner Repstad (2000: 30) og Wadel (1991: 18-20) at ein har forsømt oppgåva si som forskar, som går ut på å utfordre gjeldande oppfatningar av det som vert studert. Det same argumenterer Foucault for (jf. kap. 5).

Observasjon: Når løyva var i orden, kunne eg starte observasjon. Når ein brukar observasjon som forskingsmetode slik eg har gjort i denne studien, ser ein på korleis menneske oppfører seg i situasjonar dei vanlegvis brukar å møtast i. Observasjon eignar seg best når problemstillinga er knytt til eit avgrensa og overkommeleg geografisk område. I forskingssamanheng er det vanleg at dei som vert observert har samtykka i det. Slik open observasjon vil alltid medføre forskningseffekt i større eller mindre grad. Forskingseffekt inneber at dei som vert observerte opptre annleis enn dei ville ha gjort dersom det ikkje fann stad forskning. Observatøren sin veremåte, kjønn, alder, status, klede osv. kan påverke den sosiale situasjonen ein deltek i/forskar i. Forskingseffekt kan like gjerne oppstå når forskar deltek aktivt i feltet som når forskar har ei meir passiv og tilbaketrekt rolle (Repstad 2000: 26-44). Forskaren er ikkje eit objektivt, registrerande instrument, men eit menneske som deltek i studien og påverkar alle delar av den. Forskar har ingen objektiv tilskodarposisjon.

Vedkomande lyt definere seg sjølv på same måte som ein definerer dei andre som deltek i studien. Det fins ikkje noko standpunkt utanfor samfunn og historie, der ein har oversikt og kan vera ein upåverka observatør. Dette argumenterer den norske filosofen Hans Skjervheim (2001: 71-102) overtydande for i *Deltakar og tilskodar*.

Sjølv om forskaren ikkje kan gå ut i verda og registrere den slik den er, er det generelt ei føremon å opphalda seg i konteksten studien tek utgangspunkt i. I den samanhengen må ein vurdere kor stor plass observasjonane skal ha: om dei skal vera hovudkjelde til informasjon eller brukast som utfyllande informasjon. Den norske sosiologen og kvinneforskarer Karin Widerberg (2001: 110-115) argumenterer for at dersom observasjon ikkje er hovudkjelda, men berre er meint som utfylling til intervjuet, er det ei føremon å gjera observasjonane før ein intervjuar. Dersom ein intervjuar før ein observerer, vil truleg både forskar og ikkje minst dei som er blitt intervjuar, vera meir styrt av det som har vore sagt. Ein bør syte for at observasjonssekvensane ikkje vert for lange. To timar er gjerne maksimum. Straks etter ein observasjon bør ein trekkje seg attende for å gjera notat. Det kan vera forstyrrende for alle partar om det vert gjort notat undervegs (Repstad 2000: 27-28, 50-55), og forskaren bør kle seg slik at ho tilpassar seg kulturen intervjuet skal finna stad i (Ryen 2002: 117, 139-140).

Når ein vel å observere, så er det gjerne fordi ein ynskjer å sjå korleis noko eigentleg er eller vert gjort, men sidan ein ser selektivt, er det ikkje mogeleg å gje ei eksakt skildring av dette. Dette tyder ikkje at ein ikkje skal gjera observasjonar, men at ein må vera klar over brillene ein har på seg og ha eit reflektert forhold til si eiga rolle og samfunnssamanhengen ein står i. Som me såg ovanfor, har kunnskap som er basert på observasjon vore brukt som grunnlag for å utleie normer for kroppslige praksisar (Foucault 1999/1975). I denne studien inngår observasjonane i ein samheng der ein prøver å utfordre eksisterande koplingar mellom hygiene-/behovsteori og kroppsvask i sjukepleia.

Etter at alle løyve var i orden, starta eg observasjon av situasjonar der pleietrengjande fekk hjelp av pleiarar til å vaske og stelle seg i det dei stod opp om morgonen. Observasjonane blei gjennomførte før intervjuar. Det hadde samheng med at eg ynskte å ha ein felles situasjon å snakke ut frå. Til saman gjorde eg 10 observasjonar med 10 ulike pleietrengjande og 10 ulike pleiarar. Den eine pleiaren blei observert både i 2002 og 2006, men berre intervjuar i 2002. Observasjonane var avgrensa til morgonstell, og varte mellom 15-85 minutt,

gjennomsnittleg 40 minutt. Fire av observasjonane fann stad på enkeltrom, medan seks av observasjonane blei gjennomførde på dobbeltrom. Ei av dei pleietrengjande fekk bekken i senga i det ho blei vaska, ei kunne sjølv gå på WC etter at ho var blitt vaska og stelt. Dei andre fekk hjelp til å koma seg på WC etter at dei hadde vaska seg. Ved to observasjonar fekk den pleietrengjande hjelp til å vaske og stelle seg medan ho sat på sengekanten. Ein av observasjonane varte i 85 minutt, og den omfatta dusj. Ved dei resterande 7 observasjonane blei den pleietrengjande vaska og stelt i senga. I to av stella som fann stad på dobbeltrom var den andre pleietrengjande på daglegstova medan eg observerte. Ved dei tre andre observasjonane i tosengsrom stod senga nærast døra, så eg trong ikkje gå forbi den pleietrengjande som ikkje var involvert i studien. Desse pleietrengjande blei skjerma slik at vedkomande ikkje såg meg, og omvendt.

Observasjonsrolle: Ved observasjon deltok eg ikkje aktivt i vask og stell av pleietrengjande. Sjølv om alle visste at eg var der som forskar, prøvde eg å dempa forskarrolla, ved ha på meg pleiaruniform, setja opp håret og ta vekk smykke slik eg ville ha gjort om eg var der som pleiar eller lærar. Eg valde namneskiltet med tittelen høgskulelektor. Denne påkledinga kan forsvarast fordi eg hadde permisjon frå stillinga som høgskulelektor, og fordi studien var ein lekk i arbeidet med å kvalifisere meg betre til det virket. Dette var ei observatørrolle dei var vande med i sjukeheimen, som var praksisplass for sjukepleiestudentar, og eg vona at det skulle gjera det enklare for pleietrengjande og pleiar å ha meg i rommet enn om eg markerte at eg var forskar, slik eg gjorde ved intervju (sjå nedanfor). På eit vis brukte eg uniforma til delvis å kamuflere forskarrolla, utan at eg opplevde dette som eit etisk dilemma, sidan alle partar visste kvifor eg var der.

Ved observasjon sat eg vanlegvis på ein stol eit lite stykke på skrå frå fotenden, slik at den pleietrengjande ikkje såg direkte på meg, men samstundes slik at eg kunne sjå kva som blei gjort. Det hendte eg deltok i samtaler, men det var ikkje mykje eg sa. Eg tok på eit målretta blick, men kunnskapstørsten var ikkje heilt grenselaus. Eg prøvde å vera diskret og ikkje *glane*, spesielt ikkje når den pleietrengjande vart vaska nedantil. I slike høve prøvde eg å gjera meg sjølv så usynleg som mogeleg. Eg fylgde heller ikkje med pleietrengjande og pleiarar inn på toalettet, men nøgde meg med å snakka med deltakarane om dette emne i etterkant. Eg prøvde å spela forskarrolla mi på ein slik måte at eg fekk innsyn i mest mogeleg, med minst mogeleg ulempe for dei som blei sett. Men der var ulemper, for to av dei

pleietrengjande fortalde at dei hadde grudd seg for å bli observert, men når det var overstått gav dei uttrykk for at dei tykte det hadde gått greitt. Dei fleste pleiarane var svært erfarne og trygge på seg sjølve, og såg ut for å like å vise fram arbeidet sitt, men det kunne sjå ut for at det ikkje var så kjekt for ei av dei minst kvalifiserte og rutinerte pleiarane at eg observerte det ho gjorde.

Observasjonsnotatar: Det blei ikkje gjort notat undervegs, då eg var redd for at det ville verke forstyrrende på alle i rommet. Dessutan ville det føre til at eg retta blikket mot arket og ikkje mot den pleietrengjande og pleiaren, og dermed ville eg få observert mindre, men eg tok notat straks etter observasjonane. Fem av observasjonane blei utført i 2002.

I utgangspunktet hadde eg ikkje tenkt å bruke observasjonane som grunnlag for analysar, berre som ein innfallsport til intervju, men etter kvart endra studien seg til å handle om vaskepraksisar og ikkje opplevingar av kroppspleierelasjonen (jf. kap. 1). Denne vendinga førte til at observasjonsnotata blei inkluderte i analysearbeidet, og for å få eit mest mogeleg komplett bilde av korleis kroppsvask blei gjort, blei det gjennomført 5 nye observasjonar i 2006. Observasjonsnotata frå 2006 var ofte stikkord som fleire gongar blei plassert tematisk direkte inn i det analyserte materialet frå 2002. I etterkant angra eg på at eg gjorde det slik, då det blei uoversiktleg å arbeide med når eg seinare omformulerte og omstrukturerte empirien. Det var mykje lettare å gå attende i observasjonsnotata/ stikkorda frå 2002, som var skrivne ut systematisk og samanhengande. Totalt utgjer observasjonsnotata eit lite materiale, medan teksten frå transkriberte intervju er nokså omfattande.

Intervju: Observasjonane viste seg å bli eit godt utgangspunkt for intervju. Me hadde ein felles situasjon og noko konkret å samtale ut frå. Vidare trong verken pleietrengjande, pleiarar eller forskaren å gjere seg til. Eg hadde sett *alt* og me kunne kalle *ein spade for ein spade*. Nedanfor skal eg gjera greie for korleis intervju er forstått og gjennomført.

Frå slutten av 1800-talet har det vore vanleg å bruke intervju i klinisk praksis og ikkje minst i samband med samfunnsvitskaplege undersøkingar. Allereie i 1886 blei intervju brukt ved systematiske undersøkingar av økonomiske og sosiale tilhøve i London (Ryen 2002: 126). Gjennom intervju får ein kjennskap til subjekta sine tenkjemåtar, og koplinga mellom systematiserte intervju (om for eksempel seksualitet) og praksisar har i fylgje Foucault (1995/1976, jf. ovanfor) vore brukt til å få den enkelte til å disiplinere seg sjølv. Liksom

observasjonane i denne studien har som formål å utfordre koplinga mellom kunnskap og praksisar, brukar me intervjuar til å gjera det same.

Intervju er ei utveksling av synspunkt mellom to personar som samtaler om eit tema som begge er opptekne av, men forskingsintervju er ikkje konversasjon mellom likeverdige deltakarar. Forskingsintervju er samtaler som hovudsakleg er styrte av forskaren sine interesser (Kvale 1997: 17- 21, 72-76). Intervjua har gjerne karakter av ein personleg og fortruleg samtale, men det dreier seg ikkje om ein eigentleg fortruleg samtale, men om at ein utnyttar den fortrulege samtaleforma i forskingssamanheng. Det kvalitative forskingsintervjuet oppfordrar til, ja, det kan jamvel forføre den andre til å vera open på ein måte ein elles berre ville ha vore i vennskaplege og fortrulege samanhengar. Den danske psykologen Jette Fog (2001/1994: 17-23, 26) argumenterer for at forskaren må vera svært nøye med korleis ho snakkar og oppfører seg, slik at ho får den andre til å kjenne det naturleg å opne seg må forskaren. Ho må stemme instrumentet sitt med rett tonefall, rette ordval og rett kroppsspråk. Kor mykje kunnskap som kjem fram er avhengig av forskaren si evne til å få den andre til å snakke så open som mogeleg. I kvardagssamtalen er ein gjerne oppteken av at det kan vera øydeleggjande å koma for nær kvarandre. Derfor må ein nærme seg vanskelege spørsmål med varsemd. I et kvalitativt intervju kan signal på at ein er for nær *vert om representere en utfordring til intervjueren om å grave dypere* (Repstad 1998: 73).

I studien spelte eg på min eigen sjukepleiebakgrunn for å få den andre til å vera så open som mogeleg, for å få den andre til å seie mest mogeleg om kroppsvask. Ein snakkar ikkje med kven som helst om korleis ein vaskar seg nedantil eller korleis ein vaskar andre der. Ein snakkar heller ikkje til kven som helst om korleis toalettsituasjonar vert handterte. Slikt snakkar ein gjerne berre med spesielt innvigde om, personar som det er legitimt å snakka om slikt med. Sjukepleiaren er ein slik person. Ho er ein innvigd, og er van med å gjera det til den mest opplagte sak i verda å snakke om tannstell, bleier, urin, avføring osv. Dette er livsområde som ein elles snakkar lite om, fordi ein lett kan kjenne seg brydd (Lawler 1996/1991:173-176). Samstundes markerte eg ved hjelp av klede og bandspelar at eg var forskar og ikkje sjukepleiar når eg gjennomførte intervjuar. Lee-Treweek (1997) sin studie av ufaglærte pleiarar viste at pleiarane helst ikkje ville snakke om dei kroppslige sidene av arbeidet sitt. I denne studien verka det ikkje vanskeleg for dei pleietrengjande å snakka om kroppsvask. Dei faglærte pleiarane såg også ut for å like å snakke om emnet. Det kan ha

samanheng med at dei snakka om faget sitt. Det vart ein samtale om ei felles sak (Martinsen 2005). Ei av dei ufaglærte pleiarane såg ikkje ut for å vera så glad for å bli intervjuet. Det kan vera at ho var redd for at ein forskar som var sjukepleiar ikkje ville tykkje at det ho sa om kroppsvask var bra nok.

Delvis strukturert samtaleform: I denne studien blei det gjennomført delvis strukturerte intervju. Det inneber at ein har nokre emne som ein ynskjer å få svar på, samstundes som ein er open for at intervjuet kan føre ein i andre retningar enn det som var planlagt. Slike intervju fylgjer ikkje noko detaljert skjema, men det er viktig å gjera eit skikkeleg planleggingsarbeid og å ha klart for seg kva ein vil samtale om og kvifor. Temaguiden bør ikkje fylgjast slavisk. Den skal fungere som ei huskeliste, slik at ein får med seg dei emna som skal dekkast. Det kan faktisk vera ei føremon at guiden er nokså stikkordsmessig. Detaljerte, ferdig formulerte spørsmål som kjem tett som hagl kan vera passiviserande. Ein startar gjerne med generelle spørsmål på emneområdet fyrst, og fylgjer deretter opp med meir konkrete og avgrensa. Den kvalitative forskingssamtalen sin fleksibilitet inneber at temaguiden kan og bør justerast i løpet av eit prosjekt. Det kan vera aktuelt å justere den etter kven ein snakkar med, då alle deltakarane ikkje har føresetnad for å gje svar på det same. Ofte vil det vera unødvendig å få dei same faktiske opplysningane fleire gongar. Det kan også bli aktuelt å justere temaguiden av di enkelte emne fell bort, og nye emne og problemstillingar som det verkar meir adekvat å forfølge kan dukke opp (Kvale 1997: 76-81, Repstad 2000: 64-66, 75). Tema i 2002 var ikkje utforma på bakgrunn av ein bestemt teori, men var basert på funn frå hovudfagsstudien (Boge 1999, Boge og Kristoffersen 2002) og på eigne erfaringar med kroppsvask i sjukepleia. Tema sirkla rundt opplevingar i samband med vask og stell av alle kroppsdelar: ansikt, hender, rygg, føter osv. Vidare omfatta temaguiden stikkord som klyster, avførande stikkpiller, sengereing og av-/påkledning, og tema som alder, kjønn, tid, seksualitet, humor og autonomi. Temaguidane til pleiarane og dei pleietrengjande sirkla om det same, og dei var skisserte i informasjonsskriva (jf. vedlegg 4).

Justering av tema: Det var planen at studien skulle omfatte sengereing og av- og påkledning, men eg fann snart ut at det blei for omfattande å ha med. Eg hadde meir enn nok arbeid med å studere vask og stell av ulike kroppsdelar, og eg bestemte meg for å avgrense meg til det. Det viste seg snart at det ikkje var så lett å knyte opplevingar til vask og stell av enkelte kroppsdelar. Intervjuet i 2002 fungerte betre når eg starta med å be deltakarane om å fortelja

om konkrete (ikkje namngitte) personar som dei likte eller mislikte å hjelpe/få hjelp av i ulike kroppspeiesituasjonar, og så nøsta me vidare derifrå. Etter å ha analysert observasjonsnotat og transkriberte intervju frå 2002 og andre tekstar, gjennomførte eg nye intervju i 2006. Intervjua hadde hovudfokus på kor ofte ulike kroppsdelar blei vaska og stelt, fordi eg ville forsikre meg om at eg hadde nok materiale om dette, og at eg hadde eit nyansert bilde av praksisane.

Intervjurommet: Ein bør samtale med deltakarane der dei kjenner seg på heimebane (Repstad 2000: 72). Av dei pleietrengjande deltakarane valde seks å bli intervjuja på rommet sitt, medan fire blei intervjuja på andre ledige rom som me fekk låne på sjukeheimen. Pleiarane kunne velje om dei ville samtale med meg på sjukeheimen eller på kontoret mitt. Dei valde å gjennomføre samtalane i arbeidstida på eit ledig rom på sjukeheimen. Leiinga ved sjukeheimen hadde gitt pleiarane løyve til å la seg intervjuje i arbeidstida. Det medførte truleg at det var lettare å få pleiarar til å delta i studien.

Intervjutidspunkt: Ein bør ikkje gjera to intervju kloss etter kvarandre, ettersom ein bør ha tid til å notere moment frå eit intervju før ein startar eit nytt. Dessutan er intervju intense saker som krev krefter (Repstad 2000: 83). Det blei aldri gjennomført meir enn eitt intervju om dagen. Vanlegvis fann intervjuja stad ein til to dagar etter observasjonen, men for ein av pleiarane og to av dei pleietrengjande høvde det best å bli intervjuja same dag som dei blei observerte. Ein gong gjekk det kring to månader mellom observasjon og intervju med ein pleiar. Dette hadde samband med at eg måtte intervjuje ei som var på avlastning før ho drog heim, samstundes som eg kjente trong for å arbeide med å analysere tidlegare intervju betre før eg intervjuja den aktuelle pleiaren som blei observert. Dette var heilt på slutten av intervjuperioden i 2006.

Intervjulengde: Det fins ikkje noka oppskrift på kor lenge eit intervju bør vara, men eit par timar er ofte maksimum for kor lenge ein kan absorbere informasjon nokonlunde nøyaktig. Ein kan eventuelt legge inn pausar (Repstad 2000:76). Tre av intervjua varte kring 30 minutt. Dei andre 17 intervjuja varte mellom ein og to klokketimar. Det var sambandande intervju utan pause, og det verka ikkje som om nokon hadde bruk for avbrekk.

Kor mange deltakarar? Det fins ingen svar på kor mange deltakarar og intervju ei kvalitativ undersøking bør ha. Det må avgjerast skjønsmessig i kvart enkelt tilfelle. Det kvalitative forskningsintervjuet vert avslutta når forskaren meiner at han har nok empirisk materiale til å svara på forskingsspørsmåla og problemstillingane. Mange intervjustudiar er baserte på 10-15 intervju (Kvale 1997: 59-60). Dersom materialet er for stort, vert det vanskeleg å gjennomføre grundige analysar. Ein sluttar gjerne når ein opplever metting, men metting er eit vagt kriterium som inneber at nye intervju ikkje gjev vesentleg ny kunnskap. Dette kan like gjerne vera uttrykk for at forskar har lita evne til å variere og nyansere. Grensene ein set for kor mange og lange samtaler ein kan føre, er både ei praktisk, økonomisk og fagleg avgjersle (Repstad 2000: 69-70). Det er ikkje talet på deltakarar i seg sjølv som avgjer mettingspunktet, men innhaldet (Ryen 2002: 93).

Eg gjennomførte 20 intervju, eitt med kvar deltakar. Det var skjønn og ikkje mettingsopplevingar som var avgjerande for kor mange som blei inkludert. I dei siste intervjuja kom det fram nyansar som eg ikkje hadde høyrte frå nokon av dei andre deltakarane, og det reknar eg med at det ville gjera om eg intervjuja 20 nye også. Når eg likevel avslutta etter 20 intervju, hadde det samanheng med at eg vurderte det slik at eg hadde eit nyansert materiale om dei kroppslige vaskepraksisane i sjukeheimen. Det hadde aldri vore meininga at studien skulle seie *alt* om korleis pleietrengjande vert vaska og stelt.

I kvalitative intervjustudiar er det ofte slik at det er enklast for forskaren å snakke med opne, hjelpsame, velartikulerte, analytiske personar. Faren ved berre å lytte til slike personar er at dei representerer eliten, og ikkje nødvendigvis det gjengse verdigrunnlaget i den aktuelle organisasjonen (Kvale 1997: 91). Ved intervju var det svært ulikt korleis dei ulike informantane artikulerte seg. Variasjonen var størst mellom dei pleietrengjande. Medan nokre var sprudlande og veltalende, var fleire nokså fåmælte og lite utbroderande. Generelt var det lettare å føre samtaler med pleiarane enn dei pleietrengjande. Pleiarane sa gjennomgåande mykje meir om dei ulike emna enn dei pleietrengjande gjorde, men også der var det forskjell: spesielt to med utanlandsk bakgrunn formulerte seg nokså kortfatta. Dei som var kortfatta kom også med viktig informasjon, men det var gjerne nødvendig med fleire og meir presise spørsmål. Kor mykje eller lite som blei sagt såg ikkje ut for å ha nokon samanheng med at det var pinleg å snakke om kroppsvask.

Korleis hugse det som har blitt sagt? Notat undervegs i samtalen kan hjelpe ein til å hugse, men ein bandspelar kan vera eit enda betre hjelpemiddel, fordi ein får full merksemd på samtalepartnaren og kan gjennomgå heile samtalen i etterkant så ofte ein ynskjer. For å hugse det som blei sagt brukte eg to bandspelarar samstundes i 2002. Årsaka til at eg hadde på to stykke, var redsla for at det skulle oppstå tekniske problem som kunne føre til at deler av intervjuet gjekk tapt. I 2006 var eg meir avslappa, så då klarte eg meg med ein bandspelar, men eit av dei siste intervjuet var det så dårleg kvalitet på at eg angra på at eg ikkje hadde eit ekstra opptak. Sidan eg transkriberte rett etter opptaket hugsa eg godt kva som hadde vore sagt, og kunne fylla inn der det var uklart. Hadde eg ikkje transkribert rette etterpå, er eg redd for at mykje ville gått tapt.

Transkripsjon er konstruksjonar av den munnlege kommunikasjonen. Talespråket er saftigare, meir mangfaldig og meir nyansert enn det skrivne ord. Det er ei føremon om forskaren gjer transkripsjonsarbeidet sjølv, fordi ein då nærast på kjøpet får eit svært tett forhold til stoffet: det siv så og sei inn gjennom fingrane. Dessutan kan ein med mild hand redigere det ein skriv, men her lyt ein vera på vakt så ein ikkje forvengjer samtalen. Å skilja samtalefasen og analysefasen er mest umogeleg, då analyse og fortolking finn stad heile vegen, også under samtalan og i transkripsjonsarbeidet (Kvale 1997: 102-108, 122-123, Repstad 2000: 83-85). I denne studien transkriberte eg sjølv, og i den samanhengen blei det vurdert om det hadde dukka opp nye emne som burde vidareførast i neste samtale, om nokre spørsmål burde omformulerast eller utelatast, eller om nokre tilnærmingar fungerte betre enn andre (jf. justering av tema ovanfor). Intervjuet blei vanlegvis transkriberte før nye blei gjennomførte, men av praktiske omsyn hendte det eit par gongar at nye intervju blei gjennomført før det føregåande var transkribert. I 2002 blei intervjuet skrivne ned mest ordrett på dialekt. 10 transkriberte intervju utgjorde eit materiale på om lag 200 sider.

I 2002 omsette eg teksten frå transkripsjon til normalisert nynorsk etter at den fyrst var skriven ned på dialekt. I 2006 vart omsettinga til normalisert nynorsk gjort i transkripsjonsakta. Når utdrag frå dei transkriberte intervjuet vert presenterte i analysane (jf. kap. 6) for å poengtere ulike sider ved kroppsvask i sjukepleia, tek eg ikkje med spørsmåla som utløyste den aktuelle teksten, for det var gjerne mykje mellomsnakk og mange avstikkarar frå spørsmålet blei stilt og til det kom fram noko svar. Andre gongar kom utsegner spontant, utan spørsmål frå meg. Då eg gjorde intervju i 2006 hadde eg allereie

analysert intervju frå 2002, og i 2006 transkriberte eg stort sett berre det som kunne fylle ut eksisterande tekst eller som representerte nye innblikk i dei aktuelle emna, utelet utanomsnakk, og spørsmåla/ kommentarane mine blei berre skrivne ned når det var nødvendig for samanhengen sin del. Dette førte til at det er langt færre sider med tekst frå intervju i 2006. Sjølv om transkripsjonane frå 2006 har mindre omfang, var dei ikkje mindre viktige. Det hendte at eg plasserte transkripsjonane direkte der dei tematisk høyrde heime. Dette angra eg på, for det blei meir arbeid å leite dei fram att når det seinare viste seg at det var nødvendig omarbeide analysane både ein og fleire gongar.

Det fins ingen oppskrifter på korleis ein skal analysere observasjonsnotat og transkriberte intervju, men generelt er det slik at ein les igjennom fyrst, gjerne fleire gongar. Vidare er det ei føremon om ein analyserer empirien over lengre tidsspenn, slik at ein får tid til å tenkje seg inn i materialet, og vanlegvis kjem ein ikkje utanom å stykke opp empirien i mindre delar ved hjelp av klassifisering og koding (Repstad 2000/1998: 104-110). Allereie ved transkripsjon av intervju i 2002 markerte eg det som var sagt om vask og stell av ulike kroppsdelar: andlet, hender, nedantil osv. Deretter blei det som dei ulike deltakarane hadde sagt om dei enkelte kroppsdelane samla. I etterkant les eg gjennom transkripsjonane mange gongar, og prøvde å strukturere dei på ulike vis, men eg fann ingen måte å gjera det på som eg var nøgd med. Det eg såg og høyrde var så velkjent, så sjølv sagt etter alle åra som sjukepleiar (jf. kap. 1). Eg måtte distansere meg frå det kjente, og det var omvegen om hygiene- og behovsteori (jf. kap. 3), samfunnsramma kring oppkomsten til dei nemnde teoriane (jf. kap. 4) og Foucault (1994) sin måte å forske på og hans utleggingar av disiplinering (Foucault 1999/1975, 1995/1976) som gjorde meg i stand til å stille dei endelege spørsmåla til dei transkriberte intervju og anna materiale (jf. figur 1).

Figur 1: Oversikt over forskingsspørsmål og materiale
Overordna forskingsspørsmål
<i>Korleis er tilhøvet mellom hygieneteori og kroppsvask i sjukepleia?</i>
<i>Korleis er tilhøvet mellom behovsteori og kroppsvask i sjukepleia?</i>
Underordna forskingsspørsmål
<i>Kor ofte bør ulike kroppsdelar vaskast?</i>
<i>Kor ofte vert ulike kroppsdelar vaska?</i>
<i>Kor sjølvstendige bør pleietrengjande vera ved kroppsvask?</i>
<i>Kor sjølvstendige er pleietrengjande ved kroppsvask?</i>
Materiale
<u>Normative tekstar</u>
Nissen (2000/1877). <i>Lærebog i Sygepleie for Diakonisser</i>
Kaurin (1979). <i>Sygepleiersken: kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd</i>
Waage (1901) og Waage (1911/1901). <i>Lærebok i sykepleie</i>
Lerheim og Norsk Sykepleierforbund (1969). <i>Lærebok for sykepleierskoler I</i>
Kristoffersen (2004/1996). <i>Generell sykepleie 3</i>
<u>Deskriptive tekstar</u>
Sundt (1975/1869). <i>Om renligheds-stellet i noreg</i>
Observasjonsnotat og transkriberte intervju frå ein norsk sjukeheim i 2002 og 2006

Kapittel 6: Analyse og drøfting

I dette kapitlet analyserer og drøftar me fyrst tilhøvet mellom vaskepraksisar i sjukepleia og hygieneteori (jf. kap. 6a). Analysane og drøftingane er inspirert av Foucault (1999/1975) sin argumentasjon for at ein har disiplinert samfunnslemmane i demokratiske samfunn utanfrå, ved å kople kroppslege praksisar saman med objektiverande kunnskap, og i denne studien går me ut i frå at hygieneteoriane er utleidd frå objektiv kunnskap. Analysane har *kor ofte ulike kroppsdelar bør bli-/vert vaska* som omdreingspunkt, fordi ein kan forvente at vaskepraksisar som er utforma i pakt med hygieneteori, omfattar regelmessig vasking av kroppsdelar der det lett samlar seg avfallsstoff, og det gjer det gjerne der hud ligg mot hud og på kroppsdelar med mange sveittekjertlar.

I kapittel 6b analyserer og drøftar me tilhøvet mellom vaskepraksisar i sjukepleia og behovsteori. Analysane og drøftingane er inspirerte av Foucault (1995/1976) sin argumentasjon for at ein har prøvd å få enkeltindividua i demokratiske samfunn til å bli sjølvdisiplinerte, ved å kopla kroppslege praksisar saman med subjektiverande kunnskap. I denne studien går me ut i frå at behovsteori er utleia frå subjektiv kunnskap. Behovsteori skapar forventingar om at kroppsvask vert innterretta etter den enkelte sine behov, derfor spør me kor sjølvstendige pleietrengjande bør vera-/er ved kroppsvask i sjukepleia.

Foucault (1994) argumenterer for at studiar av kroppslege praksisar bør omfatte analyser av både normative og deskriptive tekstar, av det som bør vere og det som er. I kapittel 6 a og 6 b fungerer lærebøker i sjukepleie som materiale om korleis kroppsvask bør gjerast (Nissen 2000/1877, Kaurin 1879, Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967, Waage 1901 og 1911, Kristoffersen 2004/1996). Observasjonsnotat og transkriberte intervju frå ein norsk sjukeheim i 2002 og 2006 vert brukte som deskriptivt materiale om kroppsvask. Det same vert ein studie om kroppsvask i Noreg frå 1860-talet (Sundt 1975/1869). Sundt skriv ikkje spesielt om kroppsvask i sjukepleia, men studien vert brukt til å vise korleis folkelege vaskemåtar nedfelte seg i lærebøker i sjukepleie. Sundt (1975/1869) vert også brukt som materiale om moderne normer for kjønna samkvem ved kroppsvask. Dei normative og deskriptive tekstane vert drøfta opp imot hygiene- og behovsteori (jf. kap. 3). Me underbyggjer analysane drøftingane ved å trekkje inn tidlegare studiar (jf. kap. 2) og samfunnsramma (jf. kap. 4).

Kapittel 6a: Tilhøvet mellom hygieneteori og kroppsvask i sjukepleia

I dette kapittelet vil me sjå at det er lite som taler for at kroppsvasken i sjukepleia er utleia frå hygieneteori, derimot er det mykje som taler for at vaskepraksisane er utforma i pakt med moderne normer for utsjånad og lukt på den eine sida, og tidspress på den andre sida.

Utsjånad og lukt

Før 1911 var ein mest opptekne av å halda synlege kroppsdelar reine til dagleg, men på den tida begynte ein å argumentere for at pleietrengjande også burde vaske enkelte tildekka kroppsdelar kvar dag. Det er lite som taler for at denne utvidinga av kroppsvasken var fundert i hygieneteori. Dette skal me sjå nærare på nedanfor.

Før 1911 var det viktigast at synlege kroppsdelar var reine

I kapittel 4 såg me at 75% av det norske folket budde på landsbygda på 1800-talet, då faglært sjukepleie oppstod i vårt land, og den folkelege kroppsvasken hadde eit rituelt preg og var for ein stor del avgrensa til helgar og høgtider. Skit på kroppen blei ikkje rekna for skadeleg, det kunne tvert om vera eit gode. Samstundes gjekk det føre seg eit storstilt arbeid for å få norske menn og kvinner til å leggje om til hygienisk kroppsvask, og helsepersonell fekk ei sentral rolle i den samanhengen. Nedanfor skal me sjå at folkelege vaskepraksisar nedfelte seg i lærebøker i sjukepleie som blei utgitt før 1901, trass i at slike læreverk stod i ein hygienisk samanheng. For å vise det skal eg fyrst gjera greie for kor ofte det var vanleg å vaske ulike kroppsdelar på landsbygda i Noreg på 1860-talet (Sundt 1975/1869). Deretter skal me sjå korleis ein argumenterte for kroppsvask i lærebøker i sjukepleie fram til 1901 (Nissen 2000/1877, Kaurin 1879, Waage 1901).

Vaska heile kroppen til jul: På 1860-talet var det ikkje vanleg å bade heile kroppen på landsbygda anna enn til jul, men enkelte stader gjennomførte dei dette badet til påske og pinse også. Å førebu seg til jul med å bade, var ein eldgamal skikk. Det var det siste reingjeringsritualet ein gjennomførte før høgtida. I førevegen var huset vaska og reine sengkledde var lagt på sengene. Når ein gjekk ut av badet og tok på seg reine klede, som var lagde til rette, så var det med på å skapa ei høgtideleg stemning. Sundt brukte eit eksempel frå Sunnfjord når han skulle vise korleis julebadet blei utført:

Den første er naturligvis mannen selv, så kommer konen, så barnene, så tjenerne .. Etterhvert som noen er ferdig, ifører han sig juleklæderne, og råber ind i bagstuen, at nu er det plads for den næste. Frå badet samles folket inde i sæterstuen (rette vinterstuen), og nu – er det jul (Sundt 1975/1869: 319).

Denne skikken hadde lite med velvere å gjera, men handla om at ein førebudde seg til festen med ein viss grad av høgtideleg reinsing:

Vel kan man høre, at især barnene glæde sig til julelaugen; men begræbet er dog det, at man lauger sig ikkje netop for vederkvægselsens skyld, men for at berede sig til festen med en vis høitidelig renselse (Sundt 1975/1969: 318).

I småhus der det mangla badekar, hendte det at dei lånte kar. Mange stader vart kroppsvasken utført i fjøset, der det var både stor eldstad og stor gryte, og der gjorde det heller ingen ting om dei sølte vatn ut over golvet. Det største karet på garden vart brukt til desse bada, og det måtte kokast fleire gryter med vatn for å fylle dei (Sundt 1975/1869: 318). Enkelte stadar hadde dei slutta med karbad, men dei kunne likevel vaske heile kroppen til høgtider:

Men hvor badet er aflagt, holdes dog gjerne på denne afledede skikk, at til jul og de andre store høitider vasker man sig over hele legemet, eller man vasker først overkroppen og siden underkroppen, så det bliver nesten fuld vasking (Sundt 1975/1869: 295).

Dagleg vask av enkelte kroppsdelar: I tillegg til at folk kunne vaske heile kroppen i badekar, hende det at folk kunne vaske seg ved hjelp av dusj kring 1869. Sundt skriv i alle høve at dei så smått hadde begynt å dusje på Austlandet den siste mannsalderen. Det hadde starta med at ein og annan tok det etter legeråd:

.. i den sidste menneskealder er det ret blevet temmelig almindeligt her på Østlandet at indrette *styrtebad*, oprindelig efter lægeråd for en og anden patient, mere og mere og til vederkvegelse for friske folk (Sundt 1975/1869: 320).

I tillegg til at folk på Austlandet så smått hadde begynt å dusje, var det også teikn til at fleire austlendingar bada seg i elv og sjø, men på Vestlandet såg det ut for at bading i sjø og elv var meir problematisk enn på Austlandet:

.. i flere av de bergenske bygdelag (f.ex. i Søndmøre) mærkes nemlig den alt antydende hindring derimod, at man finder det upassende for folk at klæde sig af og bade sig i selskab. Det kan til nød gå an for børn ... Lauging betegnes som leg og fjas, upassende for voksne folk, for kvinder endog usømmelig (Sundt 1975:1869: 320-21).

På 1860-talet var det uvanleg at arbeidskarar vaska seg til dagleg. Når dei tok arbeidsklede på om måndagen, og gjekk ut for å arbeide, var det som om heile veka var ei samanhengjande arbeidsøkt, der det ikkje var tale om å pynte seg, og derfor vaska dei seg heller ikkje:

Hovudregelen er, at *man vasker sig, når man skal pynte sig*. Deraf følger, at *arbeidsfolk, som gå på almindeligt grovt arbejde*, så som arbeidsbønder, og husmænd, fremdels håndværkere, der have udearbeide, så som tømring og muring, ligeså fiskere og matroser, *de have den regel at vaske sig alene om lørdagen, da de pynte sig til søndagen* (Sundt 1975/1869: 290).

Skulle det derimot oppstå gravferd, bryllaup, formannsskapsmøte eller liknade midt i veka, var skikken at ein måtte vaske og pynte seg:

Træffer det så inde i ugen, at man må deltage i et gravøl eller bryllup eller reise til et formanskabs- eller fattigkommisjonsmøde, eller udrette noget andet erinde blant fremmede, lige så om man venter besøg av folk, som man må gjøre ære af, da siger skikken, at man må både pynte sig og vaske sig (Sundt 1975/1869: 290).

Det kunne også vera aktuelt å vaske seg om ein blei tilskitna av svært skite arbeid og av uvanleg mykje sveitte og støv:

... eller kommer man til at søle sig særdeles til formedelst smutsigt arbejde eller til at blive bedekket med sved og støv, så det besværer, da er det selvsagt, at man går hen og vasker sig (Sundt 1975/1869: 290).

Om det ikkje kom på nokon spesielle grunnar for kroppsvask, vaska mennene seg elles berre på laurdagar og til større høgtider, med unnatak av hendene, som kanskje måtte vaskast fleire gongar om dagen i samband med måltid:

... at hænderne tildels må vaskes ofte, kanskje fleire ganger om dagen, når man går ind til måltiderne o.s.v. (Sundt 1975/1869: 290).

Vaskeskikkane som er skissert ovanfor, omfatta størstedelen av mennene i Noreg på denne tida (1860-talet). Menn som ikkje hadde grovt arbeid, som hadde eit embete, til dømes lærarar, og eigedomsoppsitjarar som kunne leva eit herreliv, skulle vaske seg kvar dag. Det same gjaldt for soldatar som var til eksersis og hadde uniform på, og altså gjekk staskledde:

... mænd som ikkje gå på grovt arbejde, skulde vaske sig hver dag (Sundt 1975/1869: 291).

Medan arbeidskarar ikkje vaska anna enn hendene til dagleg, var det vanleg at kvinnene vaska både hender og ansikt kvar dag. Det hadde samanheng med at når dei stelte med koppar og gryter, vart hendene automatisk vaska, og når dei hadde vaska opp koppene etter frukost, tørka dei seg gjerne litt i ansiktet med den fuktige kluten:

Med kvindere har det sig anderledes. De sidde mere inde, de have med kopper og gryder at stelle, de have oftere vaskekluden i hånd, og alt dette gjør, at de komme mere i tour med at vaske sig daglig ... Vel, det er vel så, at denne deres daglige vasking ofte er sådan, at den kun kaldes at vaske sig i øinene (i augom), og at den til dels består i dette meget simple, at når de have vasket op madkoppene efter frokosten, så tørke de sig lidt i ansigtet med den halvvåde og lunkne klud (Sundt 1975/1869: 292).

Sjølv om det kunne variere kor mykje vask det var til dagleg, var det heilt uakseptabelt å la vera å vaske seg til helga, for denne reinsinga var ei høgtidleg førebuing til søndagen:

... den laug, som skulde tjene menneskene til renselse under den høitydelige beredelsen til søndagen (Sundt 1975/1869: 292).

Det varierte frå bygd til bygd kor omfattande laurdagsvasken var, men mange stader var det vanleg å vaske hovud, hals, bryst og armar til preikesøndag. Andre søndagar gjorde ein ikkje stort meir enn å vaske ansiktet:

Mange steder hører det fremdeles til, at til almindelig prædikesøndage eller kirkegang vaskes hovudet med hals og bryst og arme, istedetfor at der til andre søndage kanske ikkje gjøres stort mere af det end at vaske ansigtet vel (Sundt 1975/1869: 295).

Sjølv om ein hadde vaska seg på laurdag, var det vanleg å vaske ansiktet og hendene og setja håret i orden att på søndagen. I den samanhengen blei det brukt børstar og kammar av ulikt slag:

At pynte håret hører sammen med at vaske sig i andsigtet. Den, som gjør dette sidste daglig, reder også håret daglig; den der lever som arbeidsmand på gammel vis og først vasker sig om lørdagen, lader også hele ugen gå hen uden at pynte håret anderledes, end i det høieste glatte det med hånden. Ligesom fruentimmerne i det hele ere mere i vane med at vaske sig daglig, sees det også mere at holde sit hår i orden. ... Til at holde håret rent har man frå gammel tid brugt buste, der kan beskrives som en tykk og stiv malerkost uden skaft; den er nemlig gjort av svine-bust (børster). ... Nu avlegges dog bustens brug mere og mere. ... Den ombyttes med redekamme, dels af horn ... dels av messing (Sundt 1975/1869: 298-300).

1877-1879: I kapittel 4 såg me at den fyrste fagutdanning i sjukepleie i Noreg oppstod i 1868. Det vil sei året etter at Sundt (1975/1869) sin studie blei utgitt. I 1877 fekk me den fyrste

norske læreboka i sjukepleie (Nissen 2000/1877). I 1879 fekk me enda ei fagbok i sjukepleie (Kaurin 1979). På den tida då desse to læreverka kom ut, eksisterte det ei miasmatiske hygieneforståing (jf. kap. 3). I kapittel 4 såg me at (jf. Nightingale 1997/1869), som var overtydd miasmatiske, argumenterte for at det var livsviktig sjukepleie å syte for fri utveksling av gassar i huda. Dersom kroppsvask i sjukepleia var fundert i miasmeteori, skulle ein forvente at det blei argumentert for dagleg vask av kroppsdelar der hud ligg mot hud, fordi det lett kan samle seg sveitte, talg og ureinskarar der som kan hindre gassutveksling.. Nedanfor skal me sjå at verken Nissen (2000/1877) eller Kaurin (1879) argumenterer for dagleg vask av anna enn hender og ansikt, i tillegg til munnskyljing og eventuelt kjemming av hår. Andre kroppsdelar kunne vaskast om nødvendig:

Den Syges Ansigt og Hænder maa daglig vaskes. ... Den Syge maa, viss han ikkje er altfor svag, daglig skylle sin Mund. ... Hver Dag bør i Regelen ogsaa Haaret redes (Nissen 2000/1877: 34).

Hun passer nøie, at Ansigt og Hænder daglig vaskes og iøvrigt efter Sygdommens Medfør det hele Legeme eller enkelte Dele af same, som særlig er udsatte for urenlighed (Kaurin 1879: 10).

Det var spesielt ved siving av urin, avføring og blod at det kunne vera nødvendig med ekstra vasking:

For at vedligeholde Renlighed hos de Syge, der ofte tilsmudse sig med Urin, Afføring og Blødninger, ere Stiklagener nødvendige. Til et saadant tages bedst grovt, firedobbelt sammenlagt Lærred, fint bliver altfor let gennemvaadt. Det bør sammenlagt være 1 Alen bredt og 1,5 Alen langt. Det lægges opvarmet og glat under den Syge. Ved større Fugtighed bør man lægge et Stykke oljedug under, og ved stærk Udflod en stor Svamp, der ofte maa vaskes. Stiklagenerne maa ofte byttes og i Tilfælde af Blødning forevises Lægen, naar de skiftes: de tilsmudsede Legemsdele vaskes med Svamp og lunkent vand samt aftørres, inden det rene bliver lagt under (Nissen 2000/1877: 34).

Den daglege kroppsvasken som det vert argumentert for i lærebøker i sjukepleie i perioden 1877-1901 liknar mykje på kvardagsvasken som norske bygdekvinne praktiserte på 1860-talet, og på vaskinga norske bygdemenn gjennomførte når dei skulle vise seg i det offentlege rom. Møtet med sjukepleiaren kan vel reknast for ein offentlig situasjon, og såleis var argumentasjonen for dagleg vask av hender og ansikt i lærebøker frå 1870-talet også samanfallande med bygdemenn sine daglege vaskevanar (jf. Sundt 1975/1869 ovanfor).

Medan bygdefolk flest gjerne bada ein gong i året, argumenterte Nissen (2000/1877) for at

pleietrengjande burde få vaska heile kroppen ein gong i veka. I den samanheng måtte ein vera spesielt nøye med å vaske lekamsdelar der det hadde samla seg sveitte:

En gang ugentlig vaskes Kroppen og Lemmerne, helst med en Svamp og lunkent Sæbevand, og tørres derpaa med et varmt Haandklæde. De Legemsdele, hvor Sved har samlet sig, maa især vaskes omhyggelig (Nissen 2000/1877: 34).

Nissen skriv ikkje spesielt om hårvask, men det verkar rimeleg å anta at ho meinte at håret burde vaskast ein gong i veka, i samband med at *Kroppen og Lemmerne* blei vaska. Denne vaskinga kvar veke som Nissen (2000/1877) argumenterte for var meir omfattande enn helgevasken bygdefolket hadde praktisert, men prinsippet om storvask ein gong i veka lever tydelegvis vidare.

I tillegg til full kroppsvask ein gong i veka, argumenterer både Nissen (2000/1877) og Kaurin (1879) for at pleietrengjande som ikkje er reine, må vaskast i det ein startar eit pleiearbeid:

Naar det er nødvendig og tilraadeligt at give en Nyankommen et Renselsesbad, gives dette ligeledes i Badestuen. For syfilitiske og skabbede Patienter maa i ethvert Sygehus have særskilte Badekar, der aldri maa benyttes av andre (Nissen 2000/1877: 55).

Hun maa strax have sin Opmærksomhed henvendt paa den Syges Renlighedstilstand. Bemærker hun, at denne ei er tilfredsstillende, er det hendes første Pligt at skaffe ham et varmt Bad og ved Sæbevadskning grundig rense Legemet. Forekommer han hende for svag til at erholde et saadant helbad, eller er der andre Omstendigheder til Hinder herfor f. Ex. Benbrud, andre Slags Beskadigelser, mangel paa passende Badekar o.s.v., maa hun vaske hans hele legeme med lunkent vand og Sæbe. Dette kan foretages, medens han ligger i Sengen (Kaurin 1879: 8-9).

Desse innkomst-/oppstartbada som Nissen (2000/1877) og Kaurin (1879) argumenterte for kan vera rituelle uttrykk: på same vis som ein sjukepleiar i Paris i middelalderen ikkje kunne røre ved pleietrengjande før dei hadde motteke nattverden (jf. Vigarello 1988, kap. 4), burde norske pleietrengjande også gjennomføra eit reinsingsritual.

1901: Ovanfor har me sett at det er lite som taler for at kroppsvasken som Nissen (2000/1877) og Kaurin (1879) argumenterte for var fundert i miasmeteori. I 1901 kom det ut ei ny lærebok i sjukepleie. Den var forfatta av legen Waage, mange år etter at mikrobeteorien hadde fått gjennomslag. Denne teorien er det gjort nærare greie for i kapittel 3. Læreboka frå 1901 har eit eige kapittel om mikroorganismar. Der vert det argumentert for at bakteriane formeirar seg på fuktige og varme kroppsdelar. Ut frå denne argumentasjonen skulle ein

vente at Waage talte for at ein dagleg vaska stader der hud ligg mot hud, sidan det lett kan bli fuktig og varmt der, men det gjer han ikkje. Den daglege kroppsvasken som Waage argumenterer for i 1901 er samanfallande med Nissen (2000/1877) og Kaurin (1979) sin argumentasjon, med ein forskjell: Waage argumenterer for at pleietrengjande helst bør reinse tennene med tannbørste:

Hun (*sjukepleiaren*) skal sørge for den syges Toilette. ...og mindst en gang daglig vaskes på Hænder, Ansigt og Hals og om nødvendig også på andre Dele av Legemet. ... Enhver Patient skal klemmes hver Dag. Desuden skal alle syge hver Dag benytte Tandbørste eller i det mindste skylle Munden (Waage 1901: 3, det same står i utgåva frå 1911: 3).

Når Sundt (1975/1869), Nissen (2000/1877) og Kaurin (1879) ikkje argumenterer for tannpuss, kan det ha samanheng med at det var fyrst på 1900-talet det blei vanleg å pusse tennene (jf. Lundstrøm 1978, kap. 4). Merksemda kring tannstell kan vere uttrykkjer forventingar om at moderne menneske skulle ha tenner i munnen, og at desse burde vera reine og velstelte. Liksom tidlegare lærebøker i sjukepleie, er det fyrst og fremst synlege kroppsdelar Waage argumenterer for at ein bør halda reine til dagleg i 1901.

Som Nissen (2000/1877) og Kaurin (1879) argumenterer Waage (1901) for full kroppsvask ein gong i veka og for innkomstbad:

Viss den syges Tilstand tillader det, bør han en Gang ugentligt faa et bad eller vaskes over hele Legemet. Paa Sygehuse er det en Regel, at enhver Patient strax ved Indkomst skal bades, dersom der ikkje paa Grund af hans Sygdom er noget til Hinder derfor (Waage 1901: 3-4, det same står i utgåva frå 1911:3-4).

Badet burde ikkje vara lenger enn det som var nødvendig for at den pleietrengjande skulle bli rein:

Et Renslighedsbad bør, dersom den syge er svag og daarlig, ikkje vare længere, end høist nødvendig for at faa vasket ham ren (Waage 1901: 119, det same står i utgåva frå 1911: 124).

Denne argumentasjonen er samanfallande med Nightingale (1997/1860) si poengtering av at kroppsvask fyrst og fremst var eit naturvitskapleg gjeremål. Velvere var ikkje hovudsaka (jf. kap. 4).

Frå 1911 har ein forventa at pleietrengjande både ser reine ut og luktar godt

Så langt har me sett at den daglege kroppsvasken som sjukepleiefaget argumenterte for i perioden 1877-1901 hadde mange fellestrekk med folkelege vaskepraksisar, og at det er lite som talar for at desse vaskepraksisane var funderte i miasme- og mikrobeteori. I 1911 kom det ut ei revidert utgåve av Waage si lærebok frå 1901. Læreboka er nesten identisk med 1901-utgåva, bortsett frå at det vert argumentert for at den daglege reingjeringa av kroppen ikkje berre skulle omfatte ansikt, hender og munn/tenner, men også sete, rygg, armholer, analregion, skrevet, lyskane og hos kvinner foldane under brysta:

De må hver dag vaskes paa sættet og ryggen. ... Desuten bør man daglig vaske saadanne dele av legemet hvor hud støter saman med hud; armhulerne, analregionen og skrævet, lyskerne og hos kvinder folderne under brystene. Efter vaskinga maa huden tørres grundig og forsiktig (Waage 1911/1901: 82).

Ved fyrste augnekast kan det sjå ut for at denne argumentasjonen er i pakt med det ein skulle forvente ut frå mikrobeteori, men når me ser nærare etter, så argumenterer ikkje Waage for fotvask, trass i at bakteriane gjerne formeirar seg der hud ligg mot hud og der det er fuktig. Øyret er eit område med store sveittekjertlar, så ein skulle forvente at det blei argumentert for dagleg øyrevask, men ut frå mikrobeteori skulle det vel ikkje vera nokon større grunn for å vaske andre delar av ansiktet enn armar, leggar og lår, men Waage (1911/1901) argumenterer for dagleg ansiktsvask i 1911, medan det kan vera nok å vaske armar, leggar og lår ein gong i veka. Eit anna moment som talar mot at kroppsvasken som Waage argumenterer for i 1911 har mikrobeteori som rasjonale, er at kapittelet om mikroorganismar i 1911 er heilt identisk med det same kapittelet i fyrste utgåva frå 1901. Dersom vaskepraksisane var funderte i mikrobeteori, skulle ein forvente at argumentasjonen for meir omfattande dagleg kroppsvask skulle ha kome i 1901, men den kjem altså i 1911, utan at det i mellomtida har kome til ny mikrobekunnskap i læreboka. Kapittelet om mikrobar og kapittelet som omhandlar kroppsvask ser ikkje ut for å ha noko med kvarandre å gjera verken i 1901 eller 1911.

Korleis kunne det ha seg at det blei argumentert for meir omfattande dagleg kroppsvask i læreboka i 1911 enn i tidlegare lærebøker i sjukepleie? Det kan vera uttrykk for at toleransen for lukt var blitt mindre på den tida. Som me såg i kapittel 3 gjekk det føre seg eit storstilt arbeid i Noreg frå cirka 1830 for å få vekk søppel, og for å laga større avstand mellom folk, og mellom folk og dyr (jf. Natvig 1942/1941). Ved å vaske synlege kroppsdelar kunne ein sjå ordentleg ut, men det er klart at det måtte lukte dersom ein ikkje vaska seg under armane,

under brysta og nedantil. Etter kvart som det blei større avstand mellom menneske og dyr og boss og ekskrement blei fjerna, vart truleg lukta frå menneskekroppen meir påtrengjande, og det kan vera at vaskeinstruksjonane som oppstod i 1911 hadde luktreduksjon som formål. Det var ikkje nok at det moderne menneske såg reint og ordentleg ut: dei burde heller ikkje lukte. Kvifor blei det ikkje argumentert for daglege bad eller dusj, i staden for vask av enkelte kroppsdelar? Det kan ha samanheng med at det var eit mål at kroppsvask av folk flest skulle gjerast med så låge utgifter for storsamfunnet som mogeleg (jf. Vigarello 1988, kap. 4). I kapittel 5 såg me at Foucault (1999/1975) argumenterte for at ein disiplinerte moderne samfunnslemmar, slik at dei blei samfunnsnyttige, ved hjelp av kroppslege instruksjonar. Dei detaljerte vaskeinstruksjonane som Waage argumenterer for i 1911, kan ha vore brukt som eit disiplineringsverktøy, fordi dei var utforma slik at ingen, uansett kor fattige dei var, hadde gode grunnar for å la vera å fjerne skjemmande og luktande avfallsstoff frå kroppen. I kapittel 4 såg me at Nightingale (1997/1869) som grunnla moderne sjukepleie, argumenterte for at alle kunne halda seg reine sjølv om dei ikkje hadde bad. Det var nok med ei mugge med vatn og eit grovt handklede. I tillegg til at slik kroppsvask kosta lite i form av vatn og sanitært utstyr, kunne ein spare tid til å varma vatn og fylla opp badekar. I kapittel 5 såg me at maksimal utnytting av tida var eit sentralt omdreiingspunkt i det moderne disiplineringsarbeidet (jf. Foucault 1999/1975).

Nedanfor skal me sjå at norske lærebøker i sjukepleie frå 1967 og 2004 argumenterer for vask av heile kroppen kvar dag, medan den daglege kroppsvasken som vert praktisert i ein norsk sjukeheim i vår tid, er i pakt med vaskeinstruksjonane som blei nedfelt i Waage si lærbok i 1911.

Heile kroppen kvar dag: I 1967 fekk norsk sjukepleie for fyrste gong ei lærebok som argumenterte for sjukepleie ved hjelp av behovsteori, samstundes som hygieneargumentasjonen var den same som i det føregåande læreverket. Læreboka frå 1967 var også den fyrste som omtalte kroppsvask av pleietrengjande som personleg hygiene, og i den samanheng blei det argumentert for at hygiene byggjer på forskning (Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967: 109). Nedanfor skal me sjå at denne læreboka taler for full kroppsvask kvar morgon. I tillegg bør det utførast eit enklare stell om ettermiddagen og/eller om kvelden:

Morgenstellet er viktigst og mest omfattende. Det omfatter sengebade eller helvask og evt. tøyskift, tannpuss, hårstell, evt. barbering og sengereing.

Ettermiddags- og/eller kveldsstellet er enklere, men like nødvendig, særlig for sengeliggende pasienter (Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967: 147).

Vidare argumenterer læreboka for ei rekkje krav til personleg reinsemd:

KRAV TIL DAGLIG PERSONLEG RENSLIGHET.

Pasienten har krav på:

1. *Bad, evt. dusj, sengebud eller helvask en gang om dagen.*
Neglene sees over hver dag. Rensing, børsting og klipping av negler foretas etter behov.
 2. *Vask av ansikt, hender og bekkenvask om ettermiddagen og/eller kvelden.*
 3. *Bekkenvask etter avføring.*
Håndvask viss pasienten er selvhjulpen med dette.
 4. *Håndvask før måltidene.*
Dette er alminnelig god hygiene for alle friske mennesker. Det burde være det for sengeliggende pasienter også.
 5. *Ekstra vask etter behov viss pasienten er inkontinent eller svetter mye.*
- (Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967: 150)

Ut i frå mikrobeteori skulle det vel strengt talt ikkje vera nødvendig å vaske anna enn fuktige kroppsdelar der bakteriane har lett for å formeire seg, det vil seie der hud ligg mot hud og der det er mange sveittekjertlar. Det ser med andre ord ut for at læreboka frå 1967 argumenterer for mykje meir omfattande kroppsvask enn det som skulle vera nødvendig ut i frå mikrobeteori, og denne argumentasjonen tek heller ikkje utspring i den enkelte pleietrengjande sine behov.

Som i læreboka til Lerheim og Norsk sykepleierforbund (1967), argumenterer den mest brukte læreboka i grunnleggjande sjukepleie i Noreg våren 2005 (Kristoffersen 2004/1996) for kroppsvask både ved hjelp av behovs- og hygieneteori, og denne læreboka opnar opp for at pleietrengjande bør få halda fram med vaskevanane dei hadde før dei blei pleietrengjande, og at det vanlegaste i vår tid er dagleg dusj:

I møte med medmennesker som trenger vår bistand, er det viktig å finne ut hva som har vært vanlig for vedkommende. Våre egne vaner trenger ikkje være de eneste som tilfredsstiller dagens hygienekrav (Førsund 2004/1996: 40).

Den ukentlige badedagen, laugardagen, er i dag erstattet med daglig dusj. Mange dusjer både morgon og kveld, etter endt arbeidsdag og /eller dagens treningsøkt (Førsund 2004/1996: 23).

Læreboka argumenterer for at pleietrengjande som ikkje dusjar kvar dag bør få hjelp til å vaske seg ved hjelp av vaskefat og klut i seng. I den samanheng er det detaljerte, illustrerte

skildringar av korleis alle kroppsdelar bør vaskast (Førsund 2004/1996: 69-82). Vidare vert det argumentert for at bleier bør skiftast så snart dei er blitt våte/det har kome avføring i dei:

En våt bleie vil kunne skade huden. Dessutan kan det bli en intens lukt av den etter kort tid. Bleien må derfor skiftes så snart som mulig etter at den er blitt våt eller det har kommet avføring i den (Vinsnes og Gjerland 2004/1996: 380)

Minimumsvask: Dersom pleietrengjande ikkje vaskar heile kroppen kvar dag, argumenterer læreboka for at ein som eit minimum bør vaske ansikt, hender, område med mykje sveittsekresjon og intimområdet med såpe og vatn. Ein må spesielt vera nøye med å vaske hendene før måltid og etter skitne arbeidsoperasjonar, som for eksempel toalettbesøk:

De som ikkje tar daglig dusj, foretar i stedet vask av kroppen. ... En bør daglig vaske ansikt, områder som har stor svettesekresjon, og intimområder med såpe og vann Hendene krever spesiell oppmerksomhet ... Før en tar til med rene arbeidsoperasjoner, for eksempel spising, må hendene vaskes grundig. Det same gjelder etter urene gjøremål, for eksempel toalettbesøk (Førsund 2004/1996: 23).

Førsund (2004/1996: 21) reknar føter, armholer og handflater som område med stor sveittsekresjon, og argumenterer vidare for at sveittekjertlane i armholene, øyregangane og genitaliaområdet er spesielt store. Dersom ein ikkje er nøye med å halda huda rein kan det oppstå ubehageleg lukt. Ho argumenterer vidare for at ein bør vaske område der hud ligg mot hud (Førsund 2004/1996: 71). Under kvinnebrysta ligg hud mot hud, så det er rimeleg å anta at ho meiner at dette området bør vaskast dagleg, men kanskje ikkje brystområdet til menn. Kjønnsgangane, anus og omkringliggjande område er også plassar der hud ligg mot hud. Desse områda har rikeleg med sveittekjertlar. Vidare bør håret vaskast når den pleietrengjande kjenner trong for det, men ikkje sjeldnare enn ein gong i veka:

Er pasienten bevisst, kjenner han ofte selv når hårvask er nødvendig. Håret må imidlertid vaskes en gang i uken (Førsund 2004/1996: 79-80).

Pleietrengjande bør få halda fram med tannpuss- vanane sine, men det må minimum gjerast ein gong om dagen:

Renhold av tenner og munn utføres forskjellig fra person til person når det gjelder hyppighet, grundighet og tidspunkt. Noen pusser tennene før frokost, mens andre synest det er best å rense munnen etterpå. Noen pusser tennene etter hvert måltid. ... Minimum en gang daglig må munn og tenner rengjøres. ... Det vanligste er å pusse tenner hver morgen og kveld (Førsund 2004/1996: 31).

Tannproteser må rengjøres like ofte og like nøye som faste tenner (Førsund 2004/1996: 32).

Samstundes som læreboka argumenterer for minimumskroppsvask, vert det argumentert for at ein bør ta utgangspunkt i den enkelte sine vanar. Når me ser nærare etter, så ser me at krava til reinsemd er overordna den pleietrengjande sine vanar, for på den eine sida vert det argumentert for at den enkelte pleietrengjande sjølv avgjer kor ofte dei vil vaske seg, men på den andre sida lyt praksisane oppfylle *dagens hygienekrav*. Vidare vert det argumentert for at pleietrengjande bør få halda fram med tannpuss-vanane sine, *men* munn og tenner må minimum reingjerast ein gong om dagen. Det vert argumentert for at det er individuelt korleis folk steller håret etter at det er vaska, og det bør ein ta omsyn til, *men* det må kjemast eller børstast kvar dag. Læreboka argumenterer for at håret bør vaskast når den pleietrengjande kjenner trong for det, *men* ikkje sjeldnare enn ein gong i veka.

Den som ikkje vil, den må

Minimumskroppsvasken som Kristoffersen (2004/1996) argumenterer for ligg tett opp til vaskepraksisane som det blei argumentert for i Waage 1911, og som me har sett ovanfor er det lite som taler for at desse praksisane er funderte i hygieneteori. Nedanfor skal me sjå at kroppsvasken som blei gjennomført i ein norsk sjukeheimen i 2002 og 2006 i grove trekk var i pakt med minimumskroppsvasken i Kristoffersen (2004/1996)/vaskenormene som Waage nedfelte i 1911. Til dagleg var det vanleg at pleietrengjande vaska ansikt, hals, hender, armholer, brystområde, rygg og nedantil, og at håret blei kjemma/børsta og tennene pussa. Kvar 14. dag blei det gjennomført dusj. Nedanfor skal eg argumentere for at det ser ut for at det er normer og tidspress som avgjer kor mykje pleietrengjande i ein norsk sjukeheim vert vaska, og ikkje redsla for mikrobar.

I kapittel 4 såg me at det blei mindre toleranse for uflidde personar i den moderne tid, og det ser ut for at toleransen er minst like liten i vår tid. I sjukeheimen var det vanskeleg å imøtekoma pleietrengjande som ville vaske og stelle seg mindre enn normert, fordi andre pleietrengjande, pleiarar og pårørande ikkje aksepterte slike personar:

Eg tenkjer på korleis me institusjonaliserer dei. Me gjer dei ganske like. Me gjer dei veldig slik at dei passar inn i vår kvardag. Du må berre ikkje koma her og koma her. Me har ikkje hatt så stort problem med at pleietrengjande reagerar på det, for når dei kjem (*får plass i sjukeheimen*) så er dei gjerne så sjeleglade for å få hjelp. Det er nesten slik at dei finn seg i kva som helst og pårørande går forsiktig i dørene, så glade for at dei endeleg har fått kome inn. Det er få som er så kjekke at dei kan stille krav. ... Me har dei som vil bli vaska framme, på ryggen, på armar og ... stort sett heile overkroppen kvar dag. Då kan eg av og til synast at det blir litt mykje. Dei har kanskje ikkje noko spesiell kroppslukt som tilseier at dei burde det. På den andre sida har du

gjerne dei som synest det er unødvendig å vaske seg. Synest du eg er skiten, kan dei spørja. Slike reaksjonar kan ho få frå både menn og kvinner. ... Kanskje det ikkje er nødvendig med kjemperitual kvar dag. Det har me snakka mykje om.

Forskar: Er det rom for at personar som vil vaske seg lite, kan få lov til det? Eg trur det hadde gått for ei stund, heilt til dei kanskje begynner å få ein spesiell kroppslukt. Svette eller urin ... eg tenkjer at det gjerne er det det handlar om (Kvinneleg pleiar).

Medan pleiaren ovanfor, som arbeidde på ei langtidsavdeling, ikkje trudde pårørande ville våge å seie noko dersom den pleietrengjande blei stelt mindre enn vanleg, så meinte ein pleiar på ei avlastingsavdeling at det ikkje ville bli tålt av pårørande:

Det er vanskeleg når me set våre mål på kva pasienten skal vera igjennom av program i forhold til hygiene. Mens dei sjølve kanskje er rimeleg nøgde om dei får vaske andlet og hender og får byte nedantil og ikkje nødvendigvis bli vaska på ryggen kvar dag for eksempel. Men ofte opplever eg at me stiller -, og ikkje minst pårørande stiller høge krav til kva som skal gjerast for den gamle (Mannleg pleiar).

Den same pleiaren problematiserte at det var lite rom for at pleietrengjande som ville vaske seg mindre enn norma, fekk lov til det. Når pleiarane heile tida gjekk inn og overtok, var han redd for at den pleietrengjande skulle få ei kjensle av at dei feila:

Me er ikkje redde for at me ikkje gjer det bra nok når me grip inn og gjer noko, men me lar dei forstå at dei ikkje steller seg bra nok etter nokre normer som er sette av personar som ikkje er sjuke. ... Det må gå an å finna noko som dei kan trivast med, samstundes som ingen må fortelja at dei ikkje treng hjelp, for det er derfor dei er her. ... Eg gjer ein del vurderingar der, kva andre gjer vågar eg ikkje å seie ... men det kan vera at i dag så får du vaske hender og andlet heilt sjølv, sjølv om det ikkje blir heilt slik som eg og du ville gjort det. For nokon kan det vera ein liten siger, utan at du må korrigere på dei heile tida. Legge til rette for at dei skal meistre (Mannleg pleiar).

Den ovanfor siterte mannlege pleiaren meinte at dei nyutdanna var mindre flinke til å justere seg etter den pleietrengjande sine ynskje enn det dei erfarne var:

Veldig mange gangar ser du at pleiarar som har vore her ei stund, som kjenner pasientane og som har erfaring frå liknande, eller nesten analoge tilfeller har meir tendens til å kunne justere under vegs enn ei som er ferske og nyutdanna. Ho vil gjerne kjøra *safe*, og gjera veldig mykje for pasienten (Mannleg pleiar).

Medan pleiaren ovanfor trudde dei ferske og nyutdanna var mest rigide, meinte ei av dei pleietrengjande kvinnene tvert om at det var dei eldre som var minst fleksible med omsyn til korleis den pleietrengjande skulle vaskast og stellast. Ho hadde ingen problem med å godta faglege grunngevingar for at pleia skulle gjerast på bestemte måtar, men elles burde pleiarane la den pleietrengjande bestemme mest mogeleg sjølv:

... dei eldre som har sine egne måtar for korleis tinga skal gjerast ... dei har gjerne ein sterkare fagidentitet ... dei er fagfolk, og det er dei veldig bevisste på, og det er greitt så lenge dei faglig kan grunngje ting, men elles må dei ikkje overføre sine oppdragsprinsipp frå barn til dei sjuke på sjukeheim, dei må ikkje begynne med oppdraging av sjuke menneske ... så dei ikkje unødig kjører opp sin eigen vilje i forhold til pasienten ... men lar dei sjølve avgjera så langt som mogeleg, sjølv om det ser absurd ut ... det har vore min politikk heile tida, sidan eg kom hit, at dette er min heim, her bur eg, her bestemmer eg ... også i detaljer, men sjølvsagt gjev eg rom for måtar dei kan gjera tinga på når resultatet blir det same, eg dirigerer ikkje i alle detaljar når dei steller meg, viss det ikkje har betydning for meg ... for eg vil ikkje dirigere folk meir enn høgst nødvendig (Kvinneleg pleietrengjande).

Av og til møtte pleiarane på pleietrengjande som det kunne vera utfordrande å vaske. I slike samanhengar prøvde dei å snu motviljen ved hjelp av vennlege veremåtar:

... eg hugsar ei dame ... ho var den vanskelegaste i avdelinga ... ho var så vanskeleg ... nesten blind ... men det var ein ting eg oppdaga ... ho var veldig nøye ... ingen ville gå inn og stelle, for ho var vanskeleg. ... OK, eg skal prøve å gå inn og stelle ... men fyrst brukte eg god tid ... prata litt med henne ... men i staden for å ta vaskeklut til hendene, tok eg eit vaskefat bort i senga, så ho fekk vaske hendene godt med såpe ... ho likte det ... når me var ferdige med å stelle ovanntil ... så prøvde eg å blotte minst mogeleg ... ho fekk klede på seg ... når eg var ferdig nedantil ... tørka og smurte eg godt ... og så beina, eg vaska heller ikkje dei med vaskeklut, men tok vaskefat og vaska føtene. ... Veit du kva, du kan helbrede sjuke med godt stell (Mannleg pleiar).

Den same pleiaren argumenterte for at kroppsvask handla om meir enn reinsemd. Det handla om å vise omtanke og om å gjera noko godt for eit anna menneske:

Kroppsspleie er ikkje å ta ein vaskeklut og litt vatn og gå rundt på heile kroppen ... det er ikkje det ... kroppsspleie er mykje meir enn det ... så til slutt, når du er ferdig, ein god klem til pasienten ... det er godt ... det er mange ting ... arbeid som du skal gjera dagleg ... men det står eit menneske framfor deg ... det oppstår ein relasjon mellom dei to ... sant ... og det er ein annan ting som eg trur betyr veldig mykje ... for eg seier at det er veldig viktig, sant, litt kjærleik ... korleis du gjer ting når du har litt kjærleik til menneske ... du føler litt at dei fortener det, dei treng det, for meg for eksempel er det ei glede å stelle pasienten, det er ei glede, og veit du kva, eg kjenner det sjølv godt, etter å ha stelt ein pasient godt, føler eg meg vel. Du ser korleis augo blinkar ... vet du kva ... augo dansar (Mannleg pleiar).

Samstundes som den mannlege pleiaren argumenterte for at ein kunne vende negativitet til positivitet ved hjelp av kroppsvask og om at gjeremålet handla om å gjera noko godt for eit anna menneske, fortalde han at det ikkje alltid var mogeleg å få til, og han lurte på om det hadde samanheng med at det var lite rom for dei pleietrengjande sine vanar og ynskje:

... enkelte toler ikkje morgonstell ... det er ikkje så viktig ... dei er ikkje vane til å stelle seg, og så kjem dei på sjukeheim. Heime gjer dei kva dei vil, men her på sjukeheimen, klokka halv åtte, kom igjen, opp ... dei har nettopp vakna, sant, kanskje

dei vil liggje litt lenger ... men me pressar dei likevel ... det er ingen som veit kor mykje makt me har ... me kan gjera kva me vil med pasienten ... eg ser i det daglege ... dei som ligg om natta ... og du har hatt ei dårleg natt ... du har sove dårleg ... og så plutselig kjem ein og tek dyna vekk, kom an ... du skal opp ... kva reaksjon får du ... sjølv sagt blir dei sinte ... så når dei gir rapport ... pasienten var så sint i dag ... men kvifor var han så sint ... det må vera ein grunn til at han var så sint (Mannleg pleiar).

Ei av dei pleietrengjande som tykte pleiarane var både dyktige og vennlege, gav samstundes uttrykk for at det var akkurat som om det hadde gått i blodet på pleiarane at kroppsvasken skulle utførast etter ein bestemt plan:

... det er gjerne akkurat som om du kan seie at det har gått inn i blodet på dei at slik skal det vera ... og då går det mekanisk ... det går på ein måte etter planen (Kvinneleg pleietrengjande).

No skulle det visa seg at det var eit visst rom for at pleietrengjande kunne få sleppe å vaske ryggen om dei bad om det:

... det har me prata om, at det ikkje er nødvendig å ta sånn veldig omstendeleg ... med rygg og alt ... men ni av ti dagar så blir det nok gjort (Mannleg pleiar).

Ei av dei pleietrengjande hadde gått over til å vaske ryggen annankvar dag, trass i at det var vanleg praksis i sjukeheimen at alle vaska ryggen kvar dag. Denne kvinna hadde vore så plaga med tørr hud, og trudde det hadde samband med at det blei for mykje gnicking og gnukking, og at ho lente seg mot ryggen 24 timar i døgnet. Etter at ho gjekk over til å vaske ryggen annankvar dag trengte ho ikkje smørje den så mykje lenger:

Du skjønner det at dei vaska ryggen og fronten, då, og under armene, tidlegare gjorde eg det kvar dag, og det var det behov for, i alle høve til å begynne med då eg kom hit, for då var eg prega av medisinar og ein del sveiting og sånn, så då tykte eg at eg trengte eit strøk på ryggen, og så var det jo deileg for det atte ... for det at den varme kluten kvikkar opp, men så begynte eg å få tørr hud, og hadde begynt å smøre meg ... Ja, så tenkte eg det at, her er det for mye gnicking og gnukking, eg sit jo på ryggen, og ligg 24 timar i døgnet, og så den gnidinga med, ja, den var jo ikkje akkurat tørr den kluten, men nokon hadde ein nokså tørr klut, så tenkte eg, eg tar annan kvar dag (Kvinneleg pleietrengjande).

Ansikt og hender må vera reine: Når det var ein viss fleksibilitet med omsyn til ryggvask, så hadde nok det samband med at ryggen er ein tildekkja kroppsdel som vanlegvis ikkje luktar så mykje. Det var mindre rom for at synlege kroppsdelar såg ureine ut. I sjukeheimen var det vanleg at alle pleietrengjande fekk vaska ansiktet og hendene kvar morgon. I tillegg til dei faste rutinane, tørka pleiarane av ansiktet og hendene til pleietrengjande når dei hadde skitna

seg til i samband med måltid, eller når dei pleietrengjande bad om det. Kvinner var meir opptekne av å få tørka av hendene etter måltid, enn menn:

... å halda dei fine ... ein må jo det ... så viss nokon har ete frukt eller noko slikt ... så føler dei jo at dei har noko på hendene ... kan eg få ein klut ... då hentar eg ein vanlig vaskeklut så dei kan få vaska seg skikkelig ... enten papir eller vanlig vaskeklut ... men gjennomsnittleg sett vil eg sei at kvinnene er litt meir opptatt av det (*å vaske seg på hendene*). Menn kan for eksempel seie at det er ikkje så nøye, det seier som oftast ikkje damene (Mannleg pleiar).

Munnen og tennene må vera reine: Det var ikkje rom for pleietrengjande som ikkje ville pusse tennene/stelle munnen kvar kveld. Nedanfor skal me sjå at det spesielt var dei som hadde egne tenner som kunne protestere mot tannpuss. No var det ikkje så mange i sjukeheimen som hadde egne tenner, dei fleste hadde protesar. Ein av dei pleietrengjande fortalde at der han vaks opp var det ikkje noka tannhelseteneste, så då han var 30 år vart det som var att av tenner i overkjeven fjerna, og han fekk protesar. Nokre år seinare fekk han protesar i underkjeven også. Ei av dei andre pleietrengjande fortalde at det var mange som fekk tannprotesar når dei var 15-16 år den gong ho vaks opp, fordi dei hadde hol i tennene. Sjølv hadde ho hatt egne tenner i heile munnen til ho var 80 år. Då fekk ho protesar i overkjeven. Medan nokre kunne få protesar fordi tennene var øydelagde, kunne andre få slike innretningar fordi det var moderne. Ei av dei pleietrengjande hadde fortalt ein pleiar at ho fekk protesar fordi det blei rekna for svært fint då ho budde i USA:

... ho fortalte meg at ho hadde veldig fine, friske tenner i Amerika, men ho gjekk til tannlegen og fekk trekt ut alle dei friske tennene og sette inn protesar. Det skulle vera sånn. Det å ha protesar det var veldig fint på den tida (Kvinneleg pleiar).

I sjukeheimen var dei mest vande med pleietrengjande som hadde protesar, og det var relativt enkelt for pleiarane å halda desse reine:

... me er vande med protesefolket her. Når dei kjem inn med egne tenner, så står du gjerne der og skal ta dei ut, men så er det deira egne tenner, det er jo ein ny ... (Kvinneleg pleiar).

... det er jo veldig få som har egne tenner, men no begynner det å koma fleire og fleire. ... Før hadde dei jo gebiss til konfirmasjonen omtrent ... men no begynnar det å bli fleire og fleire som har egne tenner. ... det er mykje lettare å rykkje ut nokre tenner å ta dei under vasken ... då må dei ha spyttekrus og alt sånt ... men det er haldningar som må til, og me må venja oss til det der (Kvinneleg pleiar).

Pleietrengjande som hadde egne tenner kunne vegre seg mot å la pleiarar sleppe til i munnen, og føretrekte gjerne å utføre tannpuss på seg sjølve. I den samanhengen prøvde sjukeheimen å få dei til å bruke elektrisk tannbørste for at tannpussen skulle bli skikkeleg

utført, men den elektriske tannbørsten var tyngre enn vanleg tannbørste, og ei av dei pleietrengjande klarte ikkje å lyfte den ein millimeter. Den vanlege tannbørsten var lettare, den kunne ho røre og vri på, og då klarte ho pussinga sjølv:

Men den andre tannbørsten den kan eg røre og vri på, så då kan eg meir gjera det sjølv. Elektrisk børste ... vel, eg har prøvd det, men eg kan ikkje flytte den ein millimeter, den er for tjukk ... kan ikkje ein gong snu han og koma bak (Kvinneleg pleietrengjande).

Pleiarane måtte gjerne bruke press for å få pleietrengjande til å bruke dei elektriske tannbørstane og for å få lov til å bruke den i munnen deira:

... dei som har egne tenner har no fått elektriske tannbørstar... men dei liker ikkje å bruke dei, nei da, dei liker ikkje å bruke dei, så dei må pressast der altså ... for dei vil ikkje ha den der maskinen i munnen, og ... så det er me som må hjelpe dei med det, dei går ikkje i gang med den der (Kvinneleg pleiar 4).

Den elektriske tannbørsten gjorde det lettare for pleiarane å reinse munnen skikkeleg utan å vera hardhendte, spesielt når dei skulle pusse tennene til pleietrengjande som sat krombøygd med hovudet vendt innover. Då kunne dei lett få vondt i både nakken og andre stader, og bli hardhendte for å koma til. Det var lettare å vera forsiktig med elektrisk tannbørste:

... me har ynskt oss det (*elektrisk tannbørste*), fordi det er faktisk vanskeleg for oss å pusse pasienten sine tenner inne i munnen, for dei sit slik, gjerne krokete ... og så blir du meir hardhendt for du kjem ikkje skikkeleg til ... kjenner det både i nakke og anna, når du skal stå heilt slik bøygd og pusse dei (Kvinneleg pleietrengjande).

I sjukeheimen var det enkelte som ikkje ville pusse tennene sine i det heile. Ein pleiar fortalde om ei som hadde vore hjå tannlegen, og som meinte at då fekk det vera nok tannstell for ei stund. Ho hadde inga forståing for at det skulle vera nødvendig å pusse tennene:

Me har jo ei som kom frå ein annan institusjon då, som har egne tenner, og måtte til tannlegen, for ho hadde jo nokre hol. Når ho var ferdig hos han så sa ho at det ikkje var nødvendig å pusse tennene fordi at no hadde ho vore hos tannlegen, var ferdig, så var det jo å prøve å fortelja henne det at du er ferdig hos han, men du er ikkje ferdig her, fortsette å halda ved like, og det går greitt. Men ho minner oss aldri på det, sant, det er veldig få av pasientane som minner oss på, i alle fall dei som har egne tenner (Kvinneleg pleiar).

Kvinna som hadde vore hos tannlegen var ikkje den einaste som ikkje viste interesse for tannpuss, det kunne vera ein kamp å pusse tennene til dei som hadde egne tenner:

Det er ein kamp å pusse tennene på dei som har egne tenner ... enkelte ... dei vil ikkje ... sjølv om dei ikkje er dement, så vil dei ikkje ... eg har ei dame på mi gruppe ... ho er oppegåande ... ho går fram og tilbake og ho gjer nesten alt sjølv, men tennene, ho kan leggje seg om kvelden, har du pussa tennene dine? Ja, eg har gjort

det, når eg vet at ho ikkje har gjort det ... nei du har ikkje gjort det ... jau, eg gjorde det då du var inne på stova ... nei, du har ikkje gjort det, du har ikkje rørt tannbørsten, du må det, seier eg, du må gjera det ... så gjer ho det, men viss me ikkje seier det, så gjer ho ikkje det ... ho er ikkje van ... (Mannleg pleiar).

Enkelte gongar måtte pleiarar arbeide hardt for å få lov til å utføra tannpuss, spesielt når pleietrengjande var demente. Eigentleg skulle det ikkje vera senil demente ved avdelingane eg gjorde observasjon og intervju i, men dei hadde ingen andre stader å gjera av dei. Demensavdelingane var fulle, og heime kunne dei ikkje vera. Pleietrengjande ved demensavdelingar vart overflytta til langtidsavdelingar når dei vart svært pleietrengjande, men omvendt blei ikkje dei som var fastbuande ved avdelingar for klare og orienterte pleietrengjande, overflytta til demensavdelingar dersom dei vart demente, og dermed blei det stadig fleire demente i avdelinga. Det hendte at dei måtte vera to pleiarar for å få pussa tennene til demente: den eine heldt hendene, medan den andre pussa. Pleiarane tykte det var vanskeleg og slitsamt å måtte slost for å få pussa tenner, men det var vanskeleg å la vera, fordi pleietrengjande som ikkje fekk pussa tenner/stelt munnen fekk sår og smerter, og etter ei stund kunne tannkjøttet begynne å blø:

Ja, me har ein som me faktisk er to på ... og då må ein halda og den andre pusse ... han er ein veldig, veldig senil dement ... og det slit veldig når du må slost for ... dei skal vera velstelte og fine ... Og det er grådig tungt ... det er faktisk det tyngste ... eg kan gjerne ta løft og tunge tak, så lenge eg slepp slikt ... Du får jo, skulle til å seie, refs viss du ikkje steller dei, og så får du refs viss du ... men du ser det når tannkjøttet begynner å blø (Kvinneleg pleiar).

I fylgje ein annan pleiar var det ikkje lov å bruke tvang når nokon fullstendig nekta. Derfor måtte pleiarane vera kreative og finna måtar å motivere den pleietrengjande på. Ei fortalde at ho prøvde å leggje opp tannpussen slik at det vart artig når ho pussa tennene til ein pasient som blødde mykje i tannkjøttet, og som tykte det var ubehageleg å få tennene pussa:

Du har ikkje lov til å tvinge deg på når dei fullstendig nektar, det har du ikkje lov til for å seie det slik ... ein må motivere dei til å pusse tennene, det er måten du gjer det på, du kan jo leggje opp ein tannpuss slik at det faktisk kan bli litt artig, du kan ha det litt gøy den stunda du pussar tennene ... eg har ein pasient ... me har det kjempegøy, for me syng når me pussar tennene. Han blør veldig mykje i tannkjøttet. Han tykkjer det er ubehageleg ... så me har laga ein litt sånn gøy tone av det, så det er alltid veldig mykje latter når me skal pusse tenner ... tidlegare så pussa han sine egne tenner ... og så fann me ut at det gjorde han ikkje ... han hadde kosten inne i munnen ... og såg i spegelen ... den overgangen, å få lov til å gå inn og hjelpe han, det var også ein liten prosess (Kvinneleg pleiar).

Men enkelte gongar fekk ein ikkje pussa tennene til pleietrengjande, uansett kor mykje godvilje og fantasi pleiarane klarte å etablere. Enkelte kneip att munnen når pleiarane kom for å pusse tennene deira, derfor hadde det hendt at pleiarane hadde brukt kinnhaldar. Dette er ei bua sak som held munnen open, slik at du slepp å halda den open med hendene.

Kinnhaldar var ikkje det fyrste ein tydde til. Viss den skulle brukast måtte det gjerast skikkeleg og ordentleg:

Me har jo folk som ikkje gaper, som me har brukt kinnhaldarar på ... Eg brukar ikkje makt, men du kan begynne i det små ... det er berre ein sånn rund *buedings* med ... du legg han liksom inni ... Du slepp å bruke hendene dine ... me har ikkje nokon per i dag, men me har jo brukt det ... veldig mange senile vil ikkje ... og då er det jo gjerne viktig at du begynner litt forsiktig. Så me har faktisk brukt den til enkelte som ikkje ville, men ein må sjølvsgt passe på at det vert gjort ordentleg ... du har jo ei på ei anna gruppe som var litt motstander av det, helt til ho lærte seg å bruke den, og ho kunne ikkje unnvere den, for du kjem skikkeleg baki (Kvinneleg pleiar).

Det var berre ei av pleiarane eg intervjuar som hadde vore med på å bruke kinnhaldar, og det verka som om det var svært uvanleg å ty til slike middel ved tannpuss. I dei avdelingane eg gjorde observasjon og intervju i 2002 og 2006 var det ingen som brukte kinnhaldar:

Brukar ikkje noko slikt mekanisk som me opnar munnen med. Det har me jo tilgjengeleg. Har aldri sett det brukt hos oss (Mannleg pleiar).

Må dusje kvar 14. dag: Ut i frå forventingane om at pleietrengjande bør sjå reine og velstelte ut, og ut i frå fåren for at pleietrengjande skulle få sår i munnen, verkar det forståeleg at pleiarane brukte press for å få gjennomført tannpuss, men det verkar mindre forståeleg at pleietrengjande kunne bli pressa til å dusje kvar 14. dag mot sin eigen vilje, for det er fullt mogeleg å vaske pleietrengjande frå topp til tå i senga. No kan det vera at pleietrengjande ville vegre seg mot sengebada og, på same måte som dei kunne kvie seg for å dusje:

... når det gjeld dusjing ... ein kamp med mange... dei vil ikkje ta den dusjen ... dei er ikkje vane med det ... det er ingen som har sagt at det er vondt, men dei er ikkje vane ... men når dei opplever det ... ein god dusj ... med god såpe ... ein god dusj der du brukar tid ... og så vaske alt, sant ... dei som har vore negative, seier etter dusjen at det var så herleg, det var så herleg (Mannleg pleiar).

Ein av dei andre mannlege pleiarane trudde at pleietrengjande kunne grue seg for å dusje både fordi dei var redde for å fryse, men også fordi det var for mykje styr og stress, og fordi dei fekk vatn i augo, men han erfarte at dei gjerne gav uttrykk for at det var godt når det var gjort:

Det er ikkje alle som er så glade i å dusje ... dei vil helst at det skal gå fort ... dei frys... og vatnet er forferdeleg ... det er nokon som likar det... men eg vil seie at det store fleirtalet ikkje likar det ... dei klagar på kulde ... for mye stress... og så er det ubehageleg ... på nokre bad er det ganske kaldt ... men på andre er det veldig varmt ... men eg trur det er dette med vatn i augo ... og så er det dei som synest det er styr der og då, men etterpå seier dei ... å, det var deileg ... då kan du heller plage dei litt akkurat den tida, for etterpå så veit du at dei set pris på det likevel ... sikkert fint å kjenne seg heilt rein (Mannleg pleiar).

Enkelte pleietrengjande kunne vegre seg mot dusj, fordi dei hadde vore vande med å senke seg ned i vatn når heile kroppen skulle vaskast:

... eg var van til badekar heime, eg likar ikkje dusj ... det er mange som ikkje likar dusj... dei er ikkje vande med det... på do er det kaldt ... eg tenkjer så masse på mor, ... me var 5 barn, og kvar laurdag måtte me opp i stampen, og då var ho så fel til å sutla med vatn, og mykje såpe (Mannleg pleietrengjande).

Det var ikkje mogeleg å få karbad i sjukeheimen. Tidlegare hadde det vore mogeleg å vaske seg i badekar, men institusjonen hadde gått over til å dusje dei pleietrengjande fordi det var mange som ikkje ville bade, fordi det tok lang tid å fylle/tømme badekaret, og fordi det blei vanskeleg fordi to avdelingar med 27 pleietrengjande på kvar, delte badekar:

... det er vel eit bad igjen, men det er brukt til rekvisitarom. Det som var problemet den gongen (*då dei bada pleietrengjande i badekar*), det var det at me delte det med posten ved sidan av, sånn at me måtte dusje alle på ei veke, eller bade dei, for det at då skulle dei andre ha det. Så tok det veldig lang tid å fylle badekaret, det tok veldig lang tid å tømme badekaret, så var det veldig få som ville bade oppe i det badekaret, for det at dei var ikkje vane til, det var førre generasjon igjen, som ikkje var van med badekar, sant, så dei tykte faktisk det var ein tortur... så blei det til at me fann ut det at me tar rett og slett og dusjar dei, og ser om det går betre, for dei tok jo vekk badekara (Kvinneleg pleiar).

Den same pleiaren fortalde at det kunne vera motstand mot dusj også:

... det viser seg at dusj ein gong kvar 14.dag er meir enn nok for veldig mange. Dei er ikkje vane med det heller, og det er dei som prøver å sleppe unna å dusje ...
...og då tvingar me dei i bad. Me tvingar dei jo ikkje slik at dei skal, men me overtaler dei til å bli med på det ... me vrir det til at det nok er det beste (Kvinneleg pleiar).

Twigg (2000) sin studie viste at mange eldre i England heller ikkje likte å dusje. Dei ville heller bade i badekar eller vaske seg med klut (jf. kap. 2).

Utnytting av tida

Medan enkelte ville likt å vaske seg mindre enn normert, var det andre som ynskte å vaska seg både oftare og meir omfattande enn dei fekk i sjukeheimen. I kapittel 4 såg me at norske styresmakter har prøvd å skaffe seg større kontroll over helsetenestene dei siste åra, ved å standardisere behandlinga mest mogeleg, slik at helsevesenet lettare let seg styre av politikarar og makthavarar, og i mindre grad av fagfolk og skjønn. På det viset har ein ynskt å redusere kostnadane i helsevesenet. Tankemåtane er inspirert av *New Public Management* (Hagen 2006). Nedanfor skal me sjå at det høgst sannsynleg ville krevja meir pleiepersonell og dermed auka utgifter for sjukeheimen, dersom institusjonen skulle etterleve folkelege og faglege standarder for dusj, handvask, tannpuss, toalettbesøk/bleieskift, hårvask og fotvask.

For tidkrevjande med dusj kvar veke

Både i lærebøker i sjukepleie og i statsstøtta forskrifter vert det argumentert for dagleg vask av bortimot heile kroppen (jf. Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967 og Kristoffersen 2004/1996 ovanfor og Fjeld 2000a, 2000b, Skogmo og Fadnes 1991, i kap. 4). I sjukeheimen var det vanleg med dusj kvar 14. dag:

Det er innarbeidde rutinar ... det er frå huset si side ... dei dusjar ein gong kvar 14. dag (Kvinneleg pleiar).

Enkelte pleietrengjande tykte det var altfor sjeldan å dusje kvar 14. dag. Ei av dei pleietrengjande som hadde budd ved sjukeheimen i mange år, gav uttrykk for at ho hadde forståing for at det ikkje var mogeleg å få dusje oftare, for ho hadde sett at pleiarane hadde fått meir å gjera. Etter kvart var det blitt 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 og behaget som fylgde med skulle ho gjerne hatt kvar veke. Ho fortalde at det var fleire pleietrengjande som sa det same, og ho trudde dei fekk dusje kvar veke på ein annan sjukeheim i same kommune:

På (*ho nemner ein annan sjukeheim i kommunen*), der får dei dusje kvar veke ... eg kjenner ei ... ho er over 90 år, og sit der, og ho får vaska håret kvar veke, og eg trur at dei dusjar henne samstundes ... Det kunne eg ynskt meg... no er det jo det at me ikkje er så aktive, så me sveittar ikkje, viss ein ikkje tek tablettar som gjer at ein sveittar, så det er det, men velværet og behaget det skulle me hatt kvar veke ... Viss eg var heime så ville eg jo ha bada ein gong i veka, for det var eg jo vand med, om sommaren når eg sveitta mykje, så dusja eg jo gjerne oftare, elles så har eg ikkje vore noko overdrive dusjemenneske. Tykkjer det at huda må få behalda sitt naturlige fett. Så når ein ikkje

har eit spesielt fysisk tungt arbeid med mykje sveitte, så synest eg det held med ein gong i veka, så det kunne eg tenkt meg (Kvinneleg pleietrengjande).

Ei av dei andre pleietrengjande 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:

... men så har me då kvar 14. dag ... forferdeleg sjeldan ... me får dusje ...og derfor må me passa på at me får den 14. dagen ... du må ... passe på sjølv... dei kan begynne å krangla om at det ikkje er din dag i dag (Kvinneleg pleietrengjande).

At pleietrengjande måtte passe på at dei fekk dusje kvar 14. dag var ikkje uttrykk for at pleiarane tykte dei dusja for ofte. Dei tykte tvert om at det var altfor sjeldan:

Det å dusje kvar 14.dag tykkjer eg er heilt vanvittig (Kvinneleg pleiar).

Ein skal ikkje sjå bort i frå at dårlege dusjfasilitetar medverka til at ein prøvde å forlengje intervalla mellom dusjing:

Ein annan ting er jo det at bada heller ikkje er tilrettelagde for dusjing, altså me har nokre dusjstolar som ikkje fungerer, sant, viss me tek NN (*som eg observerte*) for eksempel, så er ho ei som me berre må setja på toalettet, og dusje henne på toalettet, ... me har hatt henne i dusjstol, hatt henne i sånn dusjheis, men det fungerte ikkje, ho er for stor, sant, og så får ho vondt, og så får du liksom ikkje, så henne tek me og dusjar (*når ho sit på toalettet*), og så tek me slangen til å spyle under (Kvinneleg pleiar).

No skulle det vise seg at det verken var dårlege dusjfasilitetar eller motvilje frå pleiarane var avgjerande for kor lang tid det tok mellom kvar gong pleietrengjande dusja. Pleiarane hadde ingen ting imot å dusje dei pleietrengjande. Det kunne rett og slett vera avslappande og kjekt, under føresetnad av at dei hadde med seg nok kvalifiserte pleiarar som kunne ta seg av dei andre oppgåvene i avdelinga:

Det er ikkje alltid det er ei ekstra belastning, eigentleg kan det vera ganske godt, for inne på bada har du som regel inga klokke, så du kan ikkje sjå dei andre som ringjer og slikt. Du får litt fred. I alle fall viss eg veit at den som eg er på gruppe med kan overta frukosten, for enkelte må me dusje før frukost. Dei vil ikkje vente eller dei kan ikkje vente. Dei må dusje før frukost. Det kan vera kjempebehageleg. Du veit at du har den tida der inne, samstundes som du veit at den andre ordnar det som skal ordnast ute i avdelinga (Kvinneleg pleiar).

Sjølv om regelen i sjukeheimen var dusj kvar 14. dag, så var det nokre som fekk tilbod om dusj ein gong i veka, og det var gjerne slike som hadde spesielle behov. Spesielle behov kunne vera at dei sveitta mykje:

Det er tre stykke som dusjar kvar veke. Det er vel fordi dei sveittar mykje og har større behov enn dei andre, men dei kan ikkje få dusje så ofte som dei vil ... Dei som dusjar må vente til etter frukost, slik at flest mogleg får koma opp før frukost (Kvinneleg pleiar).

Ei av dei andre pleiarane fortalde at spesielle behov også kunne vera sterk kroppslukt eller at pleietrengjande brukte å reise heim i helgane, og då burde dei vera reine:

... på vår avdeling er det to stykke ... ikkje på min gruppe ... dei dusjar kvar veke ... men det er fordi at dei har spesielle behov ... den eine personen fordi den personen ofte reiser heim i helgane ... og då er det litt kjekt at ho er nydusja og rein når ho kjem heim. Den andre personen sveittar veldig mykje. Har ei veldig sterk kroppslukt ... det trengs dusj ein gong i veka, for elles ville det vere sjenerande i spisestova og slike ting. Det er grunnen til at dei to dusjar ... men eg føler liksom at det ikkje ville vere rom for det viss eg for eksempel sa at NN (*ho som dusja ved observasjon*) skal få dusje ein gong i veka (Kvinneleg pleiar).

Ei av dei sprekaste og mest talføre pleietrengjande eg observerte og intervjuar fekk dusje kvar veke fordi ho sveitta mykje:

Slik som det vert gjort no, det tykkjer eg er bra. Ein gong i veka får eg dusje. Det var ein gong kvar 14. dag. No er det ein gong i veka. Det tykkjer eg er fint. ... eg blir litt sveitt. Det er derfor eg får ein gong i veka. No når det er så varmt, eg er så sveitt at ... det kan vera medisinane som gjer det, tablettar og slikt ... det er ein fordel å få sveitta ut. Eg er heldigstilt der, med dusjing ein gong i veka (Kvinneleg pleietrengjande).

Sjølv om det var enkelte som dusja ein gong i veka, ville det vera vanskeleg å tilby alle pleietrengjande dusj kvar veke, for det tok lenger tid å dusje pleietrengjande enn å vaske enkelte kroppsdelar:

... eg tykkjer jo det er veldig lite (*med dusj kvar 14. dag*) ... men me har ikkje rom for meir... det tek lenger tid å bade dei ... då skal du skifte på senga, den skal vere rein ... opp i heis ... opp på badestol ... kjøre inn på toalettet ... opp igjen i heis ... opp igjen i rullestol ... tørke håret ... eg må jo stelle 3, helst 4 før frukost ... du har tre kvarter (Mannleg pleiar).

Nokre tek det ein halvtime å dusje, og nokre tek det ein og ein halv time å dusje (Kvinneleg pleiar).

Observasjon av ein dusjsituasjon viste at det var meir arbeidskrevjande å dusje pleietrengjande i sjukeheimen enn å vaske dei med klut. Det tok 85 minuttå dusje ei kvinne. I tillegg kom hårstell, tannpuss og sengereing. Til samanlikning tok kroppsvask ved hjelp av vaskefat 15-45 minutt. Den pleietrengjande eg observerte under dusjing var ikkje spesielt komplisert å dusje, ho kunne sitja på ein dostol utan støtte medan pleiaren dusja henne. Andre var stive og ustødige, og då kunne dusjing bli meir arbeidskrevjande:

Eg dusjar. Blir tatt opp i seglet og inn i stolen (*spesiell dusjstol*). Og det er gud-skje-lov at dei klarar det. Dei er to stykkje. Det er neimen ikkje berre ... Den (*heisen*) er veldig grei, veldig grei, men det er masse arbeid for dei som skal bale med han (Kvinneleg pleietrengjande).

Larsen (1999) sin studie frå norsk kommunehelseteneste viste også at pleietrengjande som var vane med å dusje dagleg, måtte slutte med det når dei flytta på sjukeheim. Pleiarane hadde ikkje tid til å tilby dusj oftare enn ein gong i veka. Av og til kunne det gå 14 dagar mellom. Fotvask blei vanlegvis berre utført i samband med dusjing. Til dagleg vaska pleietrengjande seg ved hjelp av vaskefat på nattbordet eller ved vasken (jf. kap. 2).

Sløyfe handvask før måltid og etter toalettbesøk

Ovanfor såg me at ein kunne spare tid i pleieheimen ved å forlenge intervalla mellom dusjing. Sjukeheimen kunne også redusere omfanget av pleiearbeidet ved å sløyfe handvask før måltid og etter toalettbesøk. No er det lite sannsynleg at leiinga ved sjukeheimen medvite prøvde å spare pengar ved å la vera å ha faste rutinar for handvask i slike samanhengar, men pleiarane ville høgst sannsynleg få meir å gjere om institusjonen innførte faste rutinar for handvask før måltid og etter toalettbesøk. Nedanfor skal me sjå at praksisane med omsyn til handvask av pleietrengjande var nokså tilfeldige:

Det er noko der veit du ... sånn før me et og slikt ... det er ikkje noka rutine på det (Kvinneleg pleietrengjande).

... av og til kjem dei slik at eg får vaska fjeset og hendene før ... (Kvinneleg pleietrengjande).

Pleiarane var samde om at pleietrengjande burde få vaska hendene før frukost, men det var ikkje alltid det blei gjort:

... me er jo samde om det, men å få gjort det ... det er ikkje alltid det går ... men av og til spør dei etter ein vaskeklut sjølve (Kvinneleg pleiar).

Det var ikkje berre før frukost det ikkje var rutinar for handvask, det var heller ikkje slike rutinar før andre måltid:

Før måltid er det ingen rutine om at hendene skal vaskast. Heller ikkje dei som ikkje får vaska og stelt seg før frukost, får tilbod om handvask før måltidet (Kvinneleg pleiar).

Men det hende at pleietrengjande fekk vaska både ansiktet og hendene før frukost:

Du har jo trass alt lagt i dette om natta, og du veit ikkje kva du har teke i ... av og til kjem dei slik at eg får vaska fjeset og hendene før (Kvinneleg pleietrengjande).

I sjukeheimen var det heller ikkje faste rutinar for handvask etter toalettbesøk, og pleiarane var usikre på om dei som gjekk på toalettet på eiga hand vaska hendene når dei hadde vore på WC:

Me har jo dei som går på do og sånn sjølv ... Dei ordnar seg sjølv, og me har liten kontroll på om dei vaskar hendene eller ikkje ... men me veit at nokre ikkje gjer det ... det har me sett ... avføring på fingrane og sånn ... då spritar me hendene litt ekstra ... tek ein klut med litt sprit på (Mannleg pleiar).

At sjukeheimen ikkje hadde faste rutinar for handvask etter toalettbesøk, kunne ha samanheng med at dei fleste pleietrengjande måtte ha hjelp av pleiarar til å tørka seg nedantil:

På avdelinga er det berre 2 av 27 som ikkje får hjelp til å tørka seg nedantil etter at dei har vore på toalettet (Kvinneleg pleiar).

... dei er jo ikkje borti nokon ting ... me set rullestolen utanfor doen ... så heiser me dei opp, og så kjører me inn på toalettet ... då må dei halda seg i heisen ... og så må me ta (*å tørka eller eventuelt vaske dei nedantil*). Då brukar me hanskar ... me har hanskar hengjande over alt (Mannleg pleiar).

No var det ikkje slik at pleietrengjande ikkje vaska seg etter toalettbesøk. Det hende at pleietrengjande vaska hendene etter at dei hadde vore på WC, sjølv om dei ikkje hadde tørka seg nedantil, fordi dei hadde støtta seg til doringar og anna inventar:

Eit par stykke vaskar hendene fordi dei støttar seg til doringar og toalettet og slik. Då får dei spritkrem på hendene, eller dei vert kjørt bort til vasken i rullestol (Kvinneleg pleiar).

Det var spesielt kvinner som var opptekne av å vaske seg etter toalettbesøk:

Når eg har vore på toalettet, så er det vekselvis å vaska hendene med såpevatn eller så er det spritkrem.... Klarer å vaske hendene sjølv på toalettet. Eg kjører bort til vasken, også tek eg sprit veit du, den er veldig effektiv, den er i ein behaldar på veggen der (Kvinneleg pleietrengjande).

Kvinner kan stoppe oss når me er på veg ut av toalettet og be om å få vaska hendene (Mannleg pleiar).

Det er ingen menn som ber om å få vaske seg på hendene etter at dei har vore på toalettet (Kvinneleg pleiar).

Det hende at pleietrengjande som ikkje tørka seg nedantil, likevel ville vaske hendene etter å ha vore på toalettet:

Det er nokre som vaskar hendene når dei går på toalettet. Nokre gjer det av gamal vane. Ei som går på beina sine, har som ein gamal rutine å gå bort til vasken og vaska hendene sine, sjølv om det er pleiarane som tørkar henne nedantil (Kvinneleg pleiar).

Men det var meir tilfeldig om dei pleietrengjande som ikkje spesielt bad om å få vaske hendene vaska dei, og ein av pleiarane var redd for at dei mangelfulle rutinane for handvask kunne auke infeksjonsfaren:

Eg trur at ein del av den infeksjonsfaren som er i sjukeheimar har samanheng med at pasientar vaskar seg lite på hendene. Me (*pleiarane*) er flinke å vaske oss, men ikkje så flinke til å passe på at dei (*pleietrengjande*) får vaska sine hender. Det med handvask kunne blitt betre, og det er noko me kanskje bør gjera noko med ... Det har me snakka om mange gongar... handvask trur eg kan vera eit *syndens* kapittel i veldig mange sjukeheimar (Mannleg pleiar).

I undervisings-samanheng lærer pleiarane at det kan vera både godt og reinsande å leggje hendene til pleietrengjande i vaskefatet. Ved observasjon var det tre som fekk dyppa hendene i eit vaskefat med varmt vatn som pleiar heldt fram for dei, men pleiarane kunne spare tid ved å sløyfe slike tiltak:

... men eg har sett dei som gjer det (*legg hendene til den pleietrengjande i varmt vatn*) ... det er noko du lærer på skulen ... det er typisk at du gjer det i starten ... men så begynner du å forstå kva det går i ... og så sluttar du med det ... du har ikkje tid til alle desse hundre små dill-dall-tinga ... sjølv om det er det beste å gjere ... du må i alle høve få opp tre før frukost ... kvart på ni må du slutte å stelle ... som oftast må du gjera alt ... vaske dei ... kle på dei... hjelpe dei på do (Mannleg pleiar).

Forlengje intervalla mellom bleieskift/toalettbesøk

I sjukeheimen brukte dei mykje ressursar på å halda pleietrengjande reine nedantil, og i den samanhengen vart det utført mange toalettbesøk og bleieskift, men det var grenser for kor mykje tid som kunne setjast av til slikt arbeid. Dette skal me sjå nærare på nedanfor.

Dei fleste i sjukeheimen brukte bleie og kunne ikkje seie i frå om at det hadde kome urin eller avføring i bleia, derfor fekk dei gjerne skifta bleie til faste tider:

Andre gir gjerne ikkje beskjed, og der må me gjerne ha på kraftigare inkontinensutstyr. Langt dei fleste begynner me jo å kjenne, og me finn eit visst mønster i det ... for eksempel to gongar om føremiddagen, to gongar om ettermiddagen og to gongar etter kaffi om dei sit så lenge oppe (Mannleg pleiar).

Sjølv om dei pleietrengjande ikkje var demente, var det gjerne eit visst mønster i kor tid dei fekk hjelp til å koma på WC/hjelp til å halda seg reine nedantil:

Me kan jo ta NN (*som eg observerte*) som eksempel. Ho får bekken om morgonen, så steller eg henne ... men du må likevel ha henne på do etter frukost, så er ho på toalettet klokka to, så er ho på toalettet klokka fem og så er ho på toalettet før ho legg seg. Altså, det er dei faste tidene. Altså, det er mange tunge løft ... men då klarer me å halda henne nokon lunde tørr ... og så har me kravd av nattevaktene at dei skal gå inn og vekkje henne i tre-tida om natta og gje henne eit bekken, for elles så er ho dyvåt ... Ho låg jo mykje med sår (Kvinneleg pleiar).

Ei av dei pleietrengjande gav uttrykk for at ho ikkje forstod kvifor ho fekk ny bleie på seg kvar morgon. Ho hadde aldri brukt bleie heime, men på sjukeheimen brukte ho bleie heile tida. Ho trudde det var slik at alle som budde på sjukeheimen fekk bleie på seg, for å vera på den sikre sida. Bleia var alltid knuskande tørr, for ho gjekk på WC, både dag og natt, dersom ho kjende trong for det. Ho brukte ei bleie som såg ut som ei papirtruse, og den kunne heisast opp og ned:

... slike ... bleier ... som ungane har ... trusebleier ... slik at då kan dei gå inn og ut på toalettet sjølve... det går veldig greitt, for då slepp dei å mase på oss om at dei skal ut der, for då går dei sjølve (Kvinneleg pleiar).

Pleiarane såg ikkje bort i frå at pleietrengjande som eigentleg ikkje trong bleie, likevel blei utstyrt med bleier, sidan det kunne vera arbeidskrevjande å hjelpe pleietrengjande på WC.

Ein del pleietrengjande hadde trong for oftare og/eller raskare hjelp til å koma seg på WC enn dei faste rutine gav rom for, og pleiarane prøvde å strekkje seg så langt dei kunne, så sant trongen verka normal:

... me strekkjer oss og gjer så godt me kan ... viss det er ei som kjem og seier at ho skal på toalettet, så hjelper me henne utan å tenkje, viss det er normalt altså, sjølvst må dei få gå på toalettet, me er her for å hjelpe dei, og ... me er flinke på avdelinga, vil eg seie, me hjelper dei, og høyrer på dei så langt ... Dei fleste kjenner me så godt at me veit at dei må ha hjelp til å koma seg på toalettet både ein og to gongar før middag (Kvinneleg pleiar).

Ei av dei pleietrengjande som hadde budd ved institusjonen i fleire år meinte at pleiarane var blitt flinkare til å ta pleietrengjande på WC når dei bad om det:

... dei er flinkare med å få ut folk på toalettet når dei vil, tidligare trur eg det var sånn veldig tidsbestemt ... men enda er det nokre som klagar over at dei ikkje får koma på do, men dei skal jo gjerne på do kvar time, det er jo eit avvegingsspørsmål ... det er eit forferdeleg styr, og som regel sit dei jo med ei bleie, men det skal jo ikkje vera noka unnskyldning, men skulle det gå gale, så har dei jo den tryggleiken der ... eg kan jo ikkje seie korleis det går føre seg i alle rom, for det veit eg ikkje, men inntrykket mitt er at dei får lov til å bestemme sjølve (Kvinneleg pleietrengjande).

Uansett kor imøtekomande pleiarane var, hadde dei problem med å hjelpe pleietrengjande med urinvegsinfeksjon på WC så ofte som dei ville:

Nokre vil jo heile tida ... dei med urinvegsinfeksjon ... då seier me nei ... du kan ikkje ... då måtte me hatt eigne som berre hadde dei på do heile dagen ... det blir jo slitasje også, å ta dei opp (Kvinneleg pleiar).

Dei hadde rett og slett ikkje personale til å hjelpe pleietrengjande på WC/skifte bleie så ofte, for det kravde at vedkomande hadde ein pleiar disponibel rundt seg heile tida. Derfor måtte dei setja grenser, prøve å drøye det litt, slik at det i alle høve gjekk to timar mellom toalettbesøka, men det var ikkje alltid like lett å setja slike grenser. Ei av dei pleietrengjande fortalde at ho ikkje brukte bleie til vanleg, men då eg observerte ved morgonstell hadde ho ein urinvegsinfeksjon som var på hell, og då ville ho ha bleie i tilfelle ho ikkje kom seg raskt nok på WC:

Brukar bleie på grunn av urinvegsinfeksjonen. Du veit dei har det travelt her. Og viss eg ikkje får koma på toalettet då ... det er ikkje godt ... han er berre der ... i tilfelle. Dei har toalettider på dei andre. Eg ringjer når eg skal på toalettet. Det går fint (Kvinneleg pleietrengjande).

I sjukeheimen hadde dei blitt opplærte til at tømning var viktig, og at bekken i seng skulle brukast minst mogeleg. Alle skulle på WC så sant dei kunne:

... me har lært at tømning er faktisk det viktigaste. Me hadde jo ein doktor ... han var veldig nøye med at alle skulle tømast med jamne mellomrom, og dette med | bekken i seng, det var nesten forbode ... dei skulle ut på toalettet så sant dei kunne (Kvinneleg pleiar).

For å koma seg på WC var dei pleietrengjande vanlegvis avhengige av å koma i kontakt med pleiar, for det var kanskje berre 2 av 27 pleietrengjande på ei avdeling som kunne gå på WC utan hjelp. Det var rimeleg enkelt for pleietrengjande å få kontakt med pleiar når dei låg til sengs, for då kunne dei dra i ringjesnora, men når dei hadde kome fram i rullestolen, var det straks verre. Spesielt om dei sat på daglegstova, og ikkje klarte å kjøra rullestolen sjølv, og ikkje hadde kraft til å rope høgt nok. I slike høve var dei gjerne avhengige av medpasientar som kunne gå og hente hjelp. Sjølv om pleietrengjande kjente at dei hadde trong for å koma på WC, og sjølv om dei fekk raskt tak i hjelp, kunne både urin og avføring ha gått i bleia før dei kom fram:

... for nokon betyr det gjerne at dei allereie har gjort det (Mannleg pleiar).

... eg er blitt så slapp i blæra. Eg kjenner når tid det blir vått, og då ber eg dei om å kjøre meg på toalettet i rullestol og skifte (Mannleg pleietrengjande).

... sjølv om dei er på toalettet, så greier dei ikkje å tømme seg når dei er der. Det kan vera faste rutinar på det, men likevel går det gale. Nokre er sånn delvis inkontinente, og du kan ha flaks og setja dei på toalettet og dei vannar, men dei tømmer ikkje blæra likevel, og får bukpresset på seg når dei reiser seg opp frå toalettet, og så kjem det gjerne noko. Ein del fylgjer me på toalettet, og då får dei ikkje til nokon ting, men så legg me dei i senga, og då kjem gjerne både det eine og det andre (Mannleg pleiar).

Når pleietrengjande gav uttrykk for at dei skulle på WC til ein pleiar, var det ikkje sikkert at pleiaren hjelpte vedkomande på WC/med å skifte bleie, for på dagtid tok dei ulike pleiarane vanlegvis berre ansvar for at pleietrengjande på eiga gruppe fekk koma på toalettet/skifte bleie, medan den andre gruppa tok ansvar for sine. Denne praksisen hadde samanheng med at det var tungt og tidkrevjande å hjelpe pleietrengjande på WC/skifte bleie, og pleiarane prøvde å dele på dette arbeidet. For dei pleietrengjande kunne dette føre til at dei fekk beskjed om å spørje ein pleiar på si eiga gruppe om hjelp:

På dagtid er det slik at andre som skal på toalettet må vente til nokon på deira eiga gruppe kan hjelpe dei ... me kan ikkje vere så snille at me tek pasientar på di eiga gruppe og på den andre ... men om kvelden tek alle pleiarane alle (Mannleg pleiar).

Ei av dei pleietrengjande gav uttrykk for at ho ikkje likte gruppeordninga. Då ho var på sjukehus var det mykje enklare å få hjelp:

Der var det slik at ... når eg kom ut i gangen så kom dei springane frå alle kantar ... og spurte treng du hjelp ... og så visste dei kvar det var best for meg å koma til (Kvinneleg pleietrengjande).

Pleiarane var klar over at det var ulemper med gruppedelinga:

... me har snakka om at me ikkje må bli heilt fastlåste i den tankegangen – me må hugse på at me arbeider på same avdeling (Kvinneleg pleiar).

Sjølv om pleiarane på dagtid vanlegvis avgrensa seg til å skifte bleie på pleietrengjande på si eiga gruppe, så vart det gjort unnatak frå regelen dersom pleietrengjande var ekstra greie:

Ho er veldig tung (*svært pleietrengjande og 100 kilo*), men ho er ei veldig grei dame. Alle likar henne. For eksempel når ho vil på toalett ... viss eg ikkje er på den gruppa, ... alle seier, ja, eg kan hjelpa deg ... ho er veldig grei ... ho får hjelp med ein gong (Mannleg pleiar).

Når pleiarane prøvde å dele på WC/bleieskiftsarbeidet, så hadde det ikkje samanheng med at dei tykte det var ekkelt å handtere urin og avføring. Sjølv om dei hadde stått og vaska vekk diare, kunne dei like etterpå sitja og kose seg med blautkake:

Det er heilt naturleg. Ein steller jo småbarn og det er berre koseleg. Det er livets gang (Kvinneleg pleiar).

... det gjer meg ingen ting ... det har aldri gjort meg nokon ting (Kvinneleg pleiar).

Sjølv om pleiarane ikkje tykte det var ufyseleg å handtere andre sin urin og avføring, så kunne bleieskiftsarbeidet vera så tungt og slitsamt at enkelte pleiarar kunne prøve å trekkje seg unna slikt arbeid. Dei kunne satsa på at kollegar gjorde det som skulle gjerast, eller dei kunne seie til pleietrengjande at dei hadde tjukk bleie, og at dei berre kunne la det gå i bleia, og så kunne dei skifte seinare. Andre gongar var det blitt rutine at enkelte ikkje fekk hjelp til å halda seg reine nedantil:

... eg er så fæl å tissa ... begynnar å tissa i bleia klokka ti om kvelden ... så ligg eg sørpe våt heile natta ... og så blir eg sår ... på baksida er det verst ... det svir ... klokka ti om kvelden må eg tissa ... og då har eg prøvd å ringja på nattsøstrene, men dei nektar å gjera noko med det ... eg får det ikkje til på bekken (Mannleg pleietrengjande).

Den ovanfor siterte mannen var ikkje den einaste som ikkje fekk hjelp til å skifte når han ville. Andre kunne også bli liggjande i urin i timevis mot sin eigen vilje. Då kunne det samle seg mykje urin i bleia, og ei kvinne fortalde at ho kunne kjenne seg våt når ho vakna om morgonen, og ho var redd for at bleia var for full, og at urinen ville trengja over i senga. Derfor ringde ho gjerne på pleiarane og bad om ei tørr bleie, men då sa pleiarane gjerne at den held nokre timar til, til ho skulle stelle seg om morgonen. Men sjølv om bleia ikkje lak urin, så følte ho seg kliss våt. Det tykte ho var ekkelt, og meinte at ho burde fått ny bleie. Ein pleiar stadfestar at dei kunne la vera å skifte bleie sjølv om den var våt:

... sjølv om dei er våte kan dei bruke bleia, for det er nokre bokstavar på bleia som vert borte når den er så full at den ikkje toler meir urin (Mannleg pleiar).

Det hende at pleietrengjande blei sitjande i rullestol i mange timar etter at bleia hadde blitt våt, fordi dei måtte heisast i seng for å få skifta på seg, og det blei svært strevsamt for både pleietrengjande og pleiar. Ei av desse pleietrengjande var plaga med kløe og sår nedantil, og trudde det hadde samanheng med at ho sat i våte bleier:

.... av og til så tenkjer eg at det må vera noko som gjer at eg klør bakendes (Kvinneleg pleietrengjande).

Ein pleiar stadfesta at pleietrengjande som ikkje kunne stå på beina, kunne bli sitjande i våt bleie, men skulle det koma avføring og diare, måtte dei opp att i sengja for å skifte. Hadde dei fyrst blitt lagt igjen, blei dei gjerne liggjande til neste morgon:

... då blir dei verande der ... og det blir gjerne meir diare ... så då kan du gå attende igjen og sjå (Mannleg pleiar).

Avgrense tannpuss til ein gong om dagen

På same vis som det var sjeldan pleietrengjande kunne halda seg reine nedantil utan hjelp, var dei fleste ved sjukeheimen avhengige av hjelp for å få pussa tennene. I læreboka til Kristoffersen (2004/1996) vert det argumentert for at pleietrengjande bør få halda fram med etablerte vanar når dei vert pleietrengjande. I sjukeheimen var det vanleg at alle fekk hjelp til å pusse tennene om kvelden, og for dei som stod opp etter frukost var det også vanleg med tannpuss etter at dei hadde stelt seg. I tillegg var det fleire pleiarar som meinte at pleietrengjande burde få pussa tennene før frukost, men det blei gjerne ikkje gjort, fordi det var tidkrevjande:

... dei tinga som blir kutta ut når me er underbemanna, det er akkurat slike ting, velvære ... det å få pussa tennene sine før frukost (Kvinneleg pleiar).

Det var heller ikkje alle pleiarane som tykte det var så nødvendig å hjelpe pleietrengjande med pussing før frukost:

... det er jo lurt å eta frukost før du pussar tennene. Det er dumt å pusse tennene og gå rett inn i stova og eta (Kvinneleg pleiar).

Sjølv om det ikkje var rutine med tannpuss før frukost, var det enkelte som fekk det gjort om dei bad spesielt om det:

Nokre insisterer på å pusse tennene før frukost ... dei har brukt å pusse tennene når dei står opp, før dei et frukost (Mannleg pleiar).

... dei som forlangar det får gjort det inne på rommet før dei går inn (*i matsalen til frukost*) (Kvinneleg pleiar).

I tillegg til tannpuss før frukost, var det enkelte pleiarar som meinte at pleietrengjande burde få pusse tennene etter frukost, men det blei det slurva med:

... alle som vil, og alle skal (*pusse tennene etter frukost*) ... men der slurvar me ein del (Kvinneleg pleiar).

Tannpuss etter frukost ville krevja at pleietrengjande blei kjørt innatt på rommet sitt etter frukost, få hjelp til å pusse tennene for så å bli kjørt attende til daglegstova. Slike rutinar var det ikkje rom for:

Og så etter frukost skal dei kjørast ned på rommet igjen for å få pussa tennene. Det blir jo aldri gjort. Det har vi ikkje tid til, me er jo ikkje ferdige med stellet, og dei skal til arbeidsstova og frisør og kva det no måtte vera, så det blir ikkje (Mannleg pleiar).

La fotpleiar utføre fotstell

Som me såg ovanfor, inkluderte ikkje dei daglege rutinane i sjukeheimen dagleg fotvask. Det vanlege var at dei pleietrengjande fekk vaska føtene ved dusjing kvar 14. dag. Dersom institusjonen hadde hatt faste rutinar for oftare fotstell, ville det høgst sannsynleg krevje meir av pleiarane si tid. På ei avdeling hadde dei prøvd å tilby fotbad regelmessig, for fotpleiar hadde påpeikt at fotstellet var for dårleg, men ordninga hadde sklidd ut:

... den veka dei ikkje dusjar, så tek me fotbad ... men så har det vore ein del sjukdom på gruppa, slik at det har ikkje fungert heilt ... men me prøver å få det til slik at dei får stelt føtene ... for det var ein periode at me fekk attendemelding frå fotpleiar om at det ikkje var godt nok (Kvinneleg pleiar).

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 og strømpebukse. Det var blitt rutine at dei vaska føtene kvar 14. dag ved dusjing, men føtene kunne bli vaska oftare dersom det var infeksjonar, sår, fotsopp og anna som gjorde det nødvendig:

Eg har fått fotbad i grønsåpevatn dagleg på avdelinga i fire dagar til ei veke fordi eg hadde infeksjon i ei tå. Det var deileg, og tåa vart bra (Kvinneleg pleietrengjande).

I tillegg til fotvask kvar 14. dag, fekk pleietrengjande vaska føtene hos fotpleiar med jamne mellomrom:

Avdelinga har fått tildelt ein fast dag frå fotpleiar. Nokre er der kvar 3. veke, for nokre kan det vera 6 veker mellom. Fotpleiaren vurderer litt behovet og kjenner tærne deira. Nokre er hjå fotpleiar annakvar veke ... alle går til fotpleiar (Kvinneleg pleiar).

Ei av dei pleietrengjande sa at ho ikkje forventta at pleiarane skulle klare å ordne alt, derfor gjekk ho regelmessig til fotpleiar, og der fekk ho alltid fotbad:

Alltid fotbad hjå fotpleiar. Det er det fyrste han gjer (Kvinneleg pleietrengjande).

Pleietrengjande som skulle på avlastingsopphald kunne avtale time hos fotpleiar før dei kom til sjukeheimen:

Dei som er inne på tre vekers avlasting tingar gjerne time før dei kjem inn, eller pårørande bestiller for dei, men det vanlegaste er at dei ber om time i det dei vert innlagde. Det hender at pleiarane bestiller time til pleietrengjande fordi dei ser at det er behov for det, men når rekninga kjem etterpå er det gjerne ikkje så populært. Men dei fleste bestiller i det dei kjem inn, eller før (Mannleg pleiar).

Det var ikkje berre pleietrengjande som skulle på avlasting som betalte for å få føtene stelt av fotpleiar, det same gjorde alle dei andre pleietrengjande på sjukeheimen.

La frisør utføre hårvask

I sjukeheimen var det vanleg at pleietrengjande fekk vaska håret i samband med dusjing kvar 14. dag. Det kunne oppstå problem dersom pleietrengjande ynskte å vaske håret oftare. Ei av dei pleietrengjande kvinnene fortalde at for nokre år sidan hadde ho fått vaska håret kvar veke, men dette var no redusert til hårvask kvar 14. dag i samband med dusjing. Av og til hende det at det gjekk bortimot tre veker mellom kvar gong ho dusja, og då gjekk det like lang tid før ho fekk vaska håret. Då vart det svært feitt, og ho kjende seg ustelt og uvel. Ho hadde fått beskjed om at ho måtte gå til frisørdame 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:

Til å begynna med fekk eg vaska håret kvar veke ... eg har feitt hår ... eg meiner at det høyrer med til pleia (*å vaske håret*), så eg nekta å gå til frisørdama, og det gjer eg framleis ... (*går til frisør*) viss eg skal klippe meg, ta permanent, eller farge eller noko slikt, og viss eg skal noko ekstra, så eg synest eg må vera stelt, tingar eg frisør, for det er jo slik eg ville gjort (*om eg var heime*) ... men eg går ikkje til frisør berre for å få vaska og lagt håret, for det høyrer med til pleia, dei skal stelle meg slik som eg ville stelt sjølv heime, og eg har alltid ordna håret mitt sjølv, og sett det opp med rullar, og det ... Det vil eg ha her òg ... men så kom der ein sjukepleiar ... som var veldig bestemt på det at dei ikkje har tid til å halda på å vaske håret mitt kvar veke (Kvinneleg pleietrengjande).

Ein av pleiarane sa at ho aldri hadde klart å leva med hårvask kvar 14. dag. Sjølv måtte ho vaske håret annan kvar dag, men ho meinte at det ikkje var kapasitet til å ha rutinar som innebar hårvask oftare enn kvar 14. dag. No skulle det vise seg at to av dei eg observerte fekk

vaska håret av pleiarar kvar veke. Desse to var nokre av dei kvikkaste og yngste eg observerte/intervjua. Den eine vaska håret i dusjen, den andre i senga:

Det er heilt utruleg ... dei vaskar meg i senga. Du veit at når eg begynner å kjenne at eg klør og ... og du kjenner jo på håret at det begynner å bli stivt og skite, feitt og flass ... og så har eg jo ei som passar på meg då (*dottera*) (Mannleg pleietrengjande).

Andre menn fekk vanlegvis berre vaska håret kvar 14. dag når dei dusja:

Menn får vel berre vaska håret sitt når dei dusjar (Kvinneleg pleiar).

I tillegg kunne mennene få vaska håret når dei var hos frisøren og klipte håret. Kvinner som tykte det var for lite med hårvask kvar 14. dag, kunne gå til frisør innimellom, men det måtte dei betale sjølve, og enkelte var til frisør anna kvar veke for å vaske og stelle håret.

Dei har frisør. Eg er der annakvar veke (Kvinneleg pleietrengjande).

Dersom kvinnene gjekk til frisør den veka dei ikkje dusja, fekk dei vaska håret kvar veke:

På kvinner prøver me å få til at den eine veka vaskar dei håret hjå frisøren. Den andre veka får dei vaska håret sitt i dusjsituasjonen. Det òg varierar litt (Kvinneleg pleiar).

No skulle det vise seg at ein gjerne innretta dusjdagen kvar 14. dag, etter når tid frisøren hadde ledig tid, og så blei den pleietrengjande kjørt til frisøren for å stelle håret etter at pleiarane hadde dusja andre delar av kroppen. Dermed sparte pleiarane tid som dei elles måtte bruke til å vaske, rulle, føne, tørka og kjemme håret. Denne samkjøringa av dusj/frisør medførte at det gjekk 14 dagar mellom kvar gong håret blei vaska og stelt:

Me har slike faste rutinar i det, sant, at den dagen dei skal til frisøren, så får dei også dusje, slik at me legger opp, kvar 14.dag, så tingar me time, og så ser me kva dagar dei har fått, og dei dagane får dei dusje. Nokre, slik som NN (*som eg observerte*) for eksempel, ho vaskar håret hos frisøren, men ho dusjar den dagen, for å få det inn i kontrollerte former (Kvinneleg pleiar).

Sjølv om pleietrengjande skulle ha ynskje om å vaske håret hos frisør innimellom dusjsituasjonane, så var det ikkje sikkert dei fekk det, for dei som ikkje klarte å bøye seg skikkeleg bakover når dei var hos frisøren, blei så våte nedover ryggen at pleiarane måtte skifte på dei etterpå. Det medførte så mykje ekstraarbeide, at det blei til at pleiarane vaska håret deira ved dusjinga kvar 14. dag, og så vøtte frisøren det litt før ho pynta det:

Då har me føretrekt å vaske håret her oppe, sånn at ho (*frisøren*) berre må vøtte det litt (Kvinneleg pleiar).

Den same pleiaren fortalde at det ikkje var alle pleietrengjande frisøren var så glad for å få ned, fordi enkelte motarbeidde henne. Når pleietrengjande motarbeidde frisøren kunne ho trengje hjelp frå pleiarar for å få utført arbeidet sitt, men pleiarane hadde ikkje kapasitet til å fylgje dei pleietrengjande ned og vera der og hjelpe frisøren, så slike pleietrengjande var det heller ikkje vanleg å sende til frisør for å vaske håret, sjølv om dei skulle ha ynskje om å få vaska håret oftare enn kvar 14. dag:

Det er ikkje alle frisørdama er så veldig glad for å få fordi at det er vanskeleg for henne å vaske det og stelle det, for det at dei motarbeider... me har ikkje kapasitet til å fylgje pasientane ned utan at det er noko som gjer at me er nøydde (Kvinneleg pleiar).

Utnytte pleiarane si tid maksimalt

Ovanfor har me sett at det var lite rom for pleietrengjande som ynskte å vaske seg meir enn det som var vanleg, fordi det ville krevja meir av pleiarane si tid. Nedanfor skal me sjå nærare på tidsrammene for kroppsvask i sjukheimen:

Mesteparten av dagen går jo i stell ... få gjort dei tinga me skal gjera .. få dei opp og ut på toalettet og ... kveldsvakta ... du begynnar gjerne å leggje folk når du kjem på jobb klokka to, halv tre ... og så blir dei siste lagt halv ni (Mannleg pleiar).

I tillegg måtte pleiarane ha tanke for mange praktiske ting som skulle ordnast i avdelinga, for eksempel skyljerommet, men det kroppslige pleiarbeidet blei prioritert framfor andre gjeremål:

Eg prioriterer alltid pasientane ... for eksempel når det er min dag å ha ansvar for skyljerommet ... eg kan koma og sjå at det ikkje er i orden ... men eg har ein pasient til. Eg tek pasienten og tida som trengst før eg kan ta dei andre tinga (Mannleg pleiar).

Pleiarane kunne gå på akkord med si eiga helse for å rekke over alle gjeremåla. Dette kan illustrerast ved hjelp av den eine observasjonen eg gjorde av ei pleietrengjande kvinne på over 100 kilo. Ved observasjonen var det to pleiarar til stades under heile morgonstellet, fordi det var fare for at pleiarane kunne få ryggskadar om dei handterte henne åleine. Ved intervju kom det fram at neste dag hadde den same dama blitt vaska og stelt ved hjelp av *ein* pleiar, og på under halvparten av tida. Det måtte ha vore både tungt og hastig.

Pleiarane kunne også hjelpe pleietrengjande på WC åleine, sjølv om dei helst burde ha vore to pleiarar, fordi det ikkje var plass til både pleietrengjande, to pleiarar og heis på toalettet:

Så flesteparten av våre pasientar blir tekne i heis og kjørt på do og ... det er faktisk forferdelig tungt, for ingen av toaletta våre er berekna til å ta heis inn ... me brukar enormt mykje ressursar for å komma inn der. Me skal vera to stykke når me brukar heis, men det er ikkje plass til to, då står den eine i vegen, så det blir til at du tek det åleine ... det er eigentlig ikkje rett då (Kvinneleg pleiar).

Det var ikkje berre det at det var trangt på WC, men arbeidet med å få pleietrengjande på WC ved hjelp av heis var så tidkrevjande at pleiarane kunne velje å løfte pleietrengjande utan tekniske hjelpemiddel:

... og eg må jo ærleg seie at av og til bryr eg meg ikkje om å bruke vanleg heis ... på dei som du eigentleg skal bruke heis på ... eg juksar litt ... men det er jo ikkje lurt av meg, eigentleg ... på grunn av ryggen min ... men førebels har det gått bra ... det er så mykje kjappare (Mannleg pleiar).

Pleiarane skulle rekke over så mange gjeremål at dei kunne vegre seg for å spørje pleietrengjande om korleis dei hadde det, for det var ikkje tid til å vente på svaret:

Dei får godt stell her, men meir enn det er det ikkje rom for. Me har snakka ein del om at me ikkje vågar å spørje. *Korleis har du det? Korleis hadde du det i helga?* Me har ikkje tid til å vente på svaret (Kvinneleg pleiar).

Vask-og-stell-situasjonane var gjerne dei einaste gongane det var eit visst rom for at pleiar og pleietrengjande kunne snakke saman:

... då (*i vask-og-stell-situasjonen*) er det deg og pasienten, sant, du er jo ganske nær dei, og det er jo ganske intimt ... noko av det eg prøver å ta opp når eg steller klare pasientar er: *Korleis har du det, og korleis har du hatt det?* Slik at dei kan få ein kanal, ikkje nødvendigvis at dei sladrar eller klagar, men dei får det ut på ein annan måte som ikkje er sladring (Kvinneleg pleiar).

Men det er ikkje sikkert det var så stort rom for samtaler i samband med kroppsvask heller, for i sjukeheimen blei det forventa at kroppsvask blei utført i høgt tempo. Ein av pleiarane fortalde at han hadde fått beskjed om at han hadde eit kvarter til kvar pleietrengjande når han skulle stelle dei om morgonen:

... då eg begynte å jobbe her ... så fekk eg beskjed om at eg hadde eit kvarter til kvar pasient ... men viss du gjer det (*morgonstellet*) på eit kvarter, kan du ikkje klare å gjera noko nøye (Mannleg pleiar).

Ei av dei pleietrengjande gav uttrykk for at den daglege kroppsvasken fann stad innanfor så pressa tidsrammer at det berre kunne bli snakk om *kattevask*:

... kattevask ... det kan ikkje bli noko anna, me skal skunde oss for å koma ned og eta frukost, og så skundar dei på for at me skal bli ferdige til dess ... for me skal bli

ferdige så fort som mogeleg og så ned der å eta, og det skal liksom gjerast på ei viss tid (Kvinneleg pleietrengjande).

Ved observasjon var det ein gong at stellet tok 15 minutt, og då var det ein relativt frisk og rørig pleietrengjande som fekk hjelp. Han var på avlastingsopphald og sat på sengekanten og vaska andlet, hender og bryst sjølv. Pleiaren vaska han på rygg og nedantil og hjelpte til med påkledding og kjemming. Han gjekk på WC utan hjelp. Dei fleste eg observerte hadde fast plass på sjukeheimen, og dei var mykje meir hjelpetrengjande enn den nemnde pleietrengjande som kunne stellast på 15 minutt. Alle dei fastbuande eg observerte måtte ha hjelp av heis for å koma opp av senga og for å koma seg til/frå WC. Når ein pleiar skulle vaske ein pleietrengjande som var avhengig av heis for å bli vaska, brukte ho gjerne 40-45 minutt, men to gongar blei det brukt 30 - 35 minutt. Då gjekk det raskt. Stella som varte i 45 minutt omfatta stort sette det same som det stellet som tok 15 minutt, men den pleietrengjande var gjerne lam på eine sida av kroppen og måtte gjerne stå i heis for å bli påkledd, i heis for å koma på/av toalettet og sidan i heis for å koma over i rullestol.

Sjølv om det var forventingar om at kroppsvask skulle finna stad i høgt tempo, var det ei grense for kor raskt det var akseptabelt å vaske og stelle pleietrengjande, og det var fleire som var kritiske til pleiarar som gjorde morgonstella unna i ein fei:

... ikkje for å snakke stygt om kollegaene mine, men eg har i alle fall problem med ei av mine kollegaer. Ho er så rask. Er så effekti, at eg må jo seie at eg lurar på kva ho eigentleg gjer med pasientane (Kvinneleg pleiar).

Pleiarane kunne bli oppjaga når dei hadde det for travelt, og då kunne dei pleietrengjande bli urolege, medan dei gjerne blei rolege når pleiarane var det:

Dei blir liksom meir oppjaga ... eg blir nervøs ... når eg senga før det går gale? Når dei er rolege, så er eg det òg (Pleietrengjande).

Pleietrengjande likte dårleg å bli vaska av pleiarar som var stressa:

... eg likar ro om morgonen, og eg reagerer veldig på stress, ja viss dei blir hastige ..., begynner å snakke om tusen ting før eg har fått opp augo ... eg vil ha det litt stilt, ingen radio på, og ikkje noko slikt ... så eg likar rolige pleiarar, men dei må ikkje vera så rolege at dei er seige, og aldri blir ferdige med stellet (Kvinneleg pleietrengjande).

I kapittel 2 såg me at dei som deltok i Gregersen (2002) sin studie heller ikkje likte travle pleiarar. I same kapittel såg me at pleietrengjande likte best at pleiarane såg kva dei trong hjelp til, og gjorde det utan at dei måtte be om hjelp (Lillestø 1998, Lomborg 2005, Twigg

2000). Pleietrengjande i sjukeheimen eg gjorde observasjonar og intervju i, likte heller ikkje å be om hjelp. Derimot sette dei stor pris på pleiarar som kom inn til dei utan at dei ringde på. Vidare var det godt at pleiarane var trygge og trøystande og tok seg tid til å lytte til dei og hjelpe dei:

Ho kjem utan at du ber henne ... du er liksom så trygg ... ei ung, utanlandsk kvinne ... ho liksom, når eg takkar ... å jo ver-så-god ... og viss det er ho som kjem om morgonen til meg, og eg føler, uff i dag er eg litt ... så seier ho, ta det med ro, me skal sjå på det, det er sikkert berre noko du føler ... og så begynner ho å hjelpe meg med ein gong å ta bleiene og det av, også når me har kome ut, og eg sit på toalettet ... det var ingen ting ... eg var berre redd for at det var litt i bleia (Kvinneleg pleietrengjande).

Når pleiarane prøvde å skunde på, kunne dei få det enda travlare:

... det går tre kvarter der inne hos henne, uansett ... viss me går inn til henne og seier at i dag må me skunde oss for me har noko ekstra, då flokar det seg til med ein gang, då hengjer ho seg opp i ting, så då går det meir tid. Det må gå heilt slik som det brukar å gjera (Kvinneleg pleiar).

Dersom pleiarane klarte å vera rolege ved kroppsvasken, kunne dei merke det på dei pleietrengjande langt utover dagen. Om pleiarane var urolege, vart dei pleietrengjande gjerne meir krevjande:

.... eg merkar at når me er rolege i stellet så er dei rolege resten av dagen ... eller i alle fall resten av den føremiddagen ... men er me stressa og det er eit eller anna som skjer, så er dei meir urolige, då skal dei gjerne på toalettet når dei ikkje treng gå på toalettet. Dei skal gjerne slike småting som vi må ... dei skal ha litt meir merksemd fordi at ... dei merkar på oss, eller ... dei føler at dei ikkje har fått nok (Kvinneleg pleiar).

Men det var ikkje alltid like lett for pleiarane å skjule at det var travelt:

Eg føler at det blir automatikk i det eg gjer, utan at eg tenkjer over kva eg gjer ... det er stor forskjell ... eg tenkjer på, kvar 14. dag har me dusjveke ... så me dusjar 2 pasientar kvar dag ... men når me dusjar to pasientar kvar dag ... har me seks som ventar på å koma opp ... så då spring me ... du kan seie, eg kan ikkje gje den tida dei treng .. eg kan ikkje høyre alt dei seier ... det kan eg ikkje gjera ... så eg misser ein god del den dagen ... kva som har skjedd med pasienten (Kvinneleg pleiar).

Arbeidsdagen til pleiarane kunne bli spesielt arbeidskrevjande når det var mange sjukemeldingar og ukjente timehjelper i avdelinga:

Det er veldig masse sjukemeldingar, så me går enormt mykje med timehjelper, og då har du faktisk ansvar for heile gruppa, du spring, nokre (*timehjelper*) må du fortelja litt meir til enn andre. Og når du går masse med timehjelper, så går gjerne dei faste som er der alltid til dei tunge ... det gjer eg alltid. Dei som det kan vera problem med og slik, dei går eg alltid til sjølv, og så sender eg dei (*timehjelpene*) inn til dei som er

lettast, og dei som det ikkje er problem med ... viss eg veit at det kan bli problem med den personen i løpet av stellet, så tek eg heller vedkomande sjølv (Kvinneleg pleiar). Dersom timehjelpa blei send til krevjande pleietrengjande, kunne ein risikere at vedkomande blei der i fleire timar, og det var det ikkje rom for:

Viss du kjenner til nokon som er veldig krevjande, er det viktig at du set grenser ... elles så vil vikaren forsvinne inn dit og bli der i to timar ... viss du er ny, så vil du gjerne gjera alt dei ber om ... når eg var ny her så var det slik med meg ... men eg forstod jo det at eg måtte skjera igjennom om eg skulle få opp tre før frukost ... det blir krisestemming på jobben når det er ukjente ... det blir veldig lett til at du sender dei til nokon som er veldig lette å ta (Mannleg pleiar).

Pleiarane var vanlegvis åleine når dei ho vaska pleietrengjande, men det kunne bli nødvendig å gå og hente hjelp for å få snudd tunge og ustødige pleietrengjande, og for å få dei fram i rullestol, på WC og liknande. Då gjekk gjerne pleiaren og banka på hos ein kollega som vaska pleietrengjande på eit anna rom, og bad om hjelp. Dette medførte at kroppsvasken i det rommet vart avbrote. Slike avbrot kunne føre til at pleietrengjande blei sitjande ustødige att på sengekanten utan ringjesnor:

Det hender at det kjem nokon og ber om hjelp. Då er det viktig at dei ser etter at du har det godt før dei går ut av døra ... at du ikkje sit åleine på sengekanten ... det har hendt ... men det har no gått bra då ... du skulle hatt snora i nærleiken ... kunne ikkje ringje etter hjelp ... det har hendt at ho misser balansen ... det hender ofte at det kjem nokon og spør om både det eine og det andre. Det er ikkje greitt (Kvinneleg pleietrengjande).

Andre gongar var det kiming frå *tilstedeværelses – knappen* som førte til avbrot. Kvar gong nokon på avdelinga ringde på, begynte det å pipe inne på rommet. Det var ikkje mogeleg å avgrense alarmen slik at ein berre hørde ringeklokker frå eiga gruppe, derfor måtte ein stadig tøyse seg under stellet for å sjå kven som ringde på, og når det var nokon av dei pleietrengjande på eiga gruppe som ringde på, måtte ein gjerne avbryte stellet og gå dit. Ofte rindte dei på fordi dei skulle på toalettet:

Men jo fleire gongar du må fylgje på do, så er det alltid ein annan som må lide ... og det merkar du spesielt om morgonen ... då held du gjerne på med ein, det er to klokker som ringjer, skal på do eller ha eit bekken ... og så må du springe frå den du held på med og så må du dele ut bekken, og så går du inn igjen, og så ringer dei, og så er det ut igjen ... så det blir forferdeleg mykje springing ... enkelte dagar blir det jo forferdeleg slik, du føler aldri at du blir ferdig, du spring heile tida imellom, du held gjerne på med tre stykke, slik som i dag tidleg for eksempel, då heldt eg på med ein, og så ringde ein, to ... og eg har jo den filosofien at eg ... alltid spring til dei klokkene ... det kan vera noko anna enn bekken. Dei kan plutsleg bli dårlege. Eg går alltid inn og høyrer kva dei vil (Kvinneleg pleiar).

Det kunne vera spesielt ille å forlata pleietrengjande midt i nedantilstellet, og avbrota kunne øydeleggja tonen mellom pleietrengjande og pleiar:

... eg likar det veldig dårleg ... det skal vera høgst nødvendig ... dersom eg står i eit stell og spesielt dersom eg har kome til den biten av det kan du seie, det intime stellet, med nedantilvask og slike ting ... eg kjenner at eg blir veldig irritert viss eg blir avbroten då ... det bankar på døra ... du må hjelpe meg... då må det vera viktig. Dei (*pleietrengjande*) synest ikkje det er kjekt ... eg blir kanskje vekke ein tre-fire minuttar ... som sikkert verkar svært lenge for pasienten som ligg med eit lite handklede over seg og ... ja, eg syns det er ubehageleg, og når eg kjem inn igjen så merkar eg at kanskje den glade tonen er vekke ... og det kan eg forstå, for viss det var eg sjølv som låg der, så ville eg tenkt ... så ville eg synest det var ubehageleg å liggje slik halvnaken ... og lure på om det er ho som skal stelle meg som kjem inn igjen eller om det kjem nokon andre inn i rommet ... eg ville ikkje likt det sjølv, altså, så det er jo berre å snu på det (Kvinneleg pleiar).

Avbrota gjorde det kjaksete for både pleiarane og dei pleietrengjande, og det var vanskeleg å overhalda dei hygieniske standardane:

... det er dei som blir irriterte med stadige avbrot og ... no er det meg du er hos ... ja, det er opplagt det at dei ikkje likar det, men me må jo gjera det av og til, men du føler det veldig kjaksete sjølv òg. Det er betre å gjera seg ferdig med ein og så ... eg likar det ikkje ... Når eg er på eit rom så kan du hjelpe den eine, medan du steller den andre ... men du føler hygienen og alt, når du må springe til og frå, så får du ikkje vaska hendene slik som reglane seier ... det blir så opphakka ... eg gjer det altså, men det er ikkje nokon draumesituasjon (Kvinneleg pleiar).

Sjølv om pleiarane hadde det travelt, var dei omsorgsfulle. Dermed understrekar ikkje dette forskingsarbeidet funna i Lee-Treweek (1997) sin studie. I kapittel 2 såg me at ho argumenterte for at pleiarane var opptekne av å forme ordentlege pleietrengjande som tok seg bra ut når dei viste seg i daglegstova, og at metodane som blei brukte i den samanhengen var omsynslause og lite omsorgsfulle. Min studie viser også at det var lite rom for ureine og luktande pleietrengjande i sjukeheimen, men det er lite som tyder på at pleiarane var omsynslause. Dei strekte seg tvert om langt for å imøtekoma pleietrengjande. Om dei hadde vore omsynslause hadde dei dessutan fått meir å gjera. På ei anna sida kan det vera at eg hadde kome fram til same resultat som Lee-Treweek om eg hadde basert studien på omfattande observasjonar av ei heil rekkje pleietrengjande slik ho gjorde, for som me såg i kapittel 4, er over 70% av dei som bur i sjukeheimar er demente, og i slike tilfelle kan det vera vanskeleg å appellere til fornufta - ein må gjerne bruke ei fast hand for å få gjennomført den nødvendige pleia. Studien til Twigg (2000) viste at det var vanskeleg for pleiarane å handtere pleietrengjande som ikkje ville vaske seg.

Oppsummering av tilhøvet mellom hygieneteori og kroppsvask i sjukepleia

På 1860-talet, då faglært sjukepleie blei etablert i landet vårt, var folk flest mest opptekne av å halda synlege kroppsdelar reine til dagleg, og dei hadde gjerne ei rituell forståing av kroppsvask. Dei daglege folkelege vaskepraksisane blei nedfelt i lærebøker i sjukepleie som kom ut i perioden 1877-1901, trass i at slike læreverk stod i ein hygienisk samanheng. Til dagleg kunne pleietrengjande nøye seg med å vaske ansiktet og hendene, stelle munnen og greie håret, om det ikkje skulle vera spesielle grunnar for meir vasking. I læreboka frå 1911 blei det argumentert for at ein dagleg også burde vaske tildekka kroppsdelar der hud låg mot hud, som under armane, under kvinnebryst, i lyskane, kring endetarmsopninga og kjønnsorgana. Det er lite som taler for at denne utvidinga var fundert i mikrobeteori, men den er truleg uttrykk for at det hadde blitt mindre toleranse for lukt på den tida. Observasjonar og intervju i ein norsk sjukeheim i 2002 og 2006, viser at den dagleg kroppsvasken som blei praktisert der var i samsvar med normene frå 1911. Det var ikkje aksept for ustelte og luktande pleietrengjande, og generelt låg toleranse for personar som ikkje ville vaske seg i pakt med institusjonen sine normer. På den andre sida var det lite rom for pleietrengjande som ville vaske seg meir enn det som var vanleg i sjukeheimen. Dersom institusjonen skulle etterleve notidige folkelege og faglege standarder for dusj, handvask, tannpuss, toalettbesøk/bleieskift, hårvask og fotvask, måtte pleiarane setje av meir tid til kroppsvask.

Konklusjon

Kroppsvask i sjukepleia ser ut for å vera ein balansegang mellom normer for lukt og utsjånad på den eine sida, og effektiv utnytting av pleiarane si tid på den andre sida. Slike omsyn ser ut for å vera overordna redsla for miasmer og mikrobar.

Figur 2: Oversikt over kor ofte kroppsdelar bør vaskast/vert vaska	
Dagleg vask	
Sundt (1869)	<i>Kvinner:</i> Ansikt, hender <i>Menn:</i> Ansikt og hender om dei skulle vise seg i det offentlege rom
Nissen (1877)	Ansikt, hals, hender, skylje munnen + andre delar av kroppen om nødvendig
Kaurin (1879)	Ansikt, hender + andre delar av kroppen om nødvendig
Waage (1901)	Ansikt, hals, hender, pusse tenner + andre delar av kroppen om nødvendig
Waage (1911/1901)	Ansikt, hals, hender, armholer, rygg, sete, analregionen, lyskane og hos kvinner foldene under brysta og tannpuss
Lerheim og NSF (1969)	Heile kroppen
Kristoffersen (2004/1996)	Vaske seg som ein er van med, men minimum pusse tennene kvar dag, og vaske ansikt, hender, område med mykje sveittesekresjon, og intimområdet + vaske hender før måltid og etter toalettbesøk
Norsk sjukeheim (2002 og 2006)	Ansikt, hender, brystregionen, armholer, rygg, underliv og tannpuss.
Full kroppsvask	
Sundt (1975/1869)	Ein gong i året Til helga: Ansikt, hender, hår, litt av overkroppen
Nissen (2000/1877)	Ved innkomst til sjukehus + ein gong i veka
Kaurin (1879)	Ved første møte med den sjuke + om nødvendig
Waage (1901)	Ved innkomst til sjukehus + ein gong i veka
Waage (1911)	Ved innkomst til sjukehus + ein gong i veka
Lerheim og NSF (1969)	Kvar dag
Kristoffersen (2004/1996)	Helst kvar dag
Norsk sjukeheim (2002 og 2006)	Kvar 14. dag

Kapittel 6b: Tilhøvet mellom behovsteori og kroppsvask i sjukepleia

I dette kapitlet vil me sjå at det er lite som taler for at kroppsvasken i sjukepleia er fundert i pleietrengjande sine behov. Derimot er det mykje som taler for at vaskepraksisane er utforma i pakt med moderne normer for kroppsleg samkvem på den eine sida, og forventingane om effektiv utnytting av pleiarane si tid på den andre sida.

Normer for kroppsleg samkvem

På 1860-talet, då faglært sjukepleie blei etablert i Noreg, var det ikkje uvanleg at kvinnene vaska mennene på laurdagskvelden. Husmora vaska gjerne ektefellen, systrer vaska brødre og tenestejenter vaska tenestegutar:

Og så er det kvindenes sag at vaske karfolkenes hoveder. I et stort hus kan det falde så til, at kone yder manden denne tjeneste, søsteren broderen, ternen eller tjenestepigen gutten (Sundt 1975/1869: 295).

Men denne skikken var i ferd med å bli avvikla, fordi den blei rekna for uanstendig:

Det må også erindres, at der til samme tid har foregået en forandring i begrebet om det velanstendige, så der ikkje lenger kan tilstedes den frihed i visse stykker, som næsten alltid fulgte med badingen på landsbygderne ... Tænkemåden har vendt sig i den grad, at på mange steder ansees det end ikkje for sømmelig at personer af same kjønn ere ude at bade sig saman (Sundt 1975/1869: 320).

Nye normer for kroppsleg og kjønna samvær ser med andre ord ut for å vera bakgrunnen for at skikken med at kvinner vaska menn var i ferd med å bli avvikla. Desse normene var uttrykk for sivilisert framferd (jf. Elias 1989/1939, kap. 4), og innebar forventingar om privatisering og kontroll over den kjønna kroppen (jf. Foucault 1995/1976, kap. 5).

Bør vaske seg sjølv så sant ein kan

Nedanfor skal me sjå at lærebøker i sjukepleie har vore i pakt med moderne forventingar om mest mogeleg sjølvstende ved kroppsvask, uavhengig av om dei har støtta seg til hygiene- eller behovsteori. Læreboka som Waage gav ut i 1901, og den reviderte utgåva frå 1911, argumenterte for at pleietrengjande burde vaske seg sjølve så sant dei kunne klare det:

Kan han ikkje selv gjøre dette (*vaske og stelle seg*), skal Sygepleiersken hjælpe ham dermed (Waage 1901: 3, det same står i 1911 utgåva).

I etterkrigstida har lærebøker i sjukepleie støtta seg til både hygiene- og behovsteori, og der vert det også argumentert for ein må leggje til rette for at pleietrengjande kan få vaska seg sjølve. I den samanhengen vert ansikt, hender og kjønnsorgan spesielt nemnt:

En gir pasienten anledning til å utføre det han kan greie selv, f. eks. vask av ansikt, hender og genitalia (Hauen 1967: 152)

I læreboka frå vår tid står det at pleietrengjande som regel har så stor trong for å vera sjølvhjelpete, at dei vil finne alternative måtar å vaske seg på sjølv om den dei skulle mangle både krefter og vera lamme:

En som er lam kan mangle både kreftene og førligheten som skal til for å utøve sitt personlige stell. Siden ønsket om selvstendighet som regel er sterkt, vil en snart lete etter og finne alternative måter å utføre sin personlige hygiene på (Førsund 2004/1996: 45).

Lærebøkene sin argumentasjon for sjølvstende ser ikkje ut for å vere funderte i redsla for mikrobar, for då skulle ein tru at det viktigaste var at den kroppslege reinsinga blei nøyaktig utført, og i den samheng skulle ein forvente at det blei problematisert at det kunne vera vanskeleg for sjuke og svekka personar å utføre dette arbeidet skikkeleg på eiga hand. Dersom kroppsvasken tok utgangspunkt i den enkelte sine behov, skulle ein forvente at det blei argumentert for at ulike pleietrengjande kunne ha ulike ynskje med omsyn til kor aktive/passive dei ynskte å vera ved kroppsvask.

Få kroppsdelar pleietrengjande klarte å vaske sjølve

Medan lærebøker i sjukepleie har argumentert for mest mogeleg sjølvstende ved kroppsvask, var dei pleietrengjande i sjukeheimen vanlegvis passive ved kroppsvask, og inntok såleis ei rolle som har vore forakta i vestleg kultur. Både i antikken og i det moderne har vår kultur dyrka den sterke og konkurrerande kroppen som har klart seg utan hjelp frå andre (jf. Foucault 2001/1984, 2002/1984, kap. 5). Nedanfor skal me sjå at det var sjeldan nokon av dei pleietrengjande i sjukeheimen vaska meir enn ansiktet på eiga hand.

Ved observasjon vaska alle, med unntak av ein mann, ansiktet sjølve. Ved intervju fortalde denne mannen at han kunne ha klart det sjølv om han hadde fått ein vaskehanske tredd inn på handa, men pleiarane vaska han, og det hadde dei gjort heile tida. Det var ingen som hadde spurt om han ville vaske ansiktet sjølv. Han likte godt at pleiarane utførte vaskinga, for han meinte pleiarane gjorde det både betre og raskare enn han ville klart, og han hadde ikkje noko

ynskje om å vaske seg sjølv. Ved intervju fortalde pleiarane at det var nokså vanleg at pleietrengjande vaska ansiktet sjølv:

Det er ganske mange som vaskar ansiktet sjølv. Både menn og kvinner. Dei fleste gjer det. Det er berre nokre få unntak som ikkje gjer det (Kvinneleg pleiar).

Ved observasjon vaska to av dei pleietrengjande hendene sine sjølve. Det var dei to som kunne bruke begge nevene. Dei andre kunne berre bruke den eine handa, og enkelte hadde problem med det også, så det var pleiarane som vaska hendene deira. Ei som fekk hendene vaska av pleiar trudde ho kunne klart å gjera det sjølv, men når ho fekk tenkt seg om, fann ho ut at det ville bli svært vanskeleg, og uansett ville ho berre klart å vaske den eine handa. Ho hadde ikkje noko ynskje om å gjera det sjølv. Ho tykte det var godt når pleiarane gjorde det. På langtidsavdelingar var det gjerne to eller tre av 27 pleietrengjande som vaska hendene sine sjølve. Ei av dei pleietrengjande fortalde at ho hadde klart å vaske ansikt og hender tidlegare når ho hadde ein betre periode, men no klarte ho det ikkje lenger:

... etter kvart så er eg blitt dårlegare, eg var jo ein periode litt betre, og kunne vaske ansiktet og hendene sjølv, og så kunne dei (*pleiarane*) gjera andre ting, leggje litt til rette i stellet, trekkje frå gardiner, kanskje finna heisen og litt slikt, så det gjorde at stellet var litt kortare kanskje, ein periode, og så held dei fram med den halvtimen som dei trur dei skulle ha, men det klarer dei ikkje lenger (Kvinneleg pleietrengjande).

Ho som dusja ved observasjon, drog kluten over brystet. Ei av dei andre pleietrengjande fortalde at ho av og til vaska armholene sjølv, men den dagen eg observerte skulle ho vaskast skikkeleg, og då måtte pleiarane gjera det. Pleiaren fortalde at denne kvinna hadde lett for å bli sår under brysta fordi ho ikkje vaska og tørka seg skikkeleg, derfor måtte pleiarane vaske henne regelmessig. Fleire pleietrengjande fortalde at dei kunne klart å vaske brystregionen og *eine* armhola sjølv, men dei kunne ikkje klart å vaske begge armholer. Dette stadfesta ein pleiar:

Det er ikkje vanleg at pleietrengjande vaskar seg under armane sjølve. Det er ikkje så mange som greier det, for det er så samansett. Dei kan vaske seg på eine sida, men det kan bli komplisert når dei skal skifte over hansken i den andre handa, og så gjera motsett, fordi dei er stive eller halvsidig lamme ... Det er nokre som vaskar brysta sjølve ... det er ikkje så vanleg, men det er lettare å vaske brysta enn armholene, for då klarer dei seg med ei hand (Mannleg pleiar).

Ved observasjon var det ingen som kamma/børsta håret heilt på eiga hand. Fleire kjemma seg så mykje dei klarte sjølve, og så hjalp pleiarane dei med resten. Det innebar gjerne at den pleietrengjande sjølv greidde håret framme, medan pleiarane kamma/børsta bakhovudet.

... prøver å få dei til å børste det sjølv... eg prøver å få dei til å ta det dei klarer sjølve, og så kan eg heller ta det som eventuelt måtte vere i nakken. Og så kjem dei ikkje skikkeleg til, og så vil dei ikkje meir ... gjer det du, for dei veit at dei ikkje greier det heilt ferdig (Mannleg pleiar).

Pleietrengjande kunne ha motvilje mot å ordne håret sjølve, sjølv om dei kunne klare å gjera litt, og pleiarane hadde snakka om at motstanden kanskje hadde samanheng med at dei gjerne gjorde om att det den pleietrengjande hadde gjort, og det kunne oppfattast som at det dei hadde gjort sjølve ikkje var bra nok, og dermed kunne pleietrengjande slutte å kjemme håret sjølve:

Det er mange som greier håret sitt litt sjølv. Og så har me òg hatt ein runde på det at nokre gongar så greier pasienten seg, og så kan ein pleiar koma og gå over det. Og det har me snakka mykje om, for det at nokon har me gjerne vanskar med å motivere til å gjera det sjølv, for me får attendemelding frå pasientane om at gjer det du som gjer det ordentleg (Kvinneleg pleiar).

Pleietrengjande kunne føretrekkje å pusse tennene sine sjølve:

... og når eg pussar tennene ... det gjer eg sjølv ... for det vil eg gjerne gjera sjølv, for det er eg van med (Kvinneleg pleietrengjande).

Men det var ikkje så mange som var i stand til å gjennomføre tannpuss:

Det er svært få som pussar tennene sjølv. Dei som gjer det sjølv er gjerne dei som er mentalt klare, og rimeleg godt føre, og som i tillegg har balanse (Mannleg pleiar).

Men det hende at pleietrengjande som ikkje var i stand til å pusse tennene skikkeleg, likevel ville klare seg sjølve:

... dei kan godt prøve å pusse tennene, men det blir ofte ikkje effektiv tannpuss. Dei tek gjerne tannbørsten inn i munnen med tannkrem på, men så stoppar det. Tannpuss er det stort sett pleiarane som utfører, men dei som har eigne tenner kan ha motførestillingar mot at pleiarane skal pusse dei. Dei tykkjer ikkje at det er behageleg, men dei klarer ikkje å gjera det sjølv lenger. Om nokon begynner sjølve, må pleiarane likevel gjera det ferdig etterpå (Mannleg pleiar).

Enkelte nekta å la pleiarane overta, for dei ville ikkje ha hjelp av pleiar til tannpuss:

Ho vil jo så gjerne pusse tennene sine sjølv... og det er greitt, det må ho for Guds skuld få lov til, men eg har av og til lyst til å gå etter og sjå om ho har fått alt med... men det får eg ikkje lov til ... ho meiner ho gjer det godt nok ... og då kan eg ikkje seie noko (Kvinneleg pleiar).

På ei avdeling med 27 pleietrengjande var det kanskje tre som pussa tennene sine sjølve. På ei av dei andre avdelingane var det kanskje fire-fem som gjorde det sjølv:

Det er kanskje ein fire til fem som pussar tennene sine sjølv. Det er jo nokre som berre kan bruke eine handa, som har ein fantastisk teknikk, vil gjera det sjølv (Kvinneleg pleiar).

Alle som blei observertete blei vaska nedantil av pleiarane. Det var uvanleg at pleietrengjande vaska seg nedantil sjølve, men det hende:

Me har i alle høve to kvinner som vaskar seg nedantil sjølv. Ein mann er eg litt usikker på. Nokre gongar, nokre gongar ikkje. Han vil helst at me skal gjera det, men så tenkjer me, at kanskje han kunne klart det sjølv, men eg trur det heller meir til at det er me som gjer det (Kvinneleg pleiar).

Ved observasjon var det ei som blei dusja av pleiar. Ved intervju fortalde pleiaren at det ikkje var nokon av dei pleietrengjande i sjukeheimen som dusja utan hjelp:

Dei aller fleste må sitja i dusjen. Dei kan nok klare delar av arbeidet sjølv, men dei er redde i dusjen dei aller fleste, fordi det er glatt. Då er det nokon med dei heile tida ... Det er ingen som går i dusjen og vaskar håret sjølv (Mannleg pleiar).

Pleietrengjande som hadde fast plass i sjukeheimen vaska sjeldan meir enn ansikt og hender sjølve:

Det er sjeldan nokon vaskar meir sjølv enn ansikt og hender (Kvinneleg pleiar).

Hadde ikkje ynskje om å vaske seg sjølve

Behovsteoretisk tenking kan skape inntrykk av at trongen til aktivitet og sjølvrealisering er eit grunnleggjande behov (jf. Maslow og Henderson, kap. 3). Men i sjukeheimen var det sjeldan pleietrengjande gav uttrykk for at dei ynskje å vaske seg på eiga hand, sjølv om enkelte kunne klart å gjera litt meir enn dei gjorde. Ein måtte gjerne krangle med dei berre for å få dei til å vaske ansiktet:

... eg har jo lært at dei helst skal gjera det sjølve, for å halda ved like motorikken og alt dette her, men eg får meg ikkje til å krangle med dei kvar dag ... du skal gjera det sjølv... nokon er jo så sjuke ... enten fysisk eller psykisk at dei føretrekkjer at du gjer det ... med ein gong eg seier, kvar dag ... vil du ta fjeset ditt i dag ... nei, gjer det du ... du klarer det jo sjølv ... nei, gjer det du (Mannleg pleiar).

Nokre vil ikkje gjera det sjølv fordi at me skal gjera det ... det er vår jobb ... andre seier det er så godt at me gjer det ... så det er alle slags unnskyldningar... for ikkje å gjera det ... nokre seier at då blir det ordentleg gjort, eller at det går fortare når me gjer det, og nokre seier at me gjer det ordentlegare ... mykje betre enn dei ... for dei er ikkje så flinke ... eller så går det så seint med dei ... men nokre seier det er rett og slett fordi dei ikkje gidd, dei meiner det er vår jobb, det er derfor me er her (Kvinneleg pleiar).

Menn viste større motvilje mot å vaske seg sjølve, enn kvinner:

Veldig mange får den tilbakelente haldninga, at dette er du betalt for å gjera, så det må du gjera. Meir menn enn med kvinner ... mennene gjer seg ofte sjukare enn dei er. Dei aller fleste klarar å vaske andletet sjølv, når dei får ein vaskeklut inn på ei hand. Over 90 % gjer det sjølv, dersom du gjev dei vaskekluten/trer den innpå handa deira (Mannleg pleiar).

Noko av motviljen mot å vaske seg sjølve kunne ha samanheng med at dei pleietrengjande tykte det var avslappande og godt når pleiarane gjorde det:

Eg syenst det er meir avslappande, og eg kviknar til når eg ligge her og blir vaska. Det er godt altså. Du vaknar til liv (Kvinneleg pleietrengjande).

Dei som deltok i Lomborg (2005) sin studie hadde heller ikkje trong for å vera så aktive som mogeleg. Dei tykte det var godt å bli vaska av pleiarar (jf. kap. 2). I kapittel 2 såg me også at Tornstam (1996) argumenterte for at eldre ikkje treng vera så opptekne av å vera aktive. Dei kan tvert om like å vera passive.

Ikkje seksuell berøring

I lys av moderne normene for kroppsleg samkvem (jf. Sundt 1975/1869 ovanfor) er det forståeleg at lærebøker har problematisert seksualitet ved kroppsvask, og at kjønna reaksjonar har vore omtalt i naturvitskaplege termar, og ikkje i behovsterminologi:

Derimod er en Dk. (*diakonisse*) berettiget til at undslaa sig for at udføre saadanne Gjerninger, hvorved den kvindelige Bluferdighed saares, saasom at kathetrisere eller bade Mænd, eller give dem Klyster (Nissen 2000/1877: 23).

Det står ingen ting om kven som skulle utføre badearbeidet dersom diakonissa ikkje gjorde det. I 1877 hadde ein ikkje begynt å utdanna diakonar i Noreg (jf. Martinsen 2003/1989, kap. 4). Nissen ser med andre ord ut for å vente at pleietrengjande menn er mest mogeleg sjølvhjelpete ved kroppsvask som omfattar større avkledning og berøring av kjønnsorgan, og indirekte kan det sjå ut for at Nissen argumenterer for at pleietrengjande menn som ikkje klarte å bade seg sjølve når dei var på sjukehus, fekk vera utan nedantilvask og bad. På bakgrunn av at folk flest vanlegvis berre vaska seg nedantil ein gong i året på 1860-talet (jf. Sundt 1975/1869, kap. 6a), var det kanskje ikkje så problematisk å argumentere for at menn måtte klare seg utan nedantilvask og bad. Ein nøydde seg kanskje med å tørka vekk det verste og skifte stikklaen.

Kaurin (1879) sin argumentasjon for at kroppsvask måtte gjerast vennleg, sømmeleg og bestemt, må også forståast i lys av normene for kroppslig samkvem:

Ligeoverfor den syge bør hun altid vise sig taalmodig, blid og venlig, men tillige opføre sig med Bestemthed, Værdighed og Anstand, saa hun navnlig ligeoverfor det andet Kjønn tillader sig nogen kaad Spøg eller letfærdig tale, men altid i sin Samtale og i alle sine forretningar bevarer den sande kvindelige Blufærdighed og udfører Alt med Sømmelighed og Orden (Kaurin 1879: 8).

I læreboka til Lerheim og NSF frå 1967 som argumenterer for sjukepleie ved hjelp av både behovs- og hygieneteori, vert kjønna berøring omtalt i tekniske termar:

På kvinnelige pasienter legger en håndkleet under setet, ber pasienten bøye knærne og holde bena frå hverandre mens en vasker godt forfra og bakover. På mannlige pasienter legger en håndkleet over genitalia når en skal vaske (Hauen 1967: 154).

I læreboka frå vår tid, som også støttar seg til både hygiene- og behovsteori, vert heller ikkje seksualitet ved kroppsvask problematisert som behov, men som eit naturvitskapleg fenomen:

Mannlige pasienter kan oppleve ereksjon under vaskingen. Selv om sykepleieren utfører stellet profesjonelt, med nødvendig varsomhet, kan dette skje automatisk. Sykepleieren må være forberdt på at mannlige pasienter kan reagere slik under stellet. En bør da legge håndkleet over genitalia til reaksjonen er over og vaskinga kan fortsette. Enkelte menn opplever det positivt å bli informert om at en slik reaksjon ikkje er uvanlig (Kristoffersen 2004/1996: 73-74).

Pleietrengjande kunne uttrykkje seksualitet ved kroppsvask

Det at pleietrengjande i sjukeheimen sjeldan vaska meir enn ansiktet og hendene sjølve, innebar at pleiarane rørte ved heile kroppen til både menn og kvinner i samband med kroppsvasken. I sjukeheimen hendte det at menn reagerte med ufrivilleg ereksjon i den samanhengen. Ein av dei mannlege pleietrengjande eg intervjuja tykte det hadde vore vanskeleg i starten, men etter kvart gjekk det greitt. Han sa ikkje om det innebar at det sjeldnare oppstod ereksjon, eller om han ikkje skjemdes over det lenger. Slike ufrivillege ereksjonar var det ukomplisert for pleiarane å handtere, dei såg på ereksjon som ein heilt normal fysisk reaksjon som ikkje blei kommentert:

... det er normalt når du tar i ... det er forståelig når du tar på dei ... eg bare held fram med å vaske ... det er bare slik av og til det skjer (Mannleg pleiar).

Pleiarane var opptekne av å gjera slike situasjonar tolelege for den pleietrengjande:

... det gjer meg ingen verdens ting ... utanom at det skulle plage han ... eg prøver å lese han ... om han reagerer på det ... men slik som eg har lese han, så tek han det heilt fint ... det ser ikkje ut som han reagerer ... han er klar ... eg steller ikkje han så

veldig ofte ... men eg har høyrte at damene spøkjer om det ... eg trur det skjer ganske ofte (Mannleg pleiar).

Ovanfor har me sett at pleiarane ikkje tykte det var vanskeleg å handtere ufrivillege ereksjonar. Verre var det når mannlege pleietrengjande bad om meir vask og smøring nedantil etter at dei hadde fått ereksjon, fordi det kunne gje pleiarane ei kjensle av at pleietrengjande prøvde å få tilfredsstilt seksuelle behov i samband med kroppsvasken, og det var eit brot med forventingane om kroppskontroll ved kroppsvask:

Me har vel nokre menn som ... får ereksjon. Han eine kan det kanskje vera litt vanskeleg med. Han er veldig oppteken av at det skal gjerast veldig ordentleg. Etter at han har fått ereksjon kan han be om å bli vaska ein gong til. Bli smurt betre. Eg trur ikkje du smurte nok. Eg kjenner det er litt på den sida der du ikkje var. Det kan jo vera at vedkomande føler at det ikkje er blitt ordentleg gjort. Det kan jo ikkje eg sei noko om, men eg gjer det ikkje om att. Eg føler meg trygg i det eg har gjort og seier at du må stole på meg, eg har gjort det ordentleg. Det går gjerne på kvalifikasjonane mine som pleiar. Der kan eg vera direkte og seie at dette kan eg. Du må stole på meg. Men eg veit me har hatt episodar der vikarar, kanskje litt yngre ... dei har ikkje heilt visst korleis dei skal handtera det ... må kanskje på igjen, tilbake med forhud, gjerne begynne på nytt igjen ... Litt fnising og dei tykkjer det er ubehageleg (Kvinneleg pleiar).

Det kunne vera enklare å avvise seksuelle uttrykk som verka heilt rare og som det var vanskeleg å ta seriøst:

Me har ein annan òg. Han òg reagerer med ereksjon. Det vert meir komisk. For der kjem det rett og slett slike utsegner som fjorten-femtenåringar kan kalle kjønnsorgan for. Slik som ikkje vaksne gjer. Det vert litt sånn latterlig ... dei er så rare ... og han seier det gjerne samstundes som nokon står og høyrer på. Han som kjem med slike direkte tilnærmingar, kan eg svare veldig direkte. Eg er pleiar, og eg hjelper deg i ein stellesituasjon ... slik ynskjer eg ikkje å ha det (Kvinneleg pleiar).

Det hende at mannlege pleietrengjande kunne prøve å ta kvinnelege pleiarar på brysta, baken og liknande. Det var også eit brot med normene for kroppslig samkvem ved kroppsvask, og blei bestemt, men vennleg avvist:

... me har mest dei her gamle karane våre ... som gjerne vil ta på oss ... på brysta og på baken ... slike ting ... og dei vil gjerne prøve å kle av oss, men det får dei ikkje lov til... faktisk så er det dei som har kone heime som gjerne er mest oppissen, for å seie det slik, enn dei som har vore enkemann eller ... han eine ... i det eg skulle bøye meg opp ... tek han tak i skjortekragen ... fyrst så trudde eg at det var fordi at han såg ein flekk eller eit eller anna eg hadde fått på meg ... og eg sa at det ikkje var nokon flekk der ... men så forstod eg etterpå at han ville knappe opp, og då sa eg til han at det der må du ikkje gjera for då blir ikkje konemor blid, seier eg berre på skøy, og då berre lo han, flirte han ... eg prøver å ta det sånn litt humoristisk ... for det synest eg er den enklaste måten å gjera det på, utan å såre (Kvinneleg pleiar).

Det var helst menn som gav uttrykk for seksuelle behov i samband med kroppsvask. Ei av dei kvinnelege pleiarane meinte at damer som hadde vore gifte og som har hatt barn og slikt, var vel forsynte med alt som heitte sex:

Nei da, damene, dei som har vore gifte og har hatt barn og sånt, dei trur eg er vel forsynte med alt som heiter sex, men med mannfolka kan det vera litt annleis (Kvinneleg pleietrengjande).

Ei av dei kvinnelege pleietrengjande gav uttrykk for at ho tykte det ville vera forferdeleg om ein kopla saman kroppsvask og seksualitet. Ho meinte seksualitet berre var aktuelt i spesielle møte mellom menneske:

... det ville jo vore heilt forferdelig det ... me kvinner er jo meir psykisk innstilt på sånne ting, fysisk berøring betyr ikkje så veldig mykje, utan at ein er i ein situasjon overfor eit spesielt menneske, ikkje sant, så det atte (Kvinneleg pleietrengjande).

Men det hende at kvinner seksualiserte kroppslige vaskesituasjonar, det fortalde ein av dei mannlege pleiarane. Ein gong var det innlagt ei kvinne på cirka 70 år ved sjukeheimen som var svært oppteken av seksualitet i det ho blei vaska. Dette tykte han var svært ubehageleg, og han handterte det ved å få ein kvinneleg pleiar til å vaske henne neste gong:

... ho var ikkje så veldig gamal ... ho var cirka 70 år ... ho var veldig oppteken av seksualitet ... så eg hugsar når eg stelte henne at ho reagerte veldig ... eg følte meg uvel i situasjonen ... så eg fekk ein kvinneleg pleiar til å hjelpe henne neste gong (Mannleg pleiar).

På same vis som i Twigg (2000) og Lawler (1996/1992) sine studiar, likte pleiarane i sjukeheimen dårleg å vaske pleietrengjande som seksualiserte kroppsvask, og den typen åtferd blei avvist eller ignorert, men i sjukeheimen var det ikkje så vanleg at det skjedde. Ein mannleg pleiar som hadde arbeid med vask og stell av pleietrengjande i over 20 år, hadde aldri opplevd seksuell framferd ved kroppsvask av pleietrengjande. Sjølv om det var uvanleg at pleietrengjande reagerte seksuelt på kroppsvask, så hendte det at kvinner kunne fleipe med mannlege pleiarar om at det var plass til fleire i senga og slikt, men det var berre tøys og heilt uproblematisk:

... elles så har eg opplevd kvinner ... som seier ulike ting ... du må vaske lengre der og ... det er plass til deg òg oppe i senga ... men det er mykje humor ... eg tek det berre med eit smil ... det er ikkje vanskeleg. Det verkar heller ikkje som om den andre parten tykkjer det er vanskeleg (Mannleg pleiar).

På same vis som kvinnene kunne fleipe om at det var plass til fleire i senga, kunne mannlege pleietrengjande fleipe om det same, og det var heilt harmlaust.

Minst mogleg avkleding

I kapittel 4 viste Frykman (1994) til at det blei eit ideal i det svenske borgarskapet å gjennomføre kroppsvask med minst mogleg avkleding på slutten av 1800-talet/begynnelsen på 1900-talet. Lærebøker i sjukepleie har også argumentert for at kroppen bør avdekkast minst mogleg i samband med kroppsvask, uavhengig av om læreverka har vore funderte i hygiene- eller behovsteori. Argumentasjonen har gjerne vore knytt til omtanken for minst mogleg avkjøling, men ein skal ikkje sjå bort frå at normene for kroppslig avdekking også har lagt bak:

... og begynder nu med at vaske og tørre en enkelt Legemsdel ad Gangen, hvorefter den bedekkes. Paa den Maade undgaar hun bedst, at han bliver kold eller anstreges for meget under Vadskingen (Kaurin 1879: 9)

Er der ikke anledning til at skaffe pasienten bad, eller han er for svak til at bade, saa den ukentlige vaskingen maa foretages mens han ligger, skal man huske paa at ta en legemsdel ad gangen og ikkje blotte for meget av legemet paa en gang, for at han ikkje skal fryse (Waage 1901: 3-4, det same står i utgåva frå 1911: 3-4).

I læreboka til Lerheim og Norsk sykepleierforbund frå 1967 vert det også argumentert for varsemnd ved avkleding:

En dekker pasienten med skjorten og vasker armene (Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967: 153).

En bretter ned dynen eller fjerner den helt og dekker pasienten med lakenet (Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967: 154).

Kristoffersen (2004/1996) argumenterer for at ein må vera nøye med tildekking, både fordi pleietrengjande kan fryse og for å hindre blottlegging og audmjuking av den pleietrengjande:

Før en vasker kroppen foran, dekker en til med et håndkle, slik at pasienten ikkje blir blottet og ikkje blir kjølig (Førsund 2004/1996: 74).

Å trenge hjelp til å vaske seg nedentil kjennes ydmykende for mange. Det er derfor viktig å gjøre situasjonen minst mulig belastende for pasienten ... Viss pasienten ligger på ryggen, dekker en genitalia med håndkle, som bare løftes opp under vasking (Førsund 2004/1996: 73).

Ovanfor har me sett at lærebøker i sjukepleie har argumentert for minst mogleg avkleding ved kroppsvask, uavhengig av om dei hella til hygiene- eller behovsteori. Ved observasjonane i sjukeheimen vart vanlegvis overkroppen avdekka, vaska og påkledd att, før underlivet vart vaska og stelt. Når ein vaska overkroppen, brukte underlivet å vera innpakka i dyne. Den stunda overkroppen var avkledd, vart det lagt eit handklede over kvinnebrysta. Tilsvarande vart ikkje gjort med menn sine bryst, men i fylgje intervju med pleiarar kunne mannsbrysta også bli tildekka:

Det er like viktig at både menn og kvinner vert kledd litt ovantil, med ei T-skjorte eller ... før dei vert vaska nedantil (Kvinneleg pleiar).

Medan det berre var kvinnebryst som blei tildekka med handduk ved observasjon, vart vanlegvis underlivet til både menn og kvinner tildekka ved nedantilvasking:

... du dekkar alltid til ... automatisk ... du legg handduken oppå mens du trekkjer av trusa.. Her på avdelinga har me ei dame som er litt sjenert ... men eg har høyrte at det ikkje har noko med meg (*mannleg pleiar*) å gjera ... ho er det uansett om det er damer eller ... ho dekkar seg veldig til ... der må du heile tida halda opp et handkle og slikt (*Mannleg pleiar*).

Ei av dei pleietrengjande sa at ho ikkje kjende seg blottlagd når ho vart vaska og stelt, fordi pleiarane dekka til overkroppen før dei vaska henne nedantil. Ho meinte at såpass avkledd måtte ho vera når ho skulle stellast, men likte at dei dekka til med handduk. Nokre gjorde det automatisk, og det tykte ho var kjekt:

... du treng jo ikkje liggje naken, utan ein tråd (Kvinneleg pleietrengjande).

Sjølv om dei fleste eg observerte blei tildekka i det dei blei vaska nedantil, var det nokre unnatak. Det eine unnataket var ein pleietrengjande som stod i heis medan han blei vaska nedantil, og då var det vanskeleg å dekke til.

Pleietrengjande kunne ynskje å vera heilt nakne

Eg observerte også ei kvinne som låg heilt avkledd frå topp til tå, medan pleiaren vaska henne. Ei slik avdekking var i fylgje pleiarane heilt uvanleg, men den pleietrengjande ville at det skulle gjerast på den måten, og så lenge den pleietrengjande sjølv ville ha det slik, var det ikkje problematisk for pleiarane:

... det er slik ho vil ha det ... det er ho som vil ha det slik ... ho sjenerer seg ikkje for det, ho legg seg jo ut ... ho er litt spesiell der... me tykkjer det er litt vittig det der med at ho brettar seg ut (Kvinneleg pleiar).

Forventar at pleiaren er kvinne

Som me såg ovanfor, hadde det vore vanleg at kvinnene vaska mennene på laurdagskvelden, men skikken var i ferd med å bli avvikla på 1860-talet fordi det blei rekna for uanstendig (jf. Sundt 1975/1869). Når ein ikkje klarer å vaske seg sjølv, skal me sjå at det framleis eksisterer forventingar om at slikt arbeid skal gjerast av kvinner, sjølv om me har hatt diakonar i Noreg sidan 1890, og pleieutdanningar generelt har vore opne for menn sidan 1949 (jf. Martinsen 1984 og Melby 1990, kap. 4). Ved sjukeheimen var dei fleste pleiarane kvinner, men det var også nokre menn der. Ein skulle kanskje tru at mannlege pleietrengjande likte best å bli vaska av mannlege pleiarar, men slik var det ikkje:

... i forhold til kvinner har det utvikla seg ganske mykje frå eg begynte og fram til i dag (*Han hadde vore pleiar i meir enn 15 år*). Mannlege pleiarar har rimeleg god innpass hjå kvinner, men dårleg innpass hjå menn. Dei aller fleste menn aksepterer mannlege pleiarar, men du treffer på fleire menn som ikkje vil bli stelt av menn ... Eg veit ikkje kvifor det er slik. Det vert akseptert (Mannleg pleiar).

Det er ikkje utenkjeleg at det er redsla for homofili som gjer at menn kan vera skeptiske til mannlege pleiarar (jf. Twigg 2000, kap. 2), for ein av dei mannlege pleietrengjande fortalde at han hadde tenkt på homofili dei fyrste gongane han hadde blitt vaska og stelt av mannlege pleiarar:

Når det kom mannlege pleiarar, då tenkte eg på homofili, men det blei eg vant med at det ikkje var det ... det var pussig ... eg følte litt ubehag, men det gjekk fort over (Mannleg pleietrengjande).

Det såg ikkje ut for at skepsisen mot mannlege pleiarar hadde samanheng med at mennene ikkje var like dyktige som kvinnene. Det var forskjell på kor dyktige pleiarane var, men den ovanfor siterte mannen som hadde tenkt på homofili, meinte det gjaldt både menn og kvinner:

Det er forskjell, men det er det enten det er mannfolk eller kvinnfolk som steller deg (Mannleg pleietrengjande).

Kombinasjonen mann, ukvalifisert og vikar var spesielt problematisk:

Det er ikkje mange (*menn*) av dei på stell og slikt, men det hender ... eg har vore borte i ein som var så forvirra, rundt omkring ... han var ikkje kvalifisert (Kvinneleg pleietrengjande).

Kombinasjonen mann og ukjent mannleg pleiar kunne også vera problematisk:

Det er det verst når eg skal på toalettet ... eg må ha nokon til å hjelpe meg ... det er veldig pinlig mange gongar ... viss eg har vore uheldig og tissa litt på meg, så vil eg helst ikkje at ein av dei mannlege skal koma og hjelpe meg ... det synest eg er litt pinleg (Kvinneleg pleietrengjande).

Kom det derimot ein mannleg pleiar som dei kjende, kunne det vera heilt greitt:
... men det er ikkje pinleg med NN (*mannleg pleiar*) ... for han kjenner eg
(Kvinneleg pleietrengjande).

Sjølv om det var ein viss skepsis mot mannlege pleiarar, så var det sjeldan nokon reserverte seg mot å bli vaska av menn, men det hende. Ved sjukeheimen hadde dei i alle høve ei kvinne som ikkje ville at menn skulle vaske kroppen hennar, kjønnsorgana, kanskje unge gutar. Ho 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:

Eg vil ikkje, nei, eg synest det atte, nei eg vil ikkje det, unge gutar og alt inn altså, og på kjønnsorgana, nei, det vil eg ikkje ha noko av... Eg vil ikkje seie at det er det same (*å gå til gynekolog*), for eit stell gjentek seg jo, dag etter dag
(Kvinneleg pleietrengjande).

Ein av dei mannlege pleiarane gav uttrykk for at han hadde forståing for at kvinner kunne vegre seg for å bli stelte av menn, spesielt om dei ikkje hadde levd saman med menn:

... viss dei absolutt ikkje vil så må me ha respekt for det ... det er jo forståeleg ... det kjem ein mann inn til ei dame ... som kanskje aldri ... du vet jo aldri kva liv dei har hatt ... aldri vist seg naken for nokon kanskje ... ei sa til meg at ein mann aldri hadde sett henne naken i heile sitt liv ... viss du no trur at du skal få sjå meg naken så må du tru om igjen ... det kunne eg berre gløyme (Mannleg pleiar).

Effektivitet

Ovanfor har me sett at moderne normer for kroppslig samkvem har vorte nedfelte i lærebøker i sjukepleie, uavhengig av om læreverka har vore funderte i hygiene- eller behovsteori. Vidare har me sett at det blei forventa at pleietrengjande innretta seg etter desse normene, og det gjorde dei vanlegvis, men ikkje alltid. Nedanfor skal me sjå at forventingar om effektiv utnytting av pleiarane si tid, kan overstyre pleietrengjande sine behov.

I kapittel 3 såg me at Henderson kopla sjølvhjelp ved kroppsvask til forventingar om at pleietrengjande skulle klara seg med mindre hjelp frå pleiar enn dei hadde gjort før, slik at pleiarane si tid kunne brukast til andre oppgåver. Behovsargumentasjonen var med andre ord politisk motivert. Dei same forventingane blei nedfelt i læreboka til Lerheim og Norsk sykepleierforbund som kom ut i 1967:

Når en vurderer pasientens behov for hjelp, skal en alltid ha i sikte at pasienten, i den grad det er realistisk, skal hjelpes til å bli uavhengig av hjelp (Hauen 1967: 147).

Læreboka til Kristoffersen frå vår tid understrekar forventingane om sjølvhjelp:

Opp igjennom historien kan en se at sykepleiens metoder har endret seg fra i stor grad å overta for pasienten slik at han får hvile og samle krefter til å bli frisk, til å la pasienten gjøre alle valg selv og utføre mest mulig selv. Pendelen har nærmest svingt frå total passivitet til fullstendig selvhjelp (Førsund 2004/1996: 69).

For tidkrevjande å late pleietrengjande vaske seg sjølve

Ovanfor såg me at pleietrengjande i sjukeheimen ikkje hadde større ynskje om å vaske seg sjølve. På den andre sida hadde det heller ikkje vore større rom for pleietrengjande som ynskte å vaske seg mest mogeleg sjølve, for det kunne krevje meir av pleiarane si tid:

Som oftast har det jo med sjukdom å gjera og korleis helsetilstanden er. I nokre tilfelle har det med kor travelt pleiaren har det å gjera. Det går trass alt fortare viss me gjer alt ... og er det lite folk på jobb, så blir det regelen. Dersom dei skal stelle seg sjølve, må me stå mykje lenger med dei... Problemet er då at me ikkje har nok ressursar til å vera rettleiar og stelle med hendene på ryggen. Derfor går du inn og er hendene til den andre. Gjer du det menneske ei bjørneteneste, eller kva er det me gjer? Du kjem aldri dit at det er ein pleiar for kvar pasient i ein sjukeheim ... det er berre snakk om å gjera det kjappare og å gjera ting for folk ... Det handlar om tid (Kvinneleg pleiar).

Spesielt lang tid ville det ta dersom pleietrengjande som var demente skulle utføre større delar av den kroppslege reinsemda sjølve:

... dei som er mentalt reduserte, der har du ofte små mogelegheiter, der må du som oftast gripe inn og gjera ting... Vil anta at 80-85 prosent har nedsett mental kapasitet ... men mange av dei har gjerne ikkje fått stilt diagnosen dement (Mannleg pleiar).

... me må på ein måte stå der då, så ikkje vaskekluten kjem nedanfrå og begynner på nytt igjen i ansiktet (Kvinneleg pleiar).

... du må heile tida rettleie dei (*demente*) ... det kan bli veldig tidkrevjande ... for me har det utruleg travelt ... (Mannleg pleiar).

I kapittel 2 såg me at Pols (2006) argumenterte for at det var store forventingar om at pleietrengjande skulle arbeide aktivt for å klare seg sjølve mest mogeleg ved kroppsvask, men når ein hadde gitt opp håpet om at pleietrengjande kunne bli sjølvstendige borgarar og ein hadde innsett at dei alltid ville trenge hjelp til å vaske og stelle seg, kunne ein leggje til sides slike forventingar. Dei pleietrengjande i sjukeheimen sorterte under denne kategorien pleietrengjande. Ein hadde ingen forventingar om at dei skulle bli sjølvhjelpete, og då var det kanskje ikkje så nøye å stimulere til aktivitet ved kroppsvask. Dersom sjukeheimen hadde spart tid ved å stimulere pleietrengjande til å vaske seg mest mogeleg sjølve, reknar eg med at

det hadde vore stort press i den retninga. Det viste seg i alle høve i studien eg gjennomførte om kroppsnær pleie i sjukehus. Der blei det forventa stor eigenaktivitet av dei pleietrengjande ved kroppsvask. Dess raskare dei klarte seg sjølve, dess raskare kunne dei sendast heim att, og sjukehuset sparte tid på pleietrengjande som vaska seg sjølve (Boge 1999, Boge og Kristoffersen 2002, jf. kap. 2). I sjukeheimen måtte pleiarane bruke ekstra tid dersom dei skulle leggje til rette for at pleietrengjande skulle vere aktive og vaske seg mest mogeleg sjølve. Det same viste studien til Olsen (1998, jf. kap. 2).

Liten kontinuitet

Ovanfor såg me at enkelte pleietrengjande kunne grue seg for å bli pleia av menn. Nedanfor skal me sjå at kompetanse og kontinuitet var viktigare enn pleiar sitt kjønn:

... dei har av og til inne ein annan mann som dei ringjer etter når dei treng hjelp ... ein vaksen mann ... han er veldig rutinert ... han er veldig flink ... måten han går fram på og snakkar på, det spelar inn ... veremåten har mykje å seie (Kvinneleg pleietrengjande).

Den sist siterte kvinna hadde tidlegare budd på ei avdeling der det arbeidde fleire rutinerte menn. Det gjekk heilt fint:

Dei var vaksne for det dei gjorde. ... Når dei kan jobben sin betyr det ingen ting om det er ein mann eller ei kvinne. Litt kvalifisert bør dei vera. Du merkar det med ein gong. ... Dei som kan sine ting, det har med tryggleik å gjera og ... Det er avgjerande. ... Nå dei er kvalifisert så går heile stellet automatisk, og det kjennest trygt og godt, og då betyr det ingen ting om pleiaren er mann eller kvinne (Kvinneleg pleietrengjande).

Ei kvinne fortalde om ein mannleg pleiar som ikkje hadde vaska henne ordentleg, derfor likte ho ikkje å bli stelt av han. Men etter kvart som ho hadde blitt betre kjent med han, og han hadde blitt flinkare og somla mindre, så gløynde ho mest at han var mann. Ein av dei mannlege pleiarane fortalde at det kunne vera ein viss skepsis, men når dei hadde blitt kjent med kvarandre og pleiar viste at han var kompetent, kunne skepsisen bli snudd til popularitet:

Eg har jo opplevd det, men ikkje her ... ein plass eg arbeidde tidlegare ... då eg begynte der, var det ein klikk på fire damer ... dei såg meg, og då hørde eg dei sa ... der kjem ein mann ... han skal i alle fall ikkje få stelle meg... men så måtte eg setja meg ned og prate med dei ... og etter ei veker tid så var det helt greitt ... men eg måtte få dei til å stole på meg og ... då blei det heilt snudd om (Mannleg pleiar).

Kompetanse handla blant anna om korleis vaskekluten blei brukt nedantil:

Det er viktig at det vert gjort skikkeleg, at dei ikkje vaskar oppover og skrubbar i veg. ... Dei må vaske nedover og ha godt med vatn på vaskehansken. Det er godt. ... Det

er godt ... viktig at eg ikkje vert sår og slike ting. Dei må ha godt med vatn på kluten. Den må ikkje vera tørr. Glatt klut. Ikkje ein klump inne i handa. Dei må ikkje ta fram og attende ... Elles får du infeksjon og sånne ting. Dei fleste vaskar skikkeleg, men det har hendt at ... viss du har vore på toalettet og gjort ditt *fornødende* ... og så har dei tørka framover ... då får eg infeksjon på nytt igjen ... urinvegsinfeksjon, og det er ikkje godt. Men den er bra no. Det skal ikkje mykje til for å få ein infeksjon der ... dette med å vaske med den kluten, der hender det eg må korrigere folk, fordi ... nokre kjem til og med kluten inne i handa, vaskar med ein klump, så då må eg fortelja dei at dei må stikke handa inni vaskekluten, for det er det den er berekna til. Det har jo hendt at dei har vaska slik nedantil ... men dei er jo ufaglærte ... så dei må jo lære, sant ... til og med til ein trena hjelpepleiar (*hadde ho korrigert*) ... og så likar eg ikkje når dei vaskar med to fingrar ... dei må ta hele handa ... der må eg korrigere dei altså, for du veit nokon, dei er litt for forsiktige, dei er vel litt sjenerte kanskje, og eg seier at dei må vaske meg godt inne ved klitoris, for der sit det smuss. Og då må dei ikkje bruke dobbel klut, dei må ha handa inni vaskekluten, så det ikkje blir for tjukt (Kvinneleg pleietrengjande).

Det var spesielt kvinner som var opptekne av å bli vaska skikkeleg nedantil, og ein av dei mannlege pleiarane hadde merka seg at det var mange som helst ville at han skulle hjelpe dei på toalettet, fordi han var nøye. Når han var på kveldsvakt, kunne dei spørje om det var han som skulle koma på vakt neste morgon også. Han la stor vekt på å turka dei pleietrengjande skikkeleg nedantil når dei hadde vore på toalettet:

... ho ventar på meg ... at eg skal fylgje på toalettet ... fordi ho veit at eg tørkar godt og reint ... eg er veldig nøye ... nedantil ... på ein måte er det litt belastning ... for alle ventar på meg ... at eg skal gjera det ... og når eg er på seinvakt så spør dei: Kjem du i morgon tidleg? (Mannleg pleiar).

Dersom pleiarane slurva med nedantilstellet etter at dei hadde fylgd pleietrengjande på WC om kvelden kunne det dryppe ned i bleia, og då kunne dei kjenne seg våte før dei la seg for natta:

... ho er ikkje så nøye ... ser kanskje ikkje i bleia etter at eg har vore på toalettet... men så dryp det ned på buka ... og når eg kjem inn i senga, så er eg våt (Kvinneleg pleietrengjande).

At kompetanse var viktig kom tydeleg fram i nokre intervju som blei gjennomførte rett etter at det hadde vore ferieavvikling. Då var det fleire pleietrengjande som spontant begynte å snakke om at det var problematisk når det kom ukjente pleiarar for å vaske og stelle dei:

... no i den seinare tid (*sommarferien*), har det vore mange unge ... det var ikkje den hjelpa som me var vane med ... (Kvinneleg pleietrengjande).

... viss det kjem uvante. Uff ... (Kvinneleg pleietrengjande).

Den sist siterte kvinna fortalde at ho merka med ein gong det kom urutinerte folk, og det likte ho ikkje. Då vart ho ikkje vaska og stelt slik som ho ville ha det. Dersom det kom rutinerte vikarar merka ho mindre. Dersom ho fekk fagfolk så gjekk det bra, sjølv om det var vikarar. Vikarar og timehjelpar vart gjerne sende inn til pleietrengjande som kunne klare å seie i frå om korleis dei ville bli vaska og stelt. Ei av dei pleietrengjande fortalde at når det kom pleiarar som kjente henne, så kunne dei samtale, for då gjekk stellet automatisk, men når det kom ukjente pleiarar blei samtalan erstatta med å få inn arbeidsrutinane:

... du veit dei som steller meg ofte og kjenner meg, kan rutinane så godt, at det går automatisk, og då kan me snakke, men når nye kjem, så seier eg alltid at me ikkje kan begynne med prat, for dei startar gjerne med at eg skal fortelja om sjukdommen og det, og då seier eg at det kan me ikkje begynne med, me må berre få inn arbeidsrutinane før me pratar om noko som helst (Kvinneleg pleietrengjande).

Når det faste personalet var på ferie eller avspaserte, la dei pleietrengjande merke til det:

... sånn som HH ... ho har full oversikt, nesten meir enn me har sjølve. Viss eg har avspasert ein dag eller noko slikt ... å du var ikkje på vakt i går, har du vore dårleg? Ho må vita grunnen når det er noko utanom ruta, viss eg har bytt eller noko slikt, det er skremmande kor ho har kontrollen med det, men det er ikkje alle det. Men dei følgjer med, no når eg kom attende frå ferie ... du har vore lenge vekke og slikt, så det registrerer veldig mange av dei ... at me ikkje er til stades der på ei stund og slikt, då merkar dei det, men det er litt kjekt å koma igjen når dei er positive ... dei vil gjerne ha oss vanlege ... dei kan seie heilt direkte at eg vil ikkje ha deg, eg vil ha deg, men me høyrer ikkje på det ... me er nøydde til å bruke dei, dei må jo venja seg til dei andre, og dei må jo få ein sjanse (Kvinneleg pleiar).

At det betydde mykje å kjenne den som kom for å vaske og stelle dei, viste seg blant anna ved at pleietrengjande kunne prøve å sikra seg ein av dei kjente pleiarane kvelden i førevegen:

Dei prøver å sikre seg om kvelden ... dei spør gjerne, kjem du, har du tidleg eller sein ... det å vita når dei går og legg seg om kvelden kven som kjem neste morgon, det betyr faktisk litt for dei ... Det er veldig viktig, det må det vere (Kvinneleg pleiar).

Pleiarane merka at pleietrengjande var skeptiske til nye og urutinerte hjelparar, men det var vanskeleg for dei å ta omsyn til ynskje om kontinuitet og kompetanse:

... spesielt no når det er sommar, ferievikarar, dei er alt frå 19 til 23 år, ein del bebuarar føler kanskje at det er jentungar som kjem inn og steller dei ... bak det så ligg det eigentleg ikkje det at dei er unge ... eg trur det er mest det at dei er framande for dei ... og så trur eg ein del er veldig usikre .. mange av dei kjem jo faktisk rett frå gata, innom arbeidskontoret, dei har aldri vore oppe i noko slikt før. Dei har aldri vaska ein pasient, ingen ting ... du kan jo seie at alle er nye ein gong, men dei er her berre ei kort stund og forsvinn igjen ... helst vil dei ha kjente ... dei lyttar når me kjem på gangen, og så kjem det gjerne inn ein vikar, ein heilt ny. Her for nokre dagar

sidan så opplevde eg det at vikaren gjekk inn ... og gjekk bort og sa hei, god morgon, eg skal stella deg i dag ... nei, sa ho (*den pleietrengjande*), eg er ikkje heilt bra, eg trur eg vil liggje litt til etter frukost. Og då måtte eg smile for meg sjølv, for då tenkte eg at ho høyrde at NN og eg var på gangen, så då ville ikkje ho bli stelt av vikaren, og då veit ho det at det er stor sjanse for at viss ho ligg til etter frukosten så er det enten NN eller eg som kjem inn. Det er to som ho kjenner godt ... ho har sagt til meg at ho synest ikkje noko om det at dei kjem inn desse unge jentene, dei veit ingen ting, og nei, nei, likar det ikkje. Det er så forståeleg, men du kan ikkje gå så veldig inn i det heller. Du kan seie at eg skjønar deg godt, men samstundes så må du prøva å vere litt lojal overfor dei nye òg ... dei må få ein sjanse, og dei skal jo lære (Kvinneleg pleiar).

Denne studien understøttar Lillestø (1998) sitt forskingsarbeid frå heimesjukepleia som viste at det ikkje var rom for at pleietrengjande kunne velje kven dei ville bli vaska av. Dei måtte finna seg i at eit utal personar, kompetente og inkompetente, utførte den mest intime kroppspleia (jf. kap. 2). I kapittel 4 såg me at norske kommunar ikkje har vist større interesse for å betale for kompetanse i pleietenestene (Vike og Haukelien 2007). Vidare såg me at det har vore vanskeleg for pleiarane å få 100% stilling. Om pleiarane hadde fått høve til å arbeide full stilling, hadde grunnbemanninga vore høgare. Dette ville høgst sannsynleg redusert bruken av vikarar. Dermed ville det bli større kontinuitet og pleiarane ville få meir erfaring og dermed byggje opp kompetansen sin. Norske kommunepolitikarar har vist liten vilje til å la pleiarar få full stilling. Når det vert oppretta nye pleieinstitusjonar blir sjukepleieleiarane pressa til å dela opp stillingane i mindre brøkar for å ha nok pleiarar til dei ulike vaktene. Desse små brøkane kjem tydeleg til uttrykk når det vert annonsert ledige stillingar.

Oppsummering av tilhøvet mellom behovsteori og kroppsvask i sjukepleia

På same vis som kroppsvask i sjukepleia ser ut for å vera fundert i moderne normer for utsjånad og lukt, har den også feste i moderne normer for kroppsleg samkvem. På 1860-talet, då faglært sjukepleie oppstod i landet vårt, var skikken med at kvinnene vaska mennene i ferd med å bli avvikla fordi det blei rekna for uanstendig. Dei moderne normene nedfelte seg i lærebøker i sjukepleie, gjennom argumentasjonen for mest mogeleg sjølvstende ved kroppsvask, forventingar om varsemnd ved avkledning og forventingar om at kroppsvask ikkje skulle koplast saman med seksualitet. Denne argumentasjonen endra seg ikkje etter at lærebøker i sjukepleie begynte å argumentere for sjukepleie ut i frå behovsteori og den står ved lag i vår tid. Observasjonar og intervju i ein norsk sjukeheim i 2002 og 2006 viser at pleietrengjande sjeldan var i stand til å vaske større delar av kroppen sjølve, og at dei heller ikkje var opptekne av å vere mest mogeleg sjølvhjelpete. Dei likte å bli vaska av pleiarar, og

det blei dei vanlegvis. Pleietrengjande kunne like å vera meir avkledde ved kroppsvask enn det som normene tilsa, og det var greitt, men det var ikkje rom for pleietrengjande som uttrykte seksuelle behov ved kroppsvask. Ufrivillege ereksjonar var derimot uproblematisk. Pleietrengjande forventa gjerne at pleiaren var kvinne, og det var det vanlegaste, men det arbeidde enkelte menn ved institusjonen også, og når dei viste seg å vera kompetente, var det vanlegvis uproblematisk. Men det hende at enkelte reservert seg mot å bli vaska av menn, og det blei akseptert. Derimot blei det ikkje teke omsyn til pleietrengjande sine ynskje om kontinuitet og kompetente pleiarar. Institusjonen hadde heller ikkje rom for at pleietrengjande skulle få hjelp til å vaske seg mest mogeleg sjølv, når slik sjølvhjelp førte til at pleiarane måtte bruke meir tid på kroppsvask enn om dei utførte kroppsvasken for den pleietrengjande.

Konklusjon

Pleietrengjande sine behov ved kroppsvask ser ut for å vera underordna normer for kroppslig samkvem på den eine sida og forventingr om effektivitet på den andre sida.

Avsluttande kommentarar til analyse og drøfting

Analysane og drøftingane i kapittel 6a og 6b viser at det er lite som talar for at kroppsvasken i sjukepleia er utleia av hygiene- og behovsteori. Det ser på mange vis ut for at koplinga mellom kroppsvask i sjukepleia og dei nemnde teoriane er tilsynelatande. Hygieneteori kan skapa inntrykk av at det er omtanken for den pleietrengjande si helse som står i sentrum, men på bakgrunn av denne studien ser det ut for at samankoplinga mellom slik teori og kroppsvask i sjukepleia har vore brukt til å fremja moderne normer for utsjånad og lukt på den eine sida, og på den andre sida forventingar om at kroppsvask av pleietrengjande skal gjerast så effektivt som mogeleg. Behovsteori kan gje inntrykk av at pleietrengjande er frie, aktive, sjølvstendige, rekvirerande og velgjande individ. Denne studien viser at dei frie vala er tilsynelatande, fordi dei normative og økonomiske rammene for vala er strengt regulerte. Studien understøttar Foucault (1999/1975, 1995/1976) sin argumentasjon for at ein har disiplinert individ i demokartiske samfunn gjennom disiplinerande samankoplingar mellom kroppslige praksisar og ulike former for kunnskap. I den samanheng har detaljerte instruksjonar om kroppsbuk, uttømmmande bruk av tida og kontroll over seksualiteten vore sentrale omdreiingspunkt. Denne studien viser at slike reguleringar har vore sentrale ved kroppsvask i sjukepleia.

Kapittel 7: Diskusjon

I dette kapittelet skal eg fyrst argumentere for at ein kan feste lit til denne studien, for så å avslutte med refleksjonar over vegen vidare.

Ein kan feste lit til materialet og måten det er brukt på

I kapittel 5 argumenterte eg for at det er all grunn til å feste lit til Sundt (1975/1869) sin studie og til lærebøkene i sjukepleie som vert brukt som materiale i denne studien. Nedanfor skal eg argumentere for at materialet som er henta frå ein norsk sjukeheim i 2002 og 2006, også er påliteleg. Det at det blei gjennomført intervju med både pleiarar og pleietrengjande, og i tillegg observasjon, gjorde det mogeleg å avsløre forskningseffekt: det vil seie om dei som deltok i studien endra åtfærd på grunn av forskingsarbeidet (jf. Repstad 2000, kap. 5). Intervju med pleietrengjande tyder på at det enkelte gongar blei brukt lenger tid til vask og stell når eg observerte, enn det som elles blei gjort. Vidare kunne vaskinga bli meir omfattande enn det som var vanleg. Det var i alle høve ei som blei smurt på lår, leggar og føter ved observasjon, som sa at det ikkje var vanleg med fotpleie i det daglege stellet. Eit anna moment som taler for at materialet er påliteleg, er at dei som arbeider i sjukeheimen til ein viss grad kan kontrollere det eg skriv om korleis vask og stell vert utført. Denne kontrollinstansen har nok medverka til at eg har arbeidd ekstra nøye med å skapa eit mest mogeleg presist og nyansert og bilde av praksisane. Eg var for eksempel redd for at sjukeheimen ville mislike at det blei dokumentert at det vanlegvis gjekk 14 dagar mellom kvar gong pleietrengjande dusja, derfor måtte eg forsikre meg om at det verkeleg var slik.

Materialet om korleis kroppsvask vert utført i ein norsk sjukeheim i vår tid er truleg ikkje gyldig for kroppsvask av pleietrengjande i ein norsk intensivavdeling. Dei åra eg arbeidde på slike avdelingar, var det i alle høve vanleg med dagleg vask av heile kroppen til den pleietrengjande, med unnatak av håret som blei vaska når det verka nødvendig eller tilrådeleg. Materialet frå sjukeheimen vil heller ikkje vera gyldig for pleietrengjande som er i stand til å dusje utan hjelp frå pleiar. Vidare vil eg vera varsam med å argumentere for at materialet gjeld for andre avdelingar ved sjukeheimen enn dei eg gjorde observasjonar og intervju i. Det er heller ikkje sikkert at materialet gjeld for alle som budde ved dei inkluderte avdelingane, for det var eit fåtal av dei pleietrengjande som var i stand til å gjennomføre intervju, og eg har ikkje fått dei andre pleietrengjande sin versjon av vask og stell. Det kan

vera at dei ville fortalt ei anna historie. I kapittel 4 (jf. Dahl 2005 og Ruths 2005) såg me at over 70% av bebuarane i norske sjukeheimar er demente, og då er det ofte ikkje mogeleg å appellere til fornufta, slik ein kan med pleietrengjande som er klare og orienterte. I staden må ein kanskje bruke press og ei fast hand for å få utført kroppsvask.

Trass i at det var variasjonar og individuelle tilpassingar, viser denne studien at det var eit fast mønster i kroppsvasken som blei gjennomført i sjukeheimen, og at det var lite rom for avvik. Denne vaskemåten såg ut for å gjelde andre stader enn på sjukeheimen, for når det kom ukjente vikarar, merka dei pleietrengjande snart om pleiaren var kompetent eller ikkje. Den kompetente visste korleis kroppsvask skulle gjerast i ein sjukeheim. Eit anna moment som talar for at vaskepraksisane i den aktuelle sjukeheimen ikkje er så unike, er at dei i grove trekk er samanfallande med tilsvarande praksisar i ein annan sjukeheim som eg har vegleia sjukepleiarstudentar i.

Studien er ikkje berre basert på påliteleg materiale om kroppsvask, men eg vil også argumentere for at tekstane er brukt på ein gjennomsiktig og ryddig måte, slik at lesar sjølv kan avgjere om vedkomane vil anerkjenne eller forkaste argumentasjonane og konklusjonane. For det fyrste er det gjort heilt klart kva som vert undersøkt, kva spørsmål som vert stilt til materialet og teoretisk tilnærming (jf. kap. 1,3 og 5). Det er gjort greie for konteksten materialet har feste i (jf. kap. 4), og det føreligg mange sitat. Når studien vert publisert skulle den som les ha eit godt grunnlag for å vurdere om vedkomande vil la resultata frå denne studien få noko å seie i sitt eige virke. Det vert gjerne omtalt som lesargeneralisering (Kvale 1997: 162).

Vegen vidare

Sjølv om studien ikkje konkluderer med konkrete tilrådingar om korleis ein eventuelt kan betre kroppsvasken i sjukepleia, så vil eg argumentere for at det er ei heil rekkje emne og problemstillingar som kan forfylgjast i forlenginga av dette forskingsarbeidet. Det skal me sjå nærare på nedanfor.

I kapittel 4 såg me at Nightingale (1997/1860) argumenterte for at gassutveksling i huda, ikkje velvere, var hovudgrunnen til at pleietrengjande burde vaskast, og sjølv om denne studien ikkje omfattar systematiske analysar av velvere ved kroppsvask i sjukepleia, kunne eg

ikkje unngå å leggje merke til fråveret av velvere i lærebøkene sin argumentasjon for kroppsvask. I sjukeheimen eg gjorde observasjonar og intervju i kunne pleietrengjande bli smurde for velveret sin del og få bløytt hender og føter i varmt vatn berre fordi det var godt, men det var ikkje lagt inn som ein fast del av den daglege kroppsvasken. I forlenginga av denne studien hadde det vore interessant å sjå nærare på velveret sin plass ved kroppsvask i sjukepleia. I den samanhengen kunne ein for eksempel vitja pleieinstitusjonar som systematisk la vekt på sanseleg berøring i samband med kroppsvask, for å sjå korleis dei skaper rom for slikt kroppslig samkvem mellom pleiar og pleietrengjande (jf. sjukeheimsavdelinga i Oxford som eg nemnde innleiingsvis).

Vidare kunne det ha vore spennande å undersøkje konseptet *Basal Stimulasjon* som er prøvd ut i Tyskland. Metoden er utvikla av professor og spesialpedagog Andreas Frölich. I utgangspunktet hadde den som formål å gje funksjonshemma barn meiningsfull sanseleg stimulering gjennom varsam taktil-kinestetisk berøring. Sjukepleiar Christel Bienstein blei merksam på konseptet, og saman med Frölich har ho prøvd det ut i sjukepleiesamheng og blitt forbløffa over kor positivt ein del pleietrengjande reagerer på å bli vaska og stelte etter denne ideologien. Dei siste 10 åra har tysk sjukepleie arbeidd etter dette pleiekonseptet på ei rekkje område (Bienstein og Frölich 2003, Imhof 2001). No er det ikkje sikkert at desse tyske vaskepraksisane er baserte på ei tenkjing som norsk sjukepleie vil identifisere seg med, og det heller ikkje sikkert at dei tyske praksisane er så overtydande, men det kan me ikkje vita før me har sett oss skikkeleg inn i dei.

Studien viser at me har vaska oss på andre måtar tidlegare enn det me gjer i Noreg i dag. Desse funna kan opne for større forståing for personar som har andre vaskevanar enn me er vande med, fordi dei understrekar at kroppsvask er eit kulturelt fenomen som kan endre seg i framtida. I forlenginga av denne studien kunne ein diskutere dei vestlege forventingane om dagleg vask av bortimot heile kroppen (jf. Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967 og Kristoffersen 2004/1996 i kap. 6, og Fjeld og Olsen 2000a og b, Skogmo og Faanes 1991, kap. 4). I sjukeheimen såg me at dusj tok lenger tid enn vask av enkelte kroppsdelar i seng, og at det var lite rom for så omfattande kroppsvask oftare enn kvar 14. dag. Dette kan bli eit stort problem, når dei som er vande med dagleg dusj vert pleietrengjande, for ein kan vel ikkje vente at svake og hjelpelause individ skal få vaske seg mindre enn andre i samfunnet? Debattar om kroppsvask av pleietrengjande kan med andre ord utfordre vaskevanane som er

etablerte i Vesten i etterkrigstida. I forlenginga av slike diskusjonar kunne ein nærme seg kroppsvask i lys av dei internasjonale vasstudiane til den norske historikaren Terje Tvedt (2003), som viser at mange knapt har drikkevatt.

Tvedt (2003) set ikkje berre vassmangel inn i eit globalt perspektiv, men argumenterer for at vatn har ein sentral plass i rituelle handlingar. Denne studien om kroppsvask i sjukepleia tyder på at rituelle forståingar av kroppsvask levde vidare, sjølv om ein begynte å bruke hygiene- og behovsteori som grunngeving for gjeremålet. I lærebøkene til Nissen (2000/1877), Kaurin (1879) og Waage (1901 og 1911) blei det argumentert for meir omfattande vask ein gong i veka, enn elles i veka, noko som kan vera eit uttrykk for at førestellingar om helgevasken levde vidare (jf. Sundt 1975/1869). I læreboka til Kristoffersen (2004/1996) vert det argumentert for at pleietrengjande minimum bør vaske håret ein gong i veka. I sjukeheimen var det også pleiarar og pleietrengjande som tykte dusj kvar 14. dag var altfor lite, dei meinte det burde gjerast ein gong i veka. Det er ikkje det at argumentasjonen ikkje er grei nok, men kvifor akkurat ein gong i veka? Slike spørsmål kunne det vera interessant å forfylgje.

Det at gamle vaskevanar kan leva vidare, trass i at grunngevingane endrar seg, kunne det også ha vore interessant å studera i lys av den franske sosiologen Pierre Bourdieu (2000) sine utleggingar av *habitus*. I for eksempel *Den maskuline dominans* viser han korleis gamle kjønnsrollemønster står ved lag, trass i at tilhøva formelt ligg til rette for likestilling mellom kjønna. Dette fører oss over til problematikkar kring kjønn, kropp og reinsemd. Både Bourdieu (1994, 1996) og den norske antropologen Jorunn Solheim (1998) argumenterer for at det heteroseksuelle samleiet er styrande for kjønnsrollemønstra. Foucault (2001/1984) si forskning tyder på at slike førestellingar har antikke røter. Det same kom den norske filosofen Vigdis Songe Møller (1999) fram til i sine analysar av antikke skrifter. I kapittel 4 såg me at det har vore forventet at kvinnene skal ta meir ansvar enn menn for å halda hus og kropp reine (Ericson 2007, Schiøtz 2003, Sundt 1975/1869). I denne studien har me sett at kvinner kan vera meir opptekne av å vera reine enn menn. I møtet med pleietrengjande bør ein ha tanke for at menn og kvinner kan ha ulike oppfatningar av reinsemd, og slike kjønna problemstillingar kunne ein gjort systematiske studiar av.

Førestellingar om reint og ureint fører oss til antropologen Mary Douglas (1997/1966: 127.-129, 130,143). Ho argumenterer for at det hinduistiske India reknar status ut frå reint og ureint; Dei lågaste kastane er dei ureine, og det er dei som arbeider med å fjerne kroppsleg avfall frå høgare kastar. Det er dei som vaskar tøy, klipper hår, steller lik og liknande. Dette hierarkiet kan forståast som eit kroppsleg bilde på samfunnet, der arbeidet er fordelt slik at hovudet tenkjer og ber, og dei mest forakta delane fjernar avfall. Dette er eit symbolsystem som har som hovudformål å halda orden på sosiale hierarki. I kapittel 4 såg me at dei norske forskarane Widding Isaksen og Dahle har utmerkt seg med forskning kring kropp i eit reint/ureint-perspektiv. I forlenginga av slik tenkjing kunne ein prøvt å få meir merksemd på den låge statusen arbeidet med å vaske pleietrengjande har, og forventingane om at slikt arbeid bør overlatast til personell med lita eller inga utdanning, slik at pleiarar med høgare utdanning kan konsentrere seg om medisinsk behandling og administrasjon (jf. Jensen 2006, kap. 4). Vidare kunne ein problematisert korleis det kan ha korleis det kan ha seg at pleiearbeid vert ført på utgiftssida i helsebudsjetta, medan medisinsk behandling vert ført på inntektssida. Kan det vera at antikk forakt for pleietrengjande og deira hjelparar lever i beste velgåande i vår kultur, som hyller den atletiske, konkurrerande og sterke kroppen (jf. Andersen 1945, Mathisen 2006: 17 og Thulin 1949, kap. 4)?

I denne studien har undersøkingane av kroppsvask i sjukepleia vore inspirert av Foucault (1999/1975, 1995/1976) sine utleggingar av disiplinering. På same måte kunne ein studert andre pleiepraksisar, som for eksempel å hjelpe pleietrengjande med å eta og drikke, av-/påkledning, aktivitet/kvile, meiningsfulle relasjonar og aktivitetar. Ved å setja praksisane inn i ein politisk samanheng, kan rammene kring arbeidet bli tydelegare, og det kan bli lettare å skilje mellom individuelle og politiske forbettringspotensiale.

I kapittel 4 såg me at argumentasjonen for kroppsvask vart knytt til Henderson sin behovsteori på 1960-talet. Denne endringa skjedde nokre år etter at antibiotika hadde blitt tilgjengeleg. I same periode vart argumentasjonen for sjukepleie som eit sjølvstendig yrke tydelegare, og faget markerte avstand til legeprofesjonen (Hauen 1967, Beedholm 2002, jf. kap. 4). I forlenginga av endringane som oppstod i sjukepleiefaget i etterkrigstida, kunne det vera interessant å gjera nærare undersøkingar av antibiotika sin eventuelle plass i den samanhengen.

I kapittel 3 såg me at Maslow sitt behovshierarki var utforma med utgangspunkt i individ som utmerkte seg med omsyn til sjølvrealisering. Ei skal ikkje sjå bort frå at teorien hans ville sett annleis ut om den var basert på studiar av pleietrengjande i ein sjukeheim, som kan vera passive, inaktive og usjølvstendige. Slike individ har vore omtalt med negative forteikn i vestleg kultur heilt frå antikken (jf. Foucault 2001/1984, 2002/1984, kap. 5). Behovsteoretisk tenkjing og lærebøker i sjukepleie sin argumentasjon for sjølvstende ved kroppsvask kan vera med på å underbyggje tendensen til å lovprise det uavhengige individet. Behovstenkjinga kan generelt vera problematisk, fordi behova er uendelege, medan ressursane i verda er avgrensa. I denne studien har me dessutan sett at kombinasjonen av hygiene- og behovsteori er problematisk fordi slike teoriar lett kan koma i konflikt med kvarandre. Ut frå ein hygienisk vaskeargumentasjon kan det vera nødvendig med meir omfattande kroppsvask enn det pleietrengjande kjenner behov for. Det kan med andre ord vera grunn for å problematisere bruken av desse teoriane i sjukepleiefaget.

No er det kanskje mange som meiner at hygiene- og behovsteori ikkje har hatt nokon sentral plass i sjukepleiefaget, fordi sjukepleie fyrst og fremst er eit omsorgsfag, og i lærebøker i sjukepleie vert det gjerne vist til både Katie Eriksson, Kari Martinsen, Jean Watson, Patricia Benner, Judith Wrubels og fleire andre i den samanhengen (Kristoffersen 2004/1996: 377-456, Kristoffersen et al. 2005: 52-76). Men studien til Kirsten Frederiksen (2005: 316-317) frå Danmark viser at sjukepleiefaget ikkje ser ut for å vera fundert i omsorg, og sidan sjukepleia i Noreg og Danmark ikkje er radikalt ulike, kan det vera at ho hadde kome fram til det same resultatet om ho hadde studert sjukepleieutdanninga i Noreg også. Frederiksen argumenterer for at sjukepleia blei etablert som fag i det sjukehusa blei omgjorde til behandlingstilstandar, og denne yrkesgruppa blei ein del av maktapparatet som skulle regulere den moderne populasjonen gjennom den enkelte sin kropp.

I kapittel 4 såg me at Vigarello (1988) argumenterte for at ein begynte å styre samfunnslemmane gjennom nye normer for kroppslig reinsemd i den moderne tid. Dette var ein lekk i arbeidet med å forme ein ordentleg, lydig og produktiv populasjon. I den samanhengen var det viktig at individa heldt seg reine med lågast mogeleg utgifter for storsamfunnet. Kroppslig reinsemd var med andre ord ein balansegang mellom normer og økonomi. I denne studien har me sett at dei moderne normene for utsjånad, lukt og kroppslig samkvem står ved lag ved kroppsvask i sjukepleia i vår tid, og at vaskepraksisane vert

utforma i ein balansegang mellom slike normer på den eine sida og forventingane om maksimal utnytting av pleiarane si arbeidstid på den andre sida. Normer og forventingar ser ut for å vera overordna hygieniske omsyn og pleietrengjande sine behov. Dette tyder ikkje at ein overser hygieniske prinsipp og pleietrengjande sine behov ved kroppsvask i sjukepleia, men at normer og tidspress kan overstyre slike omsyn. Vaskepraksisane treng ikkje vera dårlege av den grunn, dei kan tvert om vera gode tilpassingar til eksisterande normer og økonomiske rammer, men dei kan utfordre idear og føringar om kunnskapsbasert sjukepleiepraksis (Martinsen 2008, Boge og Martinsen 2006, Boge 2004). Ein kan ikkje sjå bort i frå at andre praksisar, både i sjukepleiefaget og andre profesjonar, heller ikkje er styrte av teoriane som dei er kopla saman med.

Referansar

- Alnæs, K. 2005. *Historien om Europa*. Gyldendal, Oslo.
- Alvsvåg, H. og Tanche-Nilssen, A. 1999. *Den skjulte reformen : om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat*. Tano Aschehoug, Oslo.
- Andersen, B. M. 2006. *Håndbok i hygiene og smittevern: sykehjem, langtidsinstitusjoner*. Avdeling for hygiene og smittevern, Ullevål universitetssykehus, Oslo.
- Andersen, P. C. 1945. *De olympiske leker gjennom 50 år: sommer- og vinterlekene*. Dreyer, Oslo.
- Augestad, P. 2005a. Resept for et sunnere Norge: et foucaultsk blikk på norsk helsepolitikk. *Sosiologi i dag*: 35: 2: 33-52.
- Augestad, P. 2005b. *Stopuret, kighullet og skoleeleven*. I: Larsen, K. Arkitektur, kropp og læring. Hans Reitzels Forlag, København.
- Bache, T. og Østvedt, H. 2005 *Åssen går det med a Ingebjørg?* Helseutvalget, Norsk Pensjonistforbund Hedmark, Hamar.
- Bakken, R. 2001. *Modermordet: om sykepleie, kjønn og kultur*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Bakken, R. 2004. *Mann i ingenmannsland: et essay om menn og omsorg, hjemme og ute*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Barrick, A. L., Rader, J., Hoeffler, B. og Sloane, P. 2002. *Bathing without a battle: personal care of individuals with dementia*. Springer, New York.
- Beedholm, K. 2002. *Forandringer og Træghed i den sygeplejefaglige diskurs*. Forlaget PUC, Viborg-seminariet, Viborg.
- Bienstein, C. og Frölich, A. 2003. *Basale Stimulation in der Pflege*. Verlag Selbstbestimmtes leben, Düsseldorf.
- Boge, J. 1999. *Den kroppsnære pleierelasjonen: pasientar sine opplevingar av pleie dei fekk som nyopererte*. Medisinsk fakultet, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.
- Boge, J. 2001. Menn og sjukepleie. *Kvinneforskning*: 25: 4: 33-43.
- Boge, J. og 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.
- Boge, J. og Martinsen, K. 2004. Uro kring evidens. *Tidsskriftet Sykepleien*: 19: 64-65.
- Boge, J. og Martinsen, K. 2006. Kritiske kommentarer til evidensbasert undervisning og praksis. *Vård i Norden*: 80: 26: 2: 32-35.
- Bourdieu, P. 1994. *Pierre Bourdieu: centrale tekster inden for sociologi og kulturteori; redigeret og oversat af Staf Callewaert e.a.* Akademisk Forlag, København.
- Bourdieu, P. 1996. *Symbolsk makt: artikler i utvalg*. Pax, Oslo.
- Bourdieu, P. 2000. *Den maskuline dominans*. Pax, Oslo.
- Brandt Jørgensen, E. 2007. *Genese og struktur af klinisk medicin og klinisk sygepleje: om hvordan medicin og sygepleje som moderne fag, erhverv og uddannelser har konstitueret sig i Danmark samt forbindelsen mellem dem ; for lægeerhvervet er perioden 1736-1937 og for sygeplejerhvervet er perioden 1836-1957*. Hexis, København.
- Brønstad, A. 2005. *Grunnleggende sykepleie 1*. Gyldendal, Oslo.
- Callewaert, S. 2006. Bourdieu, Critique of Foucault. *Theory, Culture and Society*: 23(6):73-98.
- Christophersen, H. O. 1975. *Eilert Sundts studier av renslighetsstellet i Norge*. I: Sundt, E. Om renslighets-stellet i Norge. Gyldendal, Oslo.
- Dagsland, H. 1965. *Introduksjonsmateriale til forskning*. Norsk sykepleierforbund, Oslo.

- Dahl, T. 2005. *Gammel og glemsk - kanskje bare gammel eller bare glemsk. I: Nord, R., Eilertsen, G., Bjerkreim, T. (red.). Eldre i en brytningstid. I: Gyldendal Akademisk,*
- Dahle, R. 1999. Kropp og aldring. *Fysioterapeuten: 11.*
- Dahle, R. 2005. *Kropp og aldring i moderne samfunn. I: Nord, R., Eilertsen, G., Bjerkrem, T. (red.) Eldre i en brytningstid. I: Gyldendal Akademisk,*
- Dahle, R. og Isaksen, W., L. 2000. *The silenced bodywork. I: Gannik, Effersøe, D. og Launsø, L. I: Disease, Knowledge and Society. Samfundslitteratur, København.*
- Dahle, R. og Thorsen, K. 2004. *Velferdstjenester i endring : når politikk blir praksis.* Fagbokforlaget, Bergen.
- Dahlheim, A. e. a. 2005. *Hygiene. I: Kristoffersen, N. J. e. a. Grunnleggende sykepleie 2.* Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Degré, M. 2000. *Medisinsk mikrobiologi.* Gyldendal akademisk, Oslo.
- Douglas, M. 1997/1966. *Rent og urent: en analyse av forestillinger omkring urenheter og tabu.* Pax, Oslo.
- Dæhlie, K. 2006. *Vi kunne være renslige uten baderom: en studie av vann: personlig renslighet og modernisering i fjellbygda Alvdal.* Institutt for kulturhistorie og orientalske språk, Universitetet i Oslo.
- Elias, N. 1989/1939. *Sedernas historia. Del I av Nobert Elias civilisasjonsteori.* Atlantis, Stockholm.
- Elstrøm, P. 2002. *Smittevern i helseinstitusjoner.* Gyldendal akademisk, Oslo.
- Ericson, K. 2007. *"Renslig i sit Arbeide og med sin Person": hygienisering av kvinner 1888-1910.* Institutt for historie og klassiske fag, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Eriksen, T. 2000. *Innøvelse i den moderne staten.* Universitetsforlaget Tiderne Skrifter, Oslo.
- Fjeld, W. og Olsen, A.-G. 2000a. *Kvinner og personlig hygiene.* Habiliteringstjenesten for voksne i Hedmark, Ottestad.
- Fjeld, W. og Olsen, A.-G. 2000b. *Menn og personlig hygiene.* Habiliteringstjenesten for voksne i Hedmark, Ottestad.
- Fog, J. 2001/1994. *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview.* Akademisk, København.
- Foucault, M. 1984/1988. *Selvomsorgens etik som fridedspraksis. Nyt Nordisk Forum: 55: 25-36.*
- Foucault, M. 1987. *Hvad er opplysning? Slagmark: 9: 90-104.*
- Foucault, M. 1994. *Question of Method. I: Faubion, J. D. Power.* Penguin Books, London.
- Foucault, M. 1995/1976. *Seksualitetens historie 1. Viljen til viten.* Pax, Oslo.
- Foucault, M. 1999/1975. *Overvåkning og straff: det moderne fengsels historie.* Gyldendal, Oslo.
- Foucault, M. 2001/1984. *Seksualitetens historie 2, Bruken av nytelsene.* Pax, Oslo.
- Foucault, M. 2002/1984. *Seksualitetens historie 3: Omsorgen for seg selv.* Pax, Oslo.
- Frederiksen, K. 2005. *Uddannelse til ordentlighed.* PUC, CVU MID-VEST, Viborg.
- Frederiksen, K., Beedholm, K. og Martinsen, K. 2007. *Metadebatten der forsvandt. I: Frederiksen, K. e. a. Perspektiver på forskning. JCVU, Udviklingsalternativet for Sygeplejerskeuddannelsen, Århus.*
- Frykman, J. 1994. *Hel og ren. I: Frykman, J. og Löfgren, O. Det kultiverede menneske.* Pax Forlag, Oslo.
- Førsund, A. J. 2004/1996. *Hygiene. I: Kristoffersen, N. J. e. a. Generell sykepleie.* Gyldendal, Oslo.
- Glasdam, S. 2003. *Inklusion og eksklusion af kræftpatienters pårørende i en onkologisk klinik.* PUC CVU Midt-Vest, Viborg.

- Gregersen, A.-G. 2002. *"Det lille ekstra": en fenomenologisk studie av fem kvinners erfaringer når leddgikt hindrer personlig stell*. Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.
- Grøn, K. og Widerøe, S. 1921. *Haandbok i sykepleien*. Aschehoug, Kristiania.
- Hagen, E. B. og Johansen, A. 2006. *Hva skal vi med vitenskap?: 13 innlegg fra striden om tellekantene*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Hagen, R. 2006. *Nyliberalismen og samfunnsvitenskapene: refleksjonsteorier for det moderne samfunnet*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Hall, C. S. og Lindzey, G. 1978. *Theories of personality*. Wiley, New York.
- Hauen, A. E. 1967. *Om sykepleie*. I: Lerheim, K. og sykepleierforbund, N. Lærebok i sykepleierskoler, bind I. Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Hauge, S. 2004. *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir?* Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo.
- Heede, D. 2000. *Det tomme menneske*. Museum Tusculanums Forlag, København.
- Heedegaard-Larsen, B. 2005. *Anerkendelse og krænkelse*. PUC CVU Midt-Vest, Viborg.
- Henderson, V. og Norsk sykepleierforbund 1961/1960. *ICN: sykepleiens grunnprinsipper*. Norsk sykepleierforbund, Oslo.
- Hermann, S. 2000. *Fra magt/viden og dominans til selvteknologier og frihedspraksis. Sociologiske træk af Michel Foucaults samtidsdiagnose. Lettare omarbeidd føredrag frå 26. april 2000*. Institutt for Statskundskap, Aarhus Universitet.
- Hermann, S. 2003. *Michel Foucault - pædagogik som maktteknologi*. I: Olesen, S. og Pedersen, P. Pædagogik i sociologisk perspektiv. Forlaget PUC, Viborg.
- Hoeffler, B., Talerico, K. A., Rasin, J., Mitchell, M., Stewart, B. J., McKenzie, D., Barric, A. L., Rader, J. og Sloane, P. D. 2006. Assisting Cognitively Impaired Nursing Home Residents With Bathing: Effects of Two Bathing Interventions on Caregiving. *The Gerontologist*: 46: 524-532.
- Hofseth, C. og Norvoll, R. 2003. *Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. SINTEF Unimed, Trondheim.
- Holm-Petersen, C., Asmussen, M. og Willemann, M. 2006 *Sygeplejerskers fagidentitet og arbeidsoppgaver på medisinske afdelinger*. DSI rapport 2006.08. DSI Institutt for Sundhedsvæsen, København.
- Hovig, B. og Lystad, A. 2001. *Infeksjonssykdommer: epidemiologi, mikrobiologi og smittevern*. Gyldendal akademisk, Oslo.
- Høst, H. 2002 *Lærlingeordning eller skolebasert utdanning i pleie og omsorgsfagene?* Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, Bergen.
- Imhof, I. 2001. Stimulierende Ganzkörperwäsche. *Krankenpflege*: 94: 18-9.
- Isaksen, L. W. 1994. *Den tabubelagte kroppen: kropp, kjønn og tabuer i dagens omsorgsarbeid*. Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Isaksen, L. W. 2000. In *Work and Family: expanding the Horizons, Mars 3-4*. San Francisco, California.
- Isaksen, L. W. 2003. *Omsorgens pris: kjønn, makt og marked i velferdsstaten*. Gyldendal, Oslo.
- Jacobsen, F. F. 2004. *Sykehjem - et hjem for deg og en arbeidsplass for meg?* I: Solli, H. M. Helse og helhet. Etske og tverrfaglige perspektiver på helsefaglig teori og praksis. Unipub, Oslo.
- Jensen, K. A. 2006. *Mandat, Amternes politiske magasin*. Vol. 9.
- Jervell, A. 1942/1941. *Lærebok for sykepleiersker, bind II*. Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Jervell, A. 1944/1941. *Lærebok for sykepleiersker, bind I*. Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.

- Johnsen, A. F. 1996. *"Ren og velstelt" : grunnleggende sykepleie - banalitet eller basis? : en kartlegging av hvordan læring knyttet til "behovet for å holde kroppen ren og velstelt, og huden beskyttet" er tilrettelagt innen sykepleierutdanningen.* Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.
- Johnsen, T. 2004. *Badeinnretninger for arbeiderbefolkningen et al.* I: Eriksen, K. E. e. a. *Arbeiderhistorie. Årbok for arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek,* Oslo.
- Karniala, A. 1992. Pasientvask: renlighet eller "ren teknikk". *Klinisk sykepleje:* 1: 16-24.
- Kaurin, E. 1879. *Sykepleiersken : kortfattet Veiledning i Sykepleien for Sykepleiersker i By og Bygd.* Cammermeyer, Kristiania.
- Kjeldstadli, K. 2003/1999. *Fortida er ikke hva den en gang var: en innføring i historiefaget.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Kjærulff, K. 2001. *Hildegard af Bingen. Den hellige lægekunst. I: Birkelund, R. Omsorg, kald og kamp. Personer og ideer i sykepleiens historie.* Gyldendal, København.
- Kovach, R. N. og Meyer-Arnold, E. A. 1996. Coping With Conflicting Agendas: The Bathing Experience of Cognitively Impaired Older Adults. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal:* 10: 23-.36.
- Kristoffersen, N. J. 2004/1996. *Generell sykepleie 3.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E.-A. 2005. *Grunnleggende sykepleie, bind 2.* Gyldendal akademisk, Oslo.
- Kvale, S. 1997. *Det kvalitative forskningsintervju.* Gyldendal, Oslo.
- Larsen, K. 2005. *Arkitektur, krop og læring.* Hans Reitzels Forlag, København.
- Larsen, T. A. 1999. *Stellet i sykepleien: i samspillet mellom kropp og livserfaring.* Avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Tromsø.
- Lawler, J. 1996/1991. *Bak skjerm Brettene: sykepleie, somologi og kroppslige problemer.* Gyldendal, Oslo.
- Lee-Treweek, G. 1997. Women, resistance and care: an ethnographic study of nursing auxiliary work. *Work, Employment & Society:* 11: 47-63.
- Lerheim, K. og Norsk sykepleierforbund 1967. *Lærebok for sykepleieskoler, Bind I: generell sykepleielære.* Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Lillestø, B. 1998. *Når omsorgen oppleves krenkende: en studie av hvordan mennesker med fysiske funksjonshemninger opplever sitt forhold til helsetjenesten.* Nordlandsforskning, Bodø.
- Lomborg, K. 2005. Body care experienced by people hospitalized with severe respiratory disease. *Journal of Advanced Nursing:* 50: 3: 2662-271.
- Lundström, I. e. a. 1978. *Om renslighet: hygienen gjennom tidene: utstillingskatalog.* Bryggens museum, Bergen.
- Martin, L. S., Morden, P. og McDowell, C. 1999. Using the Towel Bath to Give Tender Care in Dementia: A Case Example. *Perspectives Spring:* 23: 8-10.
- Martinsen, K. 1984. *Freidige og uforsagte diakonisser: et omsorgsyrke vokser fram, 1860-1905.* Aschehoug, Oslo.
- Martinsen, K. 2000. *Øyet og kallet.* Fagbokforlaget, Bergen.
- Martinsen, K. 2003/1989. *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Martinsen, K. 2005. *Samtalen, skjønnet og evidensen.* Akribe, Oslo.
- Martinsen, K. og Eriksson, K. 2008. *Utvidet evidens- muligheter i helsefagene. Evidensialisme og erfaringsevidens ut fra inntrykk. I: Å se og å innse. Akribe (Det er usikkert om boka vert utgitt i 2008 eller 2009).*
- Martinsen, K. og Boge, J. 2004. Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Sykepleien:* 13: 58-61.

- Mathiesen, S. K. 1997. *Personlig hygiejne: hvilken betydning kan personlig hygiejne have i samfundet og i sygeplejen?* Skrift-serie nr. 58, Danmarks Sygeplejerskehøjskole, Aarhus.
- Mathisen, J. 2006. *Sykepleiehistorie : ideer - mennesker - muligheter.* Gyldendal akademisk, Oslo.
- Mekki, T. E. og Pedersen, S. 2007/2004. *Grunnleggende sykepleie 1.* Akribe, Oslo.
- Melby, K. 1990. *Kall og kamp: Norsk sykepleierforbunds historie.* Norsk sykepleierforbund og J. W. Cappelens Forlag, Oslo.
- Miller, M. F. 1997. Physically aggressive resident behavior during hygienic care. *Journal of gerontological nursing*: 23: 24-39.
- Miller, R. I. 1994. Managing disruptive responses to bathing by elderly residents. *Journal of gerontological nursing*: 20: 35-39.
- Moore, J. og Gilbert, D. 1995. Elderly Residents: Perceptions of nurses' comforting touch. *Journal of Gerontological Nursing*: 21: 6-13.
- Moseng, O. G. 2003. *Ansaret for undersåttenes helse 1603-1850.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Moum, S. V. 1981. *Kvinnfolkarbeid kvinners kår og status i Norge 1875 -1910.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Natvig, H. 1942/1941. *Hygiene. I: Jervell, A. Lærebok for sykepleiersker.* Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Natvig, H. 1944/1941. *Det daglige stell av pasienten. I: Jervell, A. Lærebok for sykepleiersker.* Fabritius & Sønners Forlag, Oslo.
- Nerbøvik, J. 2004. *Myndige møringer, 1740-1870.* Volda kommune i kommisjon hos Samlaget, Oslo.
- Nerbøvik, J. 2004/1999. *Norsk historie 1860-1914: eit bondesamfunn i oppbrot.* Samlaget, Oslo.
- Nightingale, F. 1997/1860. *Notater om sykepleie.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Nissen, R. 2000/1877. *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser.* Gyldendal, Oslo.
- Nortvedt, M. W. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere.* Norsk sykepleierforbund, Oslo.
- Næss, A. 1985/1980. *Filosofiens historie: en innføring i filosofiske problemer.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Olsen, R. H. 1998. *Klok av erfaring?: om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie.* Tano Aschehoug, Oslo.
- Osborne, T. 1996. *Om liberalism, neoliberalism och medicinens "liberala profession". I: Hultquist, K. og Petersson, K. Foucault: namnet på en modern vitskaplig filosofisk problematik: tekster om maktens mentaliteter, pedagogik, psykologi, medicinsk sociologi, feminism och bio-politik.* HLS-förlag, Stockholm.
- Passant, H. 1990. A holistic approach in the ward. *Nursing Times*: 86: 26-28.
- Passant, H. 1991. A renaissance in nursing. *The Journal of Clinical Practice, Education and Management*: 4: 12-13.
- Pedersen, K. 2006. Lønnsgapet stadig større. *Bergens Tidende*, Bergen, 9.10.: side 8.
- Petersen, K. A. 2001. *Praktikker i erhverv og uddannelse: om pædagogiske og sundhedsfaglige praktikker.* Akademisk forlag, København.
- Pfeiffer, R. 1985. *Sykepleierrollen i et fag- og kvinneperspektiv: fra 1860 til i dag.* Gyldendal, Oslo.
- Pols, J. 2006. Washing the citizen: Washing, cleanliness and citizenship in mental health care. *Culture, Medicine and Psychiatry*: 30: 77-104.
- Prieur, A. e. a. 2002. *Liv, fortælling, tekst : strejftog i kvalitativ sociologi.* Aalborg Universitetsforlag.

- Rader, J. 1994. To bathe or not to bathe: that is the question. *Journal of Gerontological Nursing*: 20: 53-55.
- Rader, J., Barrick, A. L., Hoeffler, B., Sloane, P. D., McKenzie, D., Talerico, K. A. og Glover, J. U. 2006. The bathing of older adults with dementia. *American journal of nursing*: 106: 40-48.
- Raknes, K. 2007. Akademisk opportunisme. *Morgenbladet*, Oslo, 22.-28.6.: side 9.
- Repstad, P. 2000. *Mellom nærhet og distanse*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Routasalo, P. 1996. Non-necessary touch in the nursing care of elderly people. *Journal of Advanced Nursing*: 23: 904-911.
- Routasalo, P. og Isola, A. 1996. The right to touch and be touched. *Nursing Ethics*: 3: 2: 165-176.
- Ruths, S. 2005. Nyttverdien av skjermede enheter for demente. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*: 9:125: 1191-4.
- Ryen, A. 2002. *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Sandmo, E. 1992. Foucaults fengsel. *Historisk tidsskrift*: 1: 36-58.
- Sansone, P. og Schmitt, L. 2000. Providing Tender Touch Massage to Elderly Nursing Home Residents. *Geriatric Nursing*: 21: 303-308.
- Schiøtz, A. 2003. *Folkets helse - landets styrke 1850-2003*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Schmidt, L. H. og Kristensen, J. E. 1986. *Lys, luft og renlighed: den moderne socialhygiejnes fødsel*. Akademisk Forlag, København.
- Schaanning, E. 1992. *Modernitetens oppløsning : sentrale skikkelser i etterkrigstidens idéhistorie*. Spartacus, Oslo.
- Schaanning, E. 1993. *Michel Foucault (1926-1984)*. I: Eriksen, T. Vestens tenkere. Aschehoug, Oslo.
- Schaanning, E. 1995. *Introduksjon. Etterord*. I: Foucault, M. Seksualitetens historie 1. Viljen til viten. Pax, Oslo.
- Schaanning, E. 2001. Radikal historisme? *Kirke og kultur*: 1: 57-71.
- Seip, A.-L. 1983. *Eilert Sundt: fire studier*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Selseth, N. 1995. Stamp og dusj. Personlig hygiene i trønderlåna ca. 1900-1990. *Dugnad*: 3: 29-46.
- Shove, E. 2003. *Comfort, cleanliness and convenience: the social organization of normality*. Berg, Oxford.
- Skirbekk, G. og Gilje, N. 1987. *Filosofihistorie: innføring i europeisk filosofihistorie med særlig vekt på vitenskapshistorie og politisk filosofi*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Skjervheim, H. 2001. *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Aschehoug, Oslo.
- Skogmo, M. og Faanes, G. E. S. 1991. *Personlig hygiene*. Rådet for videregående opplæring, Oslo.
- Sloane, M., Hoeffler, B., Mitchell, M., McKenzie, D. A., Barrick, J., Rader, J., Stewart, B. J., Talerico, K. A., Rasin, J. H., Zink, R. C. og Koch, G. G. 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: 1795-1803.
- Solheim, J. 1998. *Den åpne kroppen*. Pax, Oslo.
- Solheim, J. og Ellingsæter, A. L. 2002. *Den Usynlige hånd: kjønnspekt og moderne arbeidsliv*. Gyldendal akademisk, Oslo.
- Songe-Møller, V. 1999. *Den greske drømmen om kvinnens overflødigheit: essays om myter og filosofi i antikkens Hellas*. Cappelen, Oslo.

- Spiller, J. 1992. For whose sake - patient or nurse? *Professional nurse; the leading update for clinical nurses*: 7: 431-434.
- Stenseth, B. 2000. *Eilert Sundt og det Norge han fant*. Gyldendal, Oslo.
- Stormyr, B. 2006. Likestilling av skift/turnus: - Politisk løsning tvinger seg fram. *Hovedsiden til Norsk sykepleierforbund; Aktuelt*, Oslo, 27.9.: side 1.
- Sundt, E. 1975/1869. *Om renligheds-stellet i Norge*. Gyldendal, Oslo.
- Sydnæs, T. 2001. *Centrale ideer i Florence Nightingales sykepleiefilosofi*. I: Birkelund, R. Omsorg, kald og kamp. Personer og ideer i sykepleiens historie. Gyldendal, København.
- Sørensen, N. 2006. *I virkeligheten udenfor*. Forskerskolen i Livslang Læring, Roskilde Universitetscenter, København.
- Thaning, K. 1983. *Grundtvig*. Dansk friskoleforening, København.
- Thulin, J. G. 1949. *Gymnastikhandbok*. Svenska Bokforlaget, Stockholm.
- Tornstam, L. 1996. Caring for the Elderly. *Scandinavian Journal of Caring Science*: 10: 144-150.
- Tvedt, T. 2003. *En reise i vannets historie: fra regnkysten til Muscat*. BRIC forlag, Oslo.
- Twigg, J. 2000. *Bathing, the body and community care*. Routledge, London.
- Ugland, R. L. 1998. *Ren og velstelt?: en kartlegging av hvilke oppfatninger pasienter har om betydningen av å være ren og velstelt, og hvordan de vurderer at dette behovet blir ivare tatt mens de er innlagt på sykehus*. Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.
- Ugland, R. L. 2000. Å stelle er en kunst. *Sykepleien*: 15: 59-61.
- Utaker, A. 2005. Michel Foucault om liberalisme og nyliberalisme. *Sosiologi i dag*: 35: 2: 9-32.
- Vigarelo, G. 1988. *Concepts of Cleanliness: changing Attitudes in France since the Middle Ages*. Cambridge University Press.
- Vike, H. og Haukelien, H. 2007 *Velferdspolitik ved reisens slutt*. Norsk sykepleierforbund, Oslo.
- Vike, H. e. a. 2003. *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Gyldendal, Oslo.
- Vinsnes, A. G. og Gjerland, A. 2004/1996. *Eliminasjon*. I: Kristoffersen, N. J. Generell sykepleie. Gyldendal, Oslo.
- Wadel, C. 1991. *Feltarbeid i egen kultur en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Seek, Flekkefjord.
- Widerberg, K. 2001. *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt: en alternativ lærebok*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Wolf, Z. 1993. The bath. *Journal of Holistic Nursing*: 11: 135-148.
- Waage, H. R. 1901. *Lærebog i sykepleie*. I kommisjon hos H. Aschehoug & CO, Kristiania.
- Waage, H. R. 1911/1901. *Lærebok i sykepleie*. I kommisjon hos H. Aschehoug & CO, Kristiania.
- Økland, B. G. 2000. *Bare boss?* Bryggens museum, Bergen.
- Aakre, M. 2008. *Sykepleien*. Vol. 3, pp. 68-69.

Vedlegg 1



Jeanne Helene Boge
Seksjon for sykepleie til akutt/kritisk syke
Høgskolen i Bergen
Møllendalsveien 6
5009 BERGEN

Dato: 19.03.2002

Vår ref: 200101051 LT/RH

Deres dato: 12.03.2002

Deres ref:

FORSKNINGSPROSJEKT SOM OMFATTES AV MELDEPLIKT

Vi viser til endringsmelding, mottatt 19.03.2002. Endringsmeldingen gjelder prosjektet:

8869 "Kroppspleierelasjonen"

Etter gjennomgang av endringsmeldingen finner Datafaglig sekretariat at behandlingen av personopplysningene vil være regulert av § 7-25 i forskrift til personopplysningsloven (POL). Dette betyr at behandlingen av personopplysningene vil være unntatt fra konsesjonsplikt etter POL § 33 første ledd, men underlagt meldeplikt etter POL § 31 første ledd, jf. forskriftene § 7-20.

Unntak fra konsesjonsplikten etter § 7-25 gjelder bare dersom vilkårene i punktene a) - e) alle er oppfylt:

- førstegangskontakt opprettes på grunnlag av offentlig tilgjengelige registre eller gjennom en faglig ansvarlig person ved virksomheten der respondenten er registrert,
- respondenten, eller dennes verge dersom vedkommende er umyndig, har samtykket i alle deler av undersøkelsen,
- prosjektet skal avsluttes på et tidspunkt som er fastsatt før prosjektet settes i gang,
- det innsamlede materialet anonymiseres eller slettes ved prosjektavslutning,
- prosjektet ikke gjør bruk av elektronisk sammenstilling av personregistre.

Vår vurdering er basert på følgende opplysninger fra prosjektleder:

Formålet med prosjektet er å skape økt forståelse og respekt for eldre, pleietrengende menn og kvinner sine opplevelser og behov i kroppspleiesammenhenger.

Tittel på prosjektet er endret fra "Kroppspleie, nytting eller skam?"

Utvalget omfatter pleiere ved
tes av oversykepleier/avdelingspsykepleier (jt. pkt a).

Førstegangskontakten oppret-

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke for deltakelse (jf. pkt. b). Informasjonsskrivet redegjør for bakgrunnen og formålet med prosjektet, hva deltakelse innebærer for den eldre, presentasjon av prosjektleder og hennes veiledere, frivilligheten ved deltakelse samt hva som skal skje med innsamlet datamateriale ved prosjektslutt.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, N-0316 Oslo. Tel: +47/ 22 85 52 11. E-mail: nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, N-7491 Trondheim. Tel: +47/ 73 59 19 07. E-mail: kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø. Tel: +47/ 77 64 43 36. E-mail: nsdmas@sv.uit.no

Jeanne Helene Boge

Fra: Kjersti Håvardstun [kjersti.havardstun@nsd.uib.no]
Sendt: 9. april 2008 14:06
Til: Jeanne Helene Boge
Emne: Prosjektnr: 8869. Kroppspleierelasjonen

Personvernombudet registrerer ny prosjektslutt til 31.12.2008.
Prosjektleder skal i nærmeste fremtid levere avhandlingen og disputerer til høsten.

Ombudet legger til grunn at datamaterialet er anonymisert og opptak slettet for data samlet inn i 2002.

Opptak samlet inn i 2006 vil bli slettet ved prosjektslutt.

--
Vennlig hilsen
Kjersti Håvardstun
Rådgiver
(Adviser)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (Norwegian Social Science Data Services)
Personvernombud for forskning Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 29 53
Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17
Faks: (+47) 55 58 96 50
Email: kjersti.havardstun@nsd.uib.no
Internettadresse www.nsd.uib.no/personvern

Vedlegg 2

UNIVERSITETET I BERGEN

Det medisinske fakultet

Harald Hårfagresgt. 1, 5007 BERGEN
Pb: 7800, 5020 BERGEN
Tlf: 55 58 20 84/86
Fax: 55 58 96 82
E-post: Rek-3@uib.no



UNIVERSITY OF BERGEN

Faculty of Medicine

Harald Hårfagresgt. 1, N-5007 BERGEN
P.o.Box 7800, N-5020 BERGEN
Ph.: +47 55 58 20 84/86
Fax: +47 55 58 96 82
E-mail: Rek-3@uib.no

*Regional komité for
medisinsk forskningsetikk
Helseregion Vest (REK III)*

www.etikkom.no/NEM/REK/rek.htm

Bergen, 18.03.02
Jnr.: 075/02-034.02

Professor Kari Martinsen
Fredlundbakken 32
5073 BERGEN

Kroppspileierelasjonen (REK III nr. 034.02)

Ein syner til Dykkar søknad om etisk vurdering dagsett 11.02.02. REK III vurderte studien i møte den 04.03.02.

Denne studien er levert for vurdering som eit nytt prosjekt, etter dei kommentarar komiteen hadde til det forrige utkastet. Komiteen synes at teori- og metodeopplegget er godt gjennomarbeidd og studien er då endeleg klarert frå denne komité sin side.

Vi ynskjer Dykk lukke til med gjennomføringa og minner om at komiteen setter pris på ein slutt rapport, eventuelt ein kopi av trykt publikasjon når studien er fullført.

Vennleg helsing

Grethe Seppola Tell
leiar

Arne Salbu
sekretær

Vedlegg 3

20.03.02.

Godkjenning av prosjekt om kroppspleierelasjonen

Til Jeanne Boge

Ønsker doktorgradsprosjekt om kroppspleierelasjonen
velkommen og godkjenner prosjektet under forutsetning av at det blir godkjent
av Regional Komite for Forskningsetikk og Norsk Samfunnsvitenskapelige
Datatjeneste.

Du kan, etter å ha avtalt fremgangsmåte med sjefsykepleier, starte prosessen
med å velge ut informanter i uke 15, 2002.

Vennlig hilsen

Institusjonsjef

Sjefsykepleier

Vedlegg 4

Til pleier

Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet: "Kroppspoleierelasjonen"

Dette er en forespørsel til deg som har mye erfaring med å hjelpe pleietrengende med kroppspoleie. Forskningsprosjektet har som hovedformål å skape økt innsikt i kroppspoleierelasjonen, og å utvikle fagfeltet til beste for pleietrengende og pleiere.

I den forbindelse ønsker jeg å være til stede ved et morgenstell der du er pleier. Jeg vil ha på meg sykepleieuniform, men kommer ikke til å delta direkte i stellet. Etter stellet kommer jeg til å skrive ned observasjonene mine. En av de påfølgende dagene, når det skulle passe for deg, ønsker jeg å intervju deg om hvordan du opplever konkrete situasjoner der du hjelper pasienter med å vaske/stelle hår, - ansikt, - munn, - hender, - armer, - bryst, - mage, - rygg, - føtter, - underlivet og - huden ellers. Hvordan er det å hjelpe pasienter i toalettsituasjoner, og å hjelpe dem med av- og påkledning, - sengeredning og rydding av rom?

Du kan selv avgjøre om intervjuene skal finne sted ved sykehjemmet eller på mitt kontor i Møllendalsveien 6. Om det blir et eller flere intervjuer, er avhengig av hvor mye du ønsker å si, og hvor lenge du ønsker å snakke hver gang. Det vil bli brukt båndspiller under intervjuene. Deretter blir intervjuene skrevet ned av meg.

For at forskningsprosjektet skal bli best mulig, har eg knyttet til meg to veiledere ved Universitetet i Bergen: Professor i sykepleie Kari Martinsen, og l. amanuensis i sykepleie, Kjell Kristoffersen. Det kan bli aktuelt at disse to lytter til lydbånd og/eller leser deler av det du har sagt/det jeg har observert, men de får ikke vite hva du heter. På lik linje med meg, har disse to veilederne tushetsplikt.

Det jeg observerer og det du sier til meg i intervjuene, vil bli brukt på en slik måte at det blir umulig for avdelingen du arbeider ved, eller andre enn (kanskje) deg selv, å vite hvem som er informant. Lydbåndene blir slettet når studien er

Samtykkeerklæring fra pleier

Jeg har mottatt skriftelig informasjon om studien "Kroppspeierelasjonen", og sier meg villig til å delta. Jeg vet at eg når som helst kan trekke meg fra prosjektet, uten å begrunne dette, og uten at det får konsekvenser på noen som helst måte.

Dato: _____

Navn: _____

Det kan ta flere år før doktorgradsarbeidet er avsluttet, men dersom du ønsker rapport frå studien når den tid kommer, må du notere adressen du ønsker rapporten skal bli sendt til:

Adresse: _____

Du er hjertelig velkommen til å ta kontakt på følgende adresse/telefon dersom det er noe du lurer på eller vil ha avklart i forbindelse med forskingsprosjektet:

Jeanne Boge

Doktorgradsstudent
Seksjon for sykepleievitenskap
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen
Kalfarveien 31
5018 Bergen
Telefon: 55 58 85 18

ERRATA

- Side 9 had a ritual **er endra til** seemed to have a ritual
- Side 11 kapittel 6 og 7 **er endra til** kapittel 6
- Side 12 (jf. kap. 4) **er endra til** (jf. kap. 3 og 4)
- Side 30 Hauen (1967: 12-14) greie for **endra til** Hauen (1967: 12-14) greie for (har fjerna punktum etter parantes)
- Side 58 etter krigen. **er endra til** etter krigen (Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1997).
- Side 97 Kaurin (1979) **er endra til** Kaurin (1879)

(Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1969) **er endra til** (Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967)

Om renligheds-stellet i noreg **er endra til** Om renligheds-stellet i Norge
- Side 100 (Sundt 1975/1969: 318) **er endra til** (Sundt 1975/1869: 318)

(Sundt 1975:1869: 320-21) **er endra til** (Sundt 1975/1869: 320-21)
- Side 140 Sundt (1869) **er endra til** Sundt (1975/1869)

Nissen (1877) **er endra til** Nissen (2000/1877)

Lerheim og NSF (1969) **er endra til** (Lerheim og Norsk sykepleierforbund 1967)
- Side 147 bare **er endra til** berre
- Side 149 med mannfolkene kan det vera annleis (kvinneleg pleietrengjande) **endra til** med mannfolkene kan det vera annleis (kvinneleg pleiar)
- Side 150 I kapittel 4 viste Frykman (1994) **endra til** I kapittel 4 såg me at (Frykman 1994) argumenterte for

