

Sjukepleiaren som akademisk aktør - kva er sjukepleievitskap?

Eit studie om korleis sjukepleievitskap materialiserer seg ved fokus på vitskapsteoretiske aspekt ved masteroppgåver innan sjukepleievitskap ved universitetet i Bergen, med avsett i Bourdieus praxeologiske teori og omgrep.

Korleis kan det system av relasjonar som framkjem og som strukturerer sjukepleievitskap på eit visst tidspunkt forståast ut frå historiske og kontekstuelle forhold?



Kandidat: Wenche M. Sortvik

Masterprogram i helsefag

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Det medisinsk -odontologiske fakultet

Universitetet i Bergen

Desember, 2011

Forord

Arbeidet med masteroppgåva har vore ein krevjande, men samstundes gjevande prosess. Både temaet og den metodiske tilgang er resultat av tankerekker som har vakse fram *undervegs* i masterstudiet – med grunnlag i eit gryande kjennskap gjennom første studiesemester - møte med den franske tenkjaren Pierre Bourdieu.

Temaet er altså *ikkje* eit produkt av erfaringar frå eigen kliniske praksis, eller ei teoretisk forlenging av praksis. Tvert om vert det freista å bevege seg ut i ukjent farvatn, og søkje sjå eigen sosiale praksis ut frå eit nytt perspektiv. Dette har bringa med seg at etablerte sanningar og allment godkjente kategoriar og namningar vert forsøkt utfordra, ved spørsmålet – kva er det *eigentleg* dette dreier seg om? Kva er det reint faktisk sjukepleiaren gjer innan akademia? Korleis materialiserer sjukepleiarens sosiale praksis seg på dette området, kvar kjem det i frå og korleis kan dette forståast?

Bourdieu's perspektiv representerer for meg eit alternativ til rådande fagtradisjonar og paradigme. Hans budskap kan framstå som vanskeleg tilgjengeleg, med sine innskot og formuleringar frå halvglymde latinske termar - trass i om hans studiar ofte omhandlar velkjente og kvardagslege fenomen. Nettopp her ligg kanskje noko av Bourdieu's misjon – ei formidling av oppfattinga om at *det som vanlegvis vert framstilt enkelt og liketil eigentleg er tilsørt og innfløkt med rom for mange tolkingar ...* Det finnst ingen lettvinnt måte å tileigne seg Bourdieu's tenking. Ein kan ikkje finne ein teori, eit omgrep eller ei metodologisk retningsline. Ein må søkje i sjølve *måten* han produserer sine verk på. For meg har han, like fullt, formidla noko særskilt av verdi – ei opning til eit landskap som ikkje er nytt, men som kan sjåast på gjennom eit anna perspektiv.

Ei stor takk rettast til mine veileiarar Karin Anna Petersen og Staf Callewaert, som med sin glødande iver og rikholdige kunnskap skapte nysgjerrigheit for temaet og Bourdieu's tenking. Deira kompetanse innan sine respektive fagfelt er av unik karakter. Takk for tilgjengelegheit, korrigering og motivering gjennom prosessen. Gjennom deira tekstar og førelesingar har Bourdieu's tenkjesett og dette si tyding innan særskilt sjukepleie og i utdanningsføremål, vorte tydelegare. Vidare har forskingsgruppa *Praxeologi* vore eit gjevande og utfordrande fora som har medverka til auka kjennskap og forståing for Bourdieu's tenkje- og arbeidsmåte, og korleis dette kan nyttast innan vårt fagområde.

Ei svært stor takk rettast òg til førstekonsulent ved institutt for samfunnsmedisinske fag, Kirsti Nordstrand, som har vore til uvurderleg hjelp, mellom anna i høve å framskaffe dei aktuelle masterprosjekt som studiet byggjer på.

Sist men ikkje minst fortener mi familie den største takk. Takk, mine kjære born, Urd, Adele og Sindre for dykkar tolmod og forståing. Det har ikkje alltid vore lett at mor har måtte vie så mykje tid til å studere. No skal snart tida verte vår att! Takk, Rene, for at du har helde ut med ei ofte svært sliten og tidvis humørsjuk kone gjennom denne tida...

Innholdsfor-teikning

1.0.Introduksjon

- 1.1.Presentasjon av problemområdet og bakgrunn for val av tema s.1
- 1.2.Føremål og problemstilling s.4

2.0.Studiens teoretiske rammeverk og metodiske tilnærming

- 2.1.Ontologi og epistemologi s.4
- 2.2.Pierre Bourdieu s.6
- 2.3.Sentrale trekk ved Bourdieus teori og omgrep s.8

3.0. Metodisk tilnærming

- 3.1. Å tenkje med Bourdieu i utforskinga av ein akademisk sjukepleiepraksis ... s.13
- 3.2.1.Studiar i Bourdieusk ånd..... s.18
- 3.2.2.Norske studier og arbeid med relevans for studiens tematikk s.21
- 3.3. Utval i aktuelle studie..... s.23
- 3.4.Variablar, kategorisystem og datasamling s.24
- 3.5. Forskningsprosessens rammer og arbeidets vilkår s.26
- 3.6. Sosioanalyse av forfattern s.29

4.0. Empiri

- 4.1. Presentasjon av funn frå kategoriseringsarbeidet..... s.35
- 4.2. Korleis feltet står fram ut frå studiens resultat
- eit møte med den regjerande doxa?..... s.49
- 4.3.0. Historiske og kontekstuelle forhold s.51
- 4.3.1. Sjukepleias historiske utvikling mot akademisering..... s.51
- 4.3.2. Opphavet til ein praksis og ei utdanning s.53
- 4.3.3. Danning av fagforbund og utdanningsspørsmål s.55
- 4.3.4. Kvifor profesjonskamp?..... s.57
- 4.3.5. Frigjering frå ”lege - åket”? s.58
- 4.4. Sjukepleieforskingas framvekst s.59
- 4.5.1 Etablering av sjukepleievitenskap ved universitetet i Bergen s.62
- 4.5.2. Framveksten av studieplan s.66
- 4.5.3. Sjukepleievitenskapens vidare utvikling ved universitetet i Bergen s.70
- 4.6. Kontekstuelle og innholdsmessige aspekt ved masterstudiet i
Sjukepleievitenskap innan undersøkte periode s.71

5.0. Diskusjon – å trekke parallellar mellom funn, historiske og kontekstuelle vilkår

5.1. Å bere med seg ei historie.....	s. 76
5.2. 1. Praksis som fokusområde for sjukepleievitskap?.....	s. 80
5.2.2. Kva er klinisk sjukepleie?.....	s. 87
5.2.3. Pasienten som fokusområde for sjukepleievitskap?	s. 93
5.3. Subjekt versus objekt.....	s.101
5.4. Metodolisering og teoretisering.....	s.109
5.5. Ulike former for kunnskap.....	s.113
5.6. Sjølvstendig, ja vel, men ikkje heilt fri?.....	s.117
6.0. Oppsummering	
6.1. Å trekke opp trådane	s.123
6.2. Ord til avslutting.....	s.126

Vedlegg

Vedlegg nr.1. Godkjenning av studiet

Vedlegg nr. 2. Kategorisystem

Vedlegg nr. 3. Forklaring av spørsmål ved kategorisystem

Vedlegg nr. 4. Samanfating av resultat frå kategorisystem

Vedlegg nr. 5. Tillating i høve nytte av spørjeskjema ved kategorisystem

Vedlegg nr. 6. Omtale av sentrale interesseprofilar i konteksten for sjukepleievitskap - UiB

Vedlegg nr. 7. Tilgjengeleg mappe pr mail ved ISF som eige vedlegg:

- studieplan for undersøkte periode
- aktuelle pensumlister for aktuelle periode
- oversikt over vegleiarar ved UiB - aktuelle periode
- forfataroversikt for masterarbeida
- døme frå kategoriseringsarbeidet

Ved munnleg høyring bringast handskrivne skjema/ arbeidsnotatar med.

Samandrag

Studien har fokus på den sosiale praksis som sjukepleiaren, med sitt praktiske utgangspunkt, utfører innan academia, tretti år etter tilgangen til universitetet i Bergen i 1979. Med innfallsvinkel gjennom Bourdieus praxeologiske tenkjing, søker studien å *gå bak* omgrepet sjukepleievitskap, slik det vert forstått og presentert gjennom daglegspråket, og sjå korleis dette faktisk materialiserar seg gjennom det teoretiske arbeid sjukepleiaren nedlegg innan academia - i samband med masteroppgåva. Ved dette arbeid oppnår sjukepleiaren forskarkompetanse og posisjon for vitskapsgjering.

Studien sin motivasjon er at arbeidet kan vere ei byrjande fokusering på kva som kjenneteiknar dette sosiale område sjukepleiaren agerer innan som kallast sjukepleievitskap og korleis dette kan forståast ut frå historie og kontekstuelle forhold. Bourdieus praxeologiske tenking vert nytta som både det teoretiske rammeverk og den metodiske tilnærming for å freiste forstå dei strukturar som her påverkar sjukepleiarens agering. Ein systematisk gjennomgang med fokus på vitskapsteoretiske aspekt ut frå eit kategorisystem har blitt gjennomført for å fange opp og gje innblikk i kva kunnskapsgenerering som presenterast, og kva erkjenningssgrunnlag denne kviler på gjennom masterprosjekta innan sjukepleievitskap ved universitetet i Bergen i perioden 2005-2010. Spørsmål som ut frå funn genererer til diskusjon vil mellom anna vere om orienterande premissar for korleis arbeida materialiserer seg allereie er lagt i utgangspunktet?

Resultata er blitt framstilt skjematisk og viser at fleirtalet av oppgåvene er kvalitative, over 71% av den samla populasjon. Tema som vert gjort til gjenstand for fokus er hovudsakleg henta frå eigen praksis og i stor grad knytt til pasientens eller sjukepleiarens opplevde erfaring ved den aktuelle problemstilling. Alle studiane omhandlar empiri, og nærast halvparten av studiane har pasienten som populasjon. Metodisk er val av fenomenologisk og hermeneutisk tilgang ein framtrekande tendens, der den subjektive oppleving som grunnlag for gyldig kunnskap vert vektlegg. Den andre hovudretning som ut frå funna trer fram, har eit kvantitativt design med forankring i medisinsk fagterminologi og nyttar hovudsakleg medisinsk statistikk.

Teori som vert nytta for lyssetjing av empiri utgjer ei kompleks samansetjing og vert i halvparten av oppgåvene trekt inn gjennom prosessen eller etter empiri er samla inn. Delar av teori frå svært mange og ulike tradisjonar vert trekt inn, utan at det skjer ei problematisering kring ulike perspektiv og motstridande synspunkt i desse. Ein framtrekande tendens er likevel å nytte filosofi, hovudsakleg representert ved Kari Martinsens omsorgsfilosofi fundert i Knut Ejlert Løgstrups nærleiksetikk, åleine eller i kombinasjon med helsefaglitteratur/sjukepleieteori som vektlegg klinisk kompetanse, ofte i form av erfaringskunnskap. Omgrepet klinisk synast å verte tillagt ein særskilt verdi i sambandet mellom sjukepleias praksis og vitskapsgjering gjennom dei undersøkte arbeida, og studiane si nytteeffekt *for* praksis vektleggast.

Abstract

The study has focused on the social practice nurses perform within academia, thirty years after their access to the university of Bergen, in 1979. With an approach through Bourdieus praxeological theory, is the attempt to go beyond the concept of nursing science – in the meaning of how it`s understood and presented through everyday language, and see how this actually materializes through the theoretical work nurses perform on the academic field; through their master`s thesis, where the nurse achieves researcher expertise and a position for generation of scientific knowledge.

The study`s motivation is that it can be a start in focusing on the characteristics of this social area nurses are acting within, and how this field may be understood on the basis of history and contextual factors. Bourdieus praxeological thinking is used both as the theoretical framework and the methodological approach to seek to understand the structures that may affect the nurse`s acting in this field. A systematic review with a focus on science - theoretical aspects on the basis of a category system has been implemented, to identify and provide insight into what kind of knowledge - generation which is presented through the master`s thesis within nursing science in the university of Bergen during the period from 2005-2010, and on what foundation it rests. Questions based on findings generate discussion about, among other things, if orientating premises are set already from the beginning according to how these works are completed?

The results are presented schematically and show that the majority of tasks are qualitative, over 71% of the total population. Topics that are subjects of attention are mainly drawn from their own clinical practice, and to a large extent related to the experience of the nurse`s or the patient`s experience in the current practical issue. All studies deal with empirical datas, and almost the half of the studies have the pasient as population. Methodological is the choice of phenomenological and hermeneutic approaches a prominent trend, in which the subjective experience as the basis of valid knowledge are emphasized. The other main direction that emerges, has a quantitative design within frames of medical terminology and uses mainly medical statistics. Parts of theories from many traditions are used for focusing on the empirical results, without questioning the different perspectives and conflicting views of these. A prominent tendency is to use philosophy, mainly represented by Kari Martinsens philosophy about caring, grounded in K.E. Løgstrups metaphysical authorship, alone or in combination with health literature /nursing theories that emphasizes clinical expertise, often in the state of practical competence. The term *clinical* seem to be given a special value through the examined tasks, and the benefit for practical use in the clinical practice, are emphasized

1.0.Introduksjon

1.1.Presentasjon av problemområdet og bakgrunn for val av tema

Kva er egentleg sjukepleievitskap, og kva pregar sjukepleiarens kunnskapsgenerering innan akademia i dag? Desse spørsmål dannar innfallsport til aktuelle studie. Allereie innleiingsvis kan det hevdast at å stille spørsmål ved kva *sjukepleievitskap er*, i dag er overflødig. Over tretti år har gått sidan sjukepleiaren fekk tilgang til akademia, og på denne tid har namninga sjukepleievitskap blitt eit veletablert omgrep i samfunnssamanheng og i sjukepleiarens utdanningssamanheng. Men, dette fokus inneber i aktuelle studie *ikkje* å skildre kva sjukepleievitskap presenterer seg for å vere eller kva dette *bør* vere. Studien har fokus på å *gå bak* omgrepet sjukepleievitskap, slik det vert forstått og presentert gjennom daglegspråket, for å søkje kunnskap om kva det *arbeidet* sjukepleiaren legg ned ved sine mastergradsarbeid ved akademia egentleg omhandlar. Ved dette arbeid oppnår sjukepleiaren – med sitt praktiske utgangspunkt – forskarkompetanse, som inneber posisjon for vitskapsgrjing.

I studiet vil sjukepleiarens agering innan akademia bli sett på som eit sosialt fenomen, relatert til historie og kontekstuelle forhold. Historia kring sjukepleias akademiseringsprosess og vegen til forskingsposisjon kan forteljast på ulike måtar og ut frå ulike interesseposisjonar. Av forkjemparane vert det framstilt som ei utviklingshistorie, der universitetstilgangen i Noreg i 1979 vert helde fram som ei styrking og *synleggjering* av sjukepleie som vitskap og som sjølvstendig kunnskapsområde (Lerheim, 2000, s. 5-6). Særskilt var representantar for Norsk Sjukepleieforbund og Norges Sykepleierhøyskole forkjemparar for akademisering av sjukepleiefaget, og kan ansjåast å representere dei teoretisk orienterte sjukepleiarane som meinte at denne utvikling best kunne fremje sjukepleie som fag (Juvkam, 1985, s. 7, Lerheim, 2000, s.59). Desse har òg vore premissleverandør for kva føremål sjukepleievitskap skal tene. Argument som forbetring av pasientpleie og praksis, har særleg vore framheva som legitimerande for sjukepleias forskingsfunksjon (Juvkam, 1985, s.39). Men òg kritiske røyster var tilstades mot den utvikling som skreid fram, som reiste tvil kring om profesjonalisering og vitskapleggjering kunne sameinast med sjukepleias grunnleggande verdiar? Kari Martinsen, sjukepleiar, historikar og filosof prøvde å reise ein grunnlagsdebatt vedrørande sjukepleieforskingas legitime grunnlag og føremål og allereie på 1970-talet, og representerer eit syn på solidarisk omsorg som sjukepleias mest sentrale verdi (Martinsen, 1972).

Sjukepleias kamp om universitetstilgang må sjåast i samband med kampen for

profesjonalisering. I Noreg kan sjukepleias profesjonskamp ansjåast som eit behov for funksjonsavklaring og grenser opp mot andre paramedisinske grupper, men òg som ein kamp motivert ut frå *frigjeringsbehov frå medisinen* – ved markering av eit eige og sjølvstendig kunnskapsgrunnlag som *motsetnad* til det medisinske (Juvkam, 1985, s. 19, Martinsen & Wærness, 1979, ref. i Juvkam, 1985, s. 16).

Ulike perspektiv og motførestillingar tiltross, så oppnår sjukepleiaren å få legitimert behovet for forskning i sjukepleiefaget i 1979 (Juvkam, 1985). Med tanke på sjukepleiarens praktiske utgangspunkt, der pliktene opphavleg var pleie av sjuke nøyaktig etter legens forskrifter, må spranget som skjer ansjåast som stort. Frå å vere legens underordna, lydige assistent med det medisinske kunnskapsgrunnlag som referanseramme, oppnår no sjukepleiaren forskingsposisjon og utgangspunkt for å sjølv kunne skape *vitskapleg kunnskap* ved sin akademisk tilgang.

Dei praktiske fags veg mot akademisering og vitskapleggjering har vore gjenstand for diskusjon. Akademia er i dag, i motsetnad til tidlegare, i større grad prega av mangfald grunna denne tendens som særskilt har gjort seg gjeldande gjennom etterkrigstida. Gamle mønster og maktstrukturar innan akademia vert såleis ved dette utfordra. Universitetets grunntanke var opphavleg søken etter vitskap for sin eigen del – kunnskap som skulle forstå og forklare - uavhengig av praktiske konsekvensar. Det kan reisast spørsmål ved om ei slik samanblanding av ulike kunnskapsformer vil vere øydeleggjande for både teoretisk og praktisk kunnskap (Callewaert, 1998)¹. Vidare har akademisering og vitskapsgjeringa av praktiske fag lagt grunn for diskusjon kring desse fagas tilgrunnleggande *sjølvstende*. Dette vedrører òg sjukepleia, trass i at denne grunnleggande diskusjon tidvis synast fråverande i det utviklingsperspektiv sjukepleia påropar seg å ha gjennomgått. Om sjukepleie er eit sjølvstendig fag i teoretisk meining og i praktisk meining, dannar likevel grunnlag for diskusjon. Ut frå historisk perspektiv, kan nemleg ei faggruppes integritet basert på fagleg sjølvstende og vitskapleg uavhenge relaterast til definisjonen som *erkjenningsfag* og *embetsmannsfag*. Med tradisjonar attende til middelalderens universitetsstruktur, som enno har påverknad for dagens universitetsstruktur, kravde definisjon som *erkjenningsfag* tilknytning til eit særskilt gjenstandsområde med ei særleg vitskapleg metode. Då sjukepleie korkje kan ansjåast å ha eit særleg gjenstandsområde eller ei spesiell vitskapleg metode, kan sjukepleie vanskeleg

1. Callewaert viser her til Bourdieu, som i *Homo Academicus* (1996) viser til eit skrift av Kant (1794). Kant skil dei fag som søker kunnskap for denne si eigen skuld; filosofi og naturvitskapar og den kunnskap som er grunnlaget for profesjonane – slik som prestar, legar, advokatar og juristar. Dette kviler på at desse profesjonane er medansvarlege for å oppretthalde orden i samfunnet.

definerast som sjølvstendig erkjenningfag. Pleie kan ikkje skiljast ut som eige, teoretisk fagleg område, då pleie er definert av andre faggrupper, og sjukepleiaren deler felt med andre fag (Petersen, 1993, Petersen, Beedholm, Engström, Gunvik-Grönbladh, & Larsen, 2006 a, s.81-84). Å definere sjukepleie som praktisk embetsmannsfag, kan òg problematiserast, då det er vanskeleg å spesifisere eit konkret praktisk samfunnsmessig verkefelt ut frå mennesket som heilskap. Sjukepleie kan ansjåast som praktisk semi- profesjon, avhengig og definert av den medisinske profesjon (Petersen, 2006 et. al., a, s.86).

Ut frå dette perspektiv vert diskusjonen vedrørande om sjukepleie kan definerast som sjølvstendig fag, autonomt med eigenlogikk og klar avgrensing i høve andre disipliner, aktualisert ved sjukepleiaranes tilgang til universitetet og kampen for utvikling av faget gjennom forskning og vitenskapsgjering. Sidan ein kan diskutere om eit sjølvstendig sjukepleiefelt finnast, kan det stillast spørsmål ved sjukepleie *som vitenskap* - og kva som kan danne grunnlag for sjukepleiarens vitenskapsgjering? (Petersen, 1993, s.50, Petersen, 2003, s.10-11). I motsetjing vert det frå posisjonar som held fram *praksis* og praktisk nytteeffekt som grunnlag for sjukepleias vitenskaplege fundament, stilt seg spørjande til *kvifor* denne diskusjon i særleg grad synast å verte aktualisert i samband med *sjukepleie* som vitenskap? Snarare enn å akseptere desse synspunkt forbunde med ein regjerande maktdiskurs, bør sjukepleia *utfordre* i denne diskusjon (Kirkevold, 2002, i Østlinder, Söderberg & Øhlen, 2009, s.11).

Som eit bakteppe for å forstå *kvifor* sjukepleias akademiseringsprosess kan problematiserast, er det av sentral tyding å ha kjennskap til den grunnlagsdiskusjon som er skissert over. Dette set sjukepleiaren som akademisk aktør inn i ein større samanheng med djupare røter enn spørsmålet om sjukepleiarens rett til å forske eller ei, og kva som skal vere tema for sjukepleievitenskapen.

Om sjukepleie – og sjukepleievitenskap er sjølvstendige felt, er likevel *ikkje* hovudfokuset for diskusjonen i denne samanheng. Trass i prinsipielle problem, er det eit faktum at sjukepleiaren *har* erverva ein posisjon innan akademisk, og det som omtalast som sjukepleievitenskap, *er* ei studieretning, eit område, innan akademisk i dag. I dette studiets samanheng søkjast det å gå *bak* dette omgrepet og stille spørsmål ved kva dette *eigentleg* omhandlar. Med innfallsvinkel gjennom Bourdieus praxeologiske teori og sentrale omgrep relatert til denne, stillast det spørsmål ved kva sjukepleiaren, reint faktisk, gjer innan det akademiske felt? Gjennom forskning skal det her genererast vitenskap, men kva type vitenskap og

på kva erkjenningssgrunnlag vert kunnskapen her produsert? Korleis kan dette forståast ut frå aspekt ved historie og kontekst?

1.2. Føremål og problemstilling

Studiens fokus er å sjå på sjukepleie som eit sosialt fenomen, og korleis dette fenomenet materialiserer seg gjennom det som vert omtalt som sjukepleievitskap. Målgruppa er den gruppe sjukepleiarar som søker akademisering, og som er i ferd med å oppnå forskingskompetanse og posisjon for vitskapleg kunnskapsproduksjon ved sine avsluttande masterprosjekt innan det som omtalast som sjukepleievitskap ved universitetet i Bergen innan eit avgrensa tidsrom.

Studiet er ikkje hypotesetestande i tradisjonell meining, og resultat frå prosjektet tek ikkje sikte på å frambringe representativt resultat eller generaliseringar av faktaforhold utover dei undersøkte arbeid innan ei bestemt tidsperiode ved eit spesifikt universitet i Noreg. Likevel tek ein med visse antakingar inn i studiet. Verkar enno medisinen konstituerande for sjukepleie som vitskap? Eller får nettopp markeringa av eige kunnskapsgrunnlag utslag i andre tilnærmingar? Er det eigen praksis som vert freista gjort til gjenstandsområde for sjukepleiarens vitskaplege arbeid? Ber kunnskapsproduksjonen preg av å skulle direkte tillempast praksis, eller freistast det å skape teori om den praksis som ein har vore del av? Ut frå dette vert problemstillinga og underspørsmål som fylgjer –

Sjukepleiaren som akademisk aktør - kva er sjukepleievitskap?

- Korleis materialiserer sjukepleievitskap seg gjennom fokus på vitskapsteoretiske aspekt ved 42 avsluttande masteroppgåver innan sjukepleievitskap ved universitetet i Bergen i tidsromet 2005-2010, med avsett i Bourdieus praxeologiske teori og omgrep?
- Korleis kan det system av relasjonar som framkjem og som strukturerer sjukepleievitskap på eit visst tidspunkt forståast ut frå historiske og kontekstuelle forhold?

2.0. Studiens teoretisk rammeverk og metodiske tilnærming

2.1. Ontologiske og epistemologiske grunnlagsantakingar

”Jeg var fra starten klar over at min oppgave ikke bare besto i å fortelle sannheten om denne verden(...) men også i å vite at denne verden er gjenstand for evinnelige kamper om å fortelle sannheten om denne verden” (Bourdieu i Wacquant, 1989, ref. i Wilken, 2008, s. 81).

Korleis kan kunnskap utviklast, og kva er sann og gyldig kunnskap? Kva er egentleg vitenskapleg kunnskap? Det grunnleggande omgrepsapparat som veljast er av tyding for kva *blikk* empirien undersøkast med, og kva premisser som vert lagt for korleis kunnskapen skal vekse fram. Dette leier inn på spørsmål av *ontologisk og epistemologisk* natur. *Ontologi* tyder læra om det verande og omhandlar det som finnast i verda, og kva som er tingas eigenskapar og sanne natur (Thornquist, 2003, s. 8). *Episteme* tyder erkjeningsteori, og omhandlar *kunnskap* og kva vi kan vete eller erkjenne (Thornquist, 2003, s.8). Epistemologiske spørsmål omhandlar nettopp mellom anna kva som er vitenskapleg kunnskap? Kva er sanning, gyldigheit og objektivitet og korleis kan slik kunnskap oppnåast og etablerast?

Ontologiske og epistemologiske spørsmål vil ligge under for val av konkrete metodar og design. Ein kan i erkjeningsteoriens historie finne ei sentral diskusjon, med røter attende til opphavet for empirismen og rasjonalismen. Dette skal seinare omhandlast (jmf. pkt. 5.3), men det kan her kort nemnast eit aspekt av sentral tyding – om kunnskapens gyldigheit skal ta utgangspunkt i subjektet eller objektet? Nettopp dette har markert ei åtskiljing i den vitenskaplege kommunikasjon vedrørende kva som ansjåast som sann kunnskap, ei kløft som enno sterkt markerer seg i vår tids tankar og framgangsmåte for vitenskapleg kunnskapsproduksjon.

I dette studiet vil Bourdieus praxeologiske tenkjing og hans feltomgrep verte nytta som både det teoretiske rammeverk og den metodiske tilnærming for å freiste forstå dei strukturar som spelar inn i fasthaldinga og endringar i mønster i det sosiale området som sjukepleiaren agerer i innan academia. Bourdieu har røter i den historiske epistemologi. I denne kunnskapstradisjon er det sentralt at *vitenskapen konstruerar sine objekt* (Petersen, 1993, s.36). Når vitenskapen har som mål å studere den sosiale verda, der menneske og institusjonar spontant bringer fram objekt som konkurrerer med vitenskapen, kan den historiske epistemologi såleis tilføre diskusjonen ei særleg tyding, til skilnad frå til dømes naturvitenskapen som har fokus på andre gjenstandsfelt, som ikkje har førestillingar om seg sjølv (Petersen, 1993, s.36).

Bourdieu jobbar både empirisk, teoretisk, metodisk og vitenskapsteoretisk med sine tema (Petersen, 1995a, s.125). Det kan difor vere vanskeleg å skilje og omtale Bourdieus teoretiske fundament, prinsipp for hans metodisk tilnærming og empiriske framgangsmåte, separat. Bourdieu var sjølv skeptisk til å nytte namninga teori om sitt omgrepsmessige analyseapparat (Wilken, 2008). Han meinte at hans omgrep skulle forståast som eit sett av tenkereiskapar som tek form i samband med empirisk forskning (Bourdieu & Wacquant, 1991/93, s.81,

Bourdieu & Wacquant, 1992, ref. i Wilken, 2008, s.7-8). Bourdieu gjev ikkje eksakte definisjonar av sine omgrep, han gjev ei skildring i tekstane sine av kva han meiner med omgrepa, det er i denne samanheng dei må forståast (Aamodt, 2005).

Innan sjukepleie i Noreg, representerer Bourdieu ei nytenking - både i høve teoretisk fundament, metodisk perspektiv og måten å innhente og arbeide med empiri på. Som det i det fylgjande vil bli presisert, kan aktuelle studie, i ein mastersamanheng, omfangsmessig ikkje romme hans kompleksitet. Men, nettopp grunna at dette representerer ei nyorientering i høve dei premissane som tradisjonelt har blitt lagt til grunn for forskning og vitenskapleg produksjon - òg på sjukepleias område - som Bourdieu ville ha omtalt som det som har vore den regjerande doxa (Wilken, 2008, s. 42) 2, ansjåast det som føremålstenleg å vie rom for ein fyldig presentasjon av hans tenkingsgrunnlag kring teori og praksis, sjølv fundamentet for hans praxeologiske orientering og hans epistemologiske forankring. Dette for meir å kunne forstå dei rammer og premisser som ligg under for aktuelle studie, sjølv om dette i denne omgang ikkje kan ha intensjon om romme meir enn ein del av "den Bourdieuske ånd".

Nettopp fordi Bourdieus tankegrunnlag tematisk omhandlar "teori", metode, vitenskapsteori og empiri, kan det som vert presentert i det fylgjande tidvis gå over i kvarandre. Lat oss byrje med å gje eit bilete av Pierre Bourdieu. Kjennskap til hans bakgrunn og hans erfaringar kan vere nyttig for å forstå hans omgrep og dei perspektiv han legg til grunn ved sin forskningstilgang (Wilken, 2008, s.12).

2.2.Pierre Bourdieu – landsbyguten og postmannens son

"Jeg tilbrakte det meste av min ungdom i en liten, fjerntliggende landsby i det sørvestlige Frankrike, et svært "tilbakestående" sted, som byfolk pleier å si. Og jeg kunne leve opp til de utdanningskravene jeg hadde blitt stilt overfor, ved å ignorere mange av mine primære erfaringer og pregninger, det var ikke bare en aksent jeg skulle legge av meg.... (Bourdieu & Wacquant, 1992, ref. i Wilken, 2008, s.24).

Pierre Bourdieu omtalast som ein av dei mest tydingsfulle sosiologar i det 20 år hundret, men kom opphavleg frå enkle kår. Han vart fødd i 1930 i den vesle landsbyen Denguin i sørvestlege Frankrike. Han døydde i 2002, 71 år gamal. Bourdieu kom frå bondeslekt og

2.Bourdieu hentar omgrepet doxa frå Husserl, som nyttar det om dei grunninnstillingar som får menneske til å betrakte fenomen i naturen som sjølvsgade, og difor takast for gitt. Bourdieu set dette i samband med si tenking kring sosiale praksisar som felt, og ser på doxa som dei udiskutable premissane som agentane handlar innan og som gjer kampen meningsfull (Wilken, 2008, s. 42-43).

familien tilhørte lågare middelklasse. Faren var leiglending og postbod (Wilken, 2008, s.12-13). Han fekk sin grunnleggande skulegang på stadens lokale skule, men eit stipend gjorde det mogleg for honom å halde fram med vidare skulegang ved ein kostskule i ein nærliggande større by, Pau. Han oppnådde her endå eit stipend som opna dørene til eit berømt gymnas i Paris. Her vart han av sin gymnaslærer oppmuntra til å søkje eit av dei mest prestisjefylte universiteta i Paris, *École Normale Supérieure*, der han starta sine filosofistudiar i 1951. Bourdieu var då den einaste i si familie med vidaregåande skule. Han klarte seg ved hjelp av sine gode evner og stipend (Wilken, 2008). Men, med sin smålåtne bakgrunn frå landsbygda, representerte Bourdieu ein ”outsider” ved den franske høgborgarlege offentlegheit. Møte med den akademiske eliten i storbyen Paris var problematisk. Han følte at han måtte leggje av seg mykje av det særeigne han hadde med seg frå sitt heimmiljø, mellom anna dialekten, occitansk, for å verte godteken i det akademiske miljø. Han merka skilnaden mellom seg sjølv og studentane frå byen, som mellom anna hadde penare manerar og var meir velklede enn folk frå bygda. Dette representerte noko som var vanskeleg tilgjengeleg for Bourdieu (Aamodt, 2005), ei personleg erfaring som gjorde honom merksam på sosiale mekanismar som påverkar rørsle innan sosiale system og *vanskane* i samband med å bevege seg vekk frå noko og mot noko - ein kanskje aldri når. Individ som beveger seg sosialt vert på den eine sida sett på som klassesvikar som vender sitt opphavlege miljø ryggen. På den andre side vil ein alltid vere prega av bakgrunnen sin. Ein vert verande annleis, men denne annleisheita sluttar å vere ein naturleg del av eigen person. I staden vert det ei konstant påminning om å ikkje høyre til (Bourdieu & Wacquant, 1992, ref. i Wilken, 2008, s.13). Vidare er det vanskeleg for dei som tilhøyrer eit miljø å formulere dei uskrivne reglane for handlingsstrukturen innan miljøet. Dels fordi ein tek sin eigen praksis for gitt, og dels fordi ein tek for gitt at dei måtar ein sjølv gjer ting på, er måtar ein gjer ting på i allminnelegheit (Wilken, 2008, s.14). Både Bourdieus oppvekst og hans frustrasjon frå studieerfaringar gav han truleg eit sosialt fokus som han bringa med inn i sin forskingstilgang ved sine studiar av sosialt liv. Vesentleg er likevel at Bourdieus studiar og teoretiske arbeid *ikkje* er sjølvbiografiske. Ei viktig side ved hans tenkjesett er nettopp at innsikta frå egne erfaringar skal *brytast* med – dette skal overførast til sjølvmedviten refleksjon (Wilken, 2008, s.14).

Bourdieu avtente si verneplikt i Algerie frå 1955-1958 (Wilken, 2008). Han opplevde den franske hæren som brutal og nedlatande i si framferd mot den algeriske folkesetnad. Etter avslutta militærtjeneste, fekk han undervisningsstilling ved universitetet i Algerie (Wilken, 2008). Han gjennomførte her etnografiske studiar av Kabylar, ei berbisk folkegruppe, der han

mellom anna samanlikna algeriske fjellbønder med bøndene frå heimstaden og fann at dei hadde noko felles, knytt til måten å røre seg på, kroppsuttrykk og veremåte (Aamodt, 2005). Bourdieu vart opptatt av korleis kulturen vi lever i er avgjerande for dei val vi gjer, og korleis vala vert styrande for individet på det umedvitne plan (Aamodt, 2005).

Han vende attende til universitetet i Paris og seinare til universitetet i Lilles, og arbeidde som adjunkt i sosiologi og antropologi. I 1968 tok han over leiinga av Centrum for Europeisk sociology på Écoles Des Haute Études En Scieces sociales/ethessi frå den berømte professor Aron. I 1975 etablerte han eit eige tidsskrift saman med medarbeidarar (Wilken, 2008). Frå 1992 fram til sin død i 2002, var han professor i sosiologi på College de France i Paris. Han mottok ei rekkje prisar for sitt arbeid, og satsa alt på ei vitenskapleg karriere, paradoksalt nok samstundes som han heile tida skapte ein distanse til den akademiske verd (Callewaert, Munk, Nørholm & Petersen, 1994/2008, s.10). Bourdieu var særleg opptatt av samfunnsmessig makt, og korleis maktforhold verkar i det skjulte, med særleg fokus på forholdet mellom utdanning - kultur og mellom individ - sosiale system. Dette undersøkte han i sine mangfaldige empiriske arbeid, der hans analyser ber preg av distinksjonar og dominans (Bourdieu, 1979/1995, Wilken, 2008, s.67-68). Vi er ikkje så frie som vi gjerne trur vi er - våre livssjansar er ikkje likt fordelt, meinte han (Halskov, Lundin & Petersen, 2008, s. 276). I fylgje Bourdieu, vil det miljø som omgjev oss vere med på å forme verdiar og moglegheiter i forhold til våre val, mellom anna våre utdanningsmoglegheiter. Dermed er det òg ein illusjon at alle har lik tilgang til utdanning, trass i om vilje og evner er tilstades. Dette er meir eit uttrykk for sosial klasse og miljø (Aamodt, 2005). Han hadde eit sterkt politisk engasjement, mellom anna vedrørande spørsmål gjeldande arbeidsløyse og rasisme. Lenge viste han dette hovudsakleg gjennom sine vitenskaplege arbeid, mellom anna vedrørande korleis sosial ulikskap reproduserast (Wilken, 2008). Frå 1995 tok han meir direkte politisk stillingstaking, noko som vart dårleg akseptert av den akademiske elite.

2.3.Sentrale trekk ved Bourdieus teori og omgrep

"Om jeg lager teori eller ei, avhenger av kva man mener med dette ordet" (Bourdieu, 1984/93, ref. i Wilken, 2008, s. 31).

Bourdieu utforskar det andre gjer i ein gitt sosial kontekst med mål om å konstruere ein teori om praksis; den praxeologiske teori (Petersen, 1995 a, s.125). Med røter i historisk epistemologi, vert omgrepet *konstruksjon* viktig. Vitenskapens konstruerte objekt vert sett på

som meir sant og ekte enn dei menneskelege erfaringars (Petersen, 1993, s. 36-37). Vi taler altså her ikkje om noko som allereie er gjeve i menneskes kvardagslege medvit, men noko som skal konstruerast og finn stad i ein kontekst relatert til noko med gjevne historiske vilkår (Petersen, 2006 b, s.43)³. Bourdieus haldning er at forskaren ikkje skal late seg påføre pre konstruerte forskingsobjekt – som stammar frå menneskeleg spontan erfaring, då dette kun gjev enkle løysingar og akseptering av sosialt skapte førestillingar og grupperingar. Derimot vil Bourdieu undersøkje dei før konstruerte kategoriar med tanken på *korleis har det seg at dei eksisterer i det heile tatt?* (Petersen, 1993, s. 36-38). I lys av dette studiets fokus, får dette relevans ved at ynsket er å ikkje berre godta denne namninga sjukepleievitskap og den sjølvforståing som vert presentert vedrørande denne, men *gå bak om den* for å prøve finne ut kva dette verkeleg omhandlar, og korleis det kan ha seg at dette framstår slik? Kva er det sjukepleiaren eigentleg gjer innan dette området som kallast sjukepleievitskap og korleis kan dette forståast ut frå kontekst og historiske forhold?

I Bourdieus teori er relasjonane mellom individ av grunnleggande tyding (Petersen, 1993, s 38). Dei potensielle moglegheiter for handling ligg dels i individet, som kroppsleggjorte strukturar, og dels i strukturar i dei situasjonar individa handlar innanfor, som sosiale, objektive strukturar. Relasjonane mellom desse fenomen vil gjensidig påverke kvarandre og dannar grunnlaget for moglege handlingsval (Bourdieu, 1994/97, s.11, Petersen, 2006 b, s.52-55). Premissane for handling vil såleis ligge imellom det individuelle og det sosiale, der mennesket korkje står fritt til å handle - eller er berre styrt av sosiale strukturar. Individ og samfunn påverkar kvarandre gjensidig. Handling kan såleis oppfattast strategisk – ut frå kva som er *moglege* handlingsalternativ i ein gitt situasjon, men dette er ikkje naudsyntvis medvitent (Bourdieu 1994/1997, s.11-12, Bourdieu, 1980/2007, s. 93, Wilken, 2008, s. 49).

Ein sosial situasjon, som individets utdanning/ yrkesval, kan såleis skildrast som eit møte mellom to historier. Den eine er forma av systemet av sosiale posisjonar som er mogleg for individet å ta, der handlingsval påverkast av posisjonanes disposisjonar. Den andre er den individuelle historie, påverka av tidlegare posisjonar i ulike felt. Frå fødselen har ein med si historie, innsett ved foreldras posisjon. Sidan markerer institusjonar eins liv. Bourdieu seier at einkvar situasjon må forståast i lys av møte mellom tidlegare historie og individets inntekne posisjon her og no. Dette påverkar kva tankar, kjensler og val som *mogleggjerast* for individet. Dermed er vi ikkje så frie som vi gjerne trur (Halskov et. al., 2008, s.275-276).

³.Å konstruere eit omgrep vitskapleg vil seie å utvikle omgrep som er gjennomsynleg for andre forskarar for å få ny innsikt. Slik kan vi betre forstå og forklare ulike område av sosial praksis (Petersen, 1995 a, s.127-128)

Dette gjev eit interessant perspektiv i høve den utvikling sjukepleiaren har hatt - frå legens lydige hjelpar til ein akademisk posisjon. Er sjukepleiaren – proklamering av sjølvstende, forskingstilgang og vitskapsgjering til tross, likevel ikkje fullstendig fri til å velje sine tema innan akademia? Kva strukturar verkar inn her? Kva påverkar vala og moglegheitene?

Sentralt i Bourdieus teori er den praktiske sans, ein storleik som svarar mot det teoretiske omgrep habitus. Dette kan skildrast som ei før-medviten grunnorientering som han ser på som opphavet til våre sosiale kvardagspraksisar. Individet har lært seg å omgåast tinga på ein særskilt måte som vert rasjonell ut frå gjevne situasjon og kontekst. Dette vert internalisert i kroppen og vil vere orienterande for praktikaren i praktikken, trass i skiftande omgjevnader (Petersen, 1995 a, s.126). Eit interessant spørsmål vert om gruppa av sjukepleiarar innan akademia har ein særskilt habitus prega av deira særlege feltkapital som er akseptert og tatt for gitt?

Medan Bourdieus habitus skildrar rammene for aktørane praksis, skildrar feltomgrepet den sosiale arena der praksis utspelar seg (Wilken, 2008, s.38-39). Bourdieu ser på samfunnet som eit system av relasjonar mellom posisjonar. Dette namnar han for sosialt rom. Hans tese er at all menneskeleg aktivitet; handling, haldning og synspunkt kan relaterast til eit slik sosialt rom i termar av sosiale avstandar, som kan omsetjast til geometriske avstandar. Alle personar tek her ein relasjonell posisjon der moglegheitene i stor grad er førehandsbestemt ut frå relasjonane til andre posisjonar. Det vil her alltid eksistere skilnader mellom aktørane, bestemt ut frå mellom anna yrke, utdanning, kjønn og inntekt. Stor avstand mellom posisjonane markerer få sosiale eigenskapar felles, ved liten avstand er eigenskapane meir like (Halskov et. al, 2008, s. 275-276) 4. Samfunnet som heilskap, eller særskilte deler, kan skildrast som eit slikt rom.

Kapital er eit sentralt omgrep i Bourdieus praxeologiske teori, og omhandlar korleis dei ulike involverte agentar fordeler seg på ulike felt i det sosiale rom, på bakgrunn av den ballast dei har (Petersen, 1997/98, s. 45). Kapitalomgrepet omhandlar ressursar i ein bestemt sosial samanheng, og vedrører berre det som er gangbart på ein marknad innan eit felt. Vesentleg her er korleis verdien av denne kapital vert vektlagt (Petersen, 1997/98, s.45-46). Den spesifikke feltkapital kan nyttast som både synleg og ikkje synleg makt i eit felt (Bourdieu, 1994/1996, s.38-46). Det vil alltid eksistere skilnader mellom aktørane, men korleis desse distinksjonar kjem til uttrykk, skapast av aktørane (Bourdieu, 1979/1995). Bourdieu omtaler ,

4. Kan framstillast i ein grafikk, eller ein type statistisk analyse som er basert på avstandar mellom posisjonar

ulike former for kapital; kulturell, økonomisk og sosial, der den kulturelle og økonomiske kapital ansjåast som mest verknadsfull (Bourdieu, 1994/97, s.21). *Økonomisk kapital* handlar om økonomiske godar (Wilken, 2008). Overført til det akademiske rom, vil aktørane ha ulik inntekt; m.a. tener legar meir enn sjukepleiarar, noko som kan spele inn i høve romet for handling i feltet. Kulturell kapital omhandlar mellom anna utdanning, kompetanse og kunnskap, institusjonalisert gjennom utdanningstitlar og kroppsleggjort (Bourdieu, 1983/86, ref. i Wilken, 2008, s. 39). Aktørane i det akademiske felt vil til dømes ha ulik utdanningskapital. Legen har ein type kulturell kapital som er avgjerande for behandling av sjukdom. I feltet vil den som bringer med seg mest kapital av den type som gjeld for feltet, ha størst moglegheit for å dominere. Den kulturelle kapital medisinen/legane innehar, kan gjennom sjukepleias historie ansjåast som å ha vore dominerande. Eit interessant spørsmål vert om medisinenens dominans på dette område enno set sine spor, trass i sjukepleias kamp for sjølvstende?

Sosial kapital omhandlar tilgjengelegheita for sosialt nettverk, noko som omhandlar i kor stor grad individet har moglegheit til å mottake sosial støtte frå andre, til dømes å kjenne dei ”rette” personane. Legar er meir involvert i avgjerslefasar, noko som kan gje informasjons tilgang (Danielsen & Hansen, 1999). Kan dette påverke sjukepleiarens handlingsval i det akademiske felt?

Symbolsk kapital er eit overordna omgrep hjå Bourdieu. Dette ber i seg *alle* kapitalformene og kan omtalast som å vedrøre det som erkjennast eller kan gjenkjennast fordi det tilkjennast ei tyding som verdfullt av den særskilte sosiale gruppe (Broady, 1989, ref. i Petersen, 1997/98, s.46). På grunnlag av den symbolske kapital gruppa innehar og som oppfattast av andre, konstruerast sosiale kategoriar som fylgje av dei eigenskapar gruppa har, tildømes høgt oppe eller langt nede, kvinner eller menn (Bourdieu, 1996). Posisjonane i feltet er i stadig endring ut frå om den samla kapital reduserast eller aukar (Danielsen og Hansen, 1999).

Feltomgrepet skildrar altså den sosiale arena der praksis utspeler seg, og står fram for den samtidige oppfatting som eit rom av posisjoner. Kvar posisjons eigenskapar avheng av den plass den har i dette sosiale rom og kan analyserast uavhengig av den enkelte innehavars karakteristika, samstundes som den til dels er bestemt av denne (Petersen, 1997/98, s.5). Individua eller gruppene si posisjonering seier noko om dominansforhold, om aktørane tilhøyrer dei som dominerer eller vert dominert. Feltet er prega av kamp, der aktørane bruker dei middel dei har til rådvelde, men som vert prega av den posisjon dei har og dei

moglegheiter som finnast ut frå den rådande maktstruktur. Noko står på spel som aktørane ser på som verdt å kjempe for. Anten vert den rådande maktstruktur endra, eller bevart (Petersen, 1997/98, s. 5-7, Bourdieu, 1991/93, s. 84-85).

Bourdieu trekkjer parallellar med det som skjer i feltet til eit spel for å betre forstå kva som skjer i samhandlinga mellom aktørane. Spelet fylgjer reglar, og reglane dannar rammer for kva ein kan gjere og ikkje gjere (Wilken, 2008, s. 46-49). For å forstå spelet, må ein studere spelarane, deira motiv, interesser og deira evne å lese andre spelarar (Wilken, 2008, s.48). I fylgje Bourdieu vil altså det sosiale felt pregast av kamp vedrørende *kven* som skal ha monopol på autoritet samt styre feltets framtidige strategiar. Fordelinga av kapital vil vere avgjerande for feltets struktur, og omforminga av kapital vil berre vere mogleg under visse forhold (Petersen, 1997/98). Det som gjeld i utforskinga av eit felt er å utleie kampens særlege former - forholdet mellom oppkomlingar og dominante. Det er berre for dei som er involvert i kampen på eit særskilt felt, at definisjonen av situasjon og interesser på dette felt har tyding. Andre sin kamp vert uvesentleg. Dette tyder òg at for at eit felt skal eksistere, må det både vere nokon som bidreg, nokon som vil spele spelet og som strir om noko felles, og samstundes vere berarar av den habitus som føreset ein kunnskap og erkjenning av dei ibuande lover, regler og innsatsar (Petersen, 1997/98, s. 5-7). Dei nytilkomne må anerkjenne spelets verdi og ha kunnskap om spelets prinsipp – dette er dei nytilkomnes åtgangs billett. Difor må dei nytilkomne sine ynskjer om endringsstrategiar haldast innan visse grenser. Dette tyder at trass i delrevolusjonane, er det aldri tvil kring feltets grunnleggjande fundament (Petersen, 1997/98, s.7). I samband med dette får omgrepet *doxa* ei særskilt tyding. Doxa peiker på dei grunninnstillingar som får menneske til å betrakte fenomen i naturen som sjølvsgde, og som difor takast for gitt. Doxa vert ansett som dei udiskutable premissane som agentane handlar innan og som gjer kampen meiningsfull (Wilken, 2008, s. 42-43).

Bourdieu meiner at det er nokre generelle trekk ved det sosiale felt som gjer det mogleg å tale om ein generell teori, der det ein lærer om eit felts verksemd, er noko som kan brukast til å stille spørsmål og tolke eit anna felt. Dette vil medføre at når ein vil studere eit nytt felt, oppdagar ein visse spesifikke eigenskapar samt ein kan vidareutvikle sin generelle kunnskap om feltets universelle mekanismar (Petersen 1997/98, s.5) 5. Ut frå dette kan vi trekke

5. Bourdieu seier at om noko vert eit sjølvstendig felt, vedrører dels interne kriterium for opptaking i feltet, dels kampen mellom doxa og heterodoxa. Slik kan ein tale om ein eigenart som kan lesast ut av meir objektive aspekt av det relative autonome felt, og ein måte der dei som spelar spelet innan feltet sjølv framstiller det som føregår. Denne sjølvframstillinga får tyding for spelets objektive innhald (Petersen, 1997/98).

parallellar til *sjukepleiaren* som nytilkomen akademisk agent ved sitt avsluttande arbeid innan sjukepleievitskap. Kva spelereglar vert dei presentert for innan dette området? Kva kan seiast å vere det grunnleggande fundament for det spel – eller den sosiale praksis som sjukepleiaren her deltek i?

3.0. Metodisk tilnærming

3.1. Å tenkje med Bourdieu i utforskinga av ein akademisk sjukepleiepraksis

”Jeg mener ikke at en sosiologi som forblir på et høyt abstrakt og formelt nivå kan bidra med noe. Men når den dykker ned i hverdagslivets detaljer, blir den et instrument som folk kan bruke (...). Jeg mener ikke at sosiologien kan løse alle problemer i verden (...) men den tillater oss å skille mellom de steder hvor vi faktisk har en smule frihet, og de steder hvor vi ikke har det” (Bourdieu & Wacquant, 1992, ref. i Wilken, 2008, s.28).

Med utgangspunkt i Bourdieus praxeologiske tenking har det aktuelle forskingsdesign ynske om å bringe fram kunnskap om sjukepleiarens sosiale praksis innan academia. Her er det viktig å gjere ei presisering. Vi taler *ikkje* om sjukepleiesosiologi, men om eit studie av den sosiale praksis sjukepleiaren øver ut innan eit særskilt område. Men *kvifor* velje Bourdieu, og kva framgangsmåte vil eigentleg dette innebere? Korleis skal ein tenke *med* Bourdieu i den metodiske tilnærming i aktuelle studie?

For å forstå korleis nytte Bourdieu metodisk, kan det fyrst vere vesentleg å understreke at Bourdieu forkastar alle former for metodolisk einsporleik. For Bourdieu handlar det primært om relasjonar, noko som kjem til uttrykk gjennom hans tankar om sosiale praksisar som felt – og hans omgrep som er relatert til dette (Bourdieu & Wacquant, 1992/1996, s.27). I ånd av Bourdieu kan ein ikkje tale om sjukepleievitskap, men om det system av relasjonar som strukturerar sjukepleievitskap på eit visst tidspunkt. Det er dei usynlege relasjonar som skal utforskast – som er bestemmande for relasjonane mellom posisjonar i det usynlege rom (Petersen, 1993, s.42).

På same vis som ein ikkje kan forstå Bourdieus teoretiske omgrep utan å ha forståing for hans arbeidsmåte, så kan ein heller ikkje forklare hans måte å arbeide med empiri på, dersom ein ikkje relaterer det til hans teoretiske omgrep. Bourdieu ynskjer ein fusjon mellom det teoretiske konstruksjonsarbeid og praktiske forskingsprosedyrar. Han vedgår at i den forskingsmessige prosess skjer ei konstant overlapping mellom teori og det undersøkte objekt, mellom refleksjon og observasjon. Bourdieu ser difor på sine teoretiske omgrep som *verktøy* i

det empiriske arbeid (Bourdieu & Wacquant, 1992/ 1996, s.40). Seinare vert eit døme på hans empiriske arbeidsmåte i eit konkret studie omhandla, *Homo Academicus*,1996. (jmf. pkt. 3.2.).

Men – *kvifor* så nytte Bourdieus tenkegrunnlag i aktuelle studie? Tanken er at Bourdieu kan presentere ei tilnærming for å kunne forstå og forklare delar av den undersøkte praksis. Å nytte Bourdieu medfører eit ynskje om å utfordre den presenterte sjølvforståing ved å stille spørsmålet – *kva er det eigentleg dette handlar om?* Korleis kan det eigentleg ha seg at sjukepleiaren vel å utføre sine akademiske arbeid på ein særskilt måte, sett ut frå kva relasjonar som strukturer området med omsyn til historie og kontekst? Ved å stille spørsmål om *kvifor* dette ser ut som det gjer, kan det opnast for diskusjon (Petersen, 1995 a, s.130).

Å nytte Bourdieu har grunnlag i ynsket om å fange ein liten del av sjukepleiarens praksis på det aktuelle området. Den praktiske logikk er *ulik* den teoretiske logikk, meiner Bourdieu, og held fram at ei verkeleg forståing av praksis krev ei analyse der ein må bevege seg forbi objektivisme og subjektivisme og gripe – i meining av den praktiske sans - habitus, interaksjonen mellom struktur og praksis i kvardagslivets oppførsel. Slik ynskjer altså Bourdieu å yte rettvis til den *praktiske logikk* ved den sosiale praktikk, så vel som dei objektive strukturar desse tek plass innan (Petersen, 1994, i Callewaert et. al., 1994/2008, s.70-71, Wilken, 2008, s. 82-84).

Å tenkje *med* Bourdieu vil krevje at ein skil mellom teori *for* praksis, og teori *om* praksis. Etter dette perspektiv kan ikkje teori omhandle alle nyanser. Teori kan ikkje vere både skildrande, forklarande, fortolkande og samstundes retningsgjevande for praksis (Petersen, 1993, s.35-36). Vidare vil dette innebere at ein må dvele ved skilnaden mellom å *utforske* og å *utøve* ei verksemd, noko som er ulike former for sosial praksis. Alle handlar her i eit sosialt rom, noko utspelast i ein spesiell kontekst, men det kan namnast som *praktikarens praksis* og *teoretikarens praksis*. Dersom ein stiller spørsmål ved kva nokon gjer i jobben sin, gjevast svar på korleis vedkomande *opplever* det han gjer, noko som kan gje grunnlag for å skape teori for praksis, til bruk for å gjere praksis betre (Petersen, 1995 a, s. 124-127). Derimot er det i fylgje Bourdieu noko anna å utvikle teori i *vitskapleg* samanheng, noko som tyder å konstruere ein teori *om* røyndomen (Petersen, 1995 a, s.125-126). Dette må baserast på eit empirisk studie av denne praksis diskutert og reflektert *erkjenningssteoretisk* med sikte på å forklare og forstå den aktuelle røyndomen. Erkjenningmessig refleksjon tyder å sjølv arbeide med vitskapleg utvikla teori som grunnlag for å utvikle teori (Petersen, 1995 a, s.132).

Bourdieu hevdar at den fenomenologiske og den objektivistiske vitskap kvar for seg er utilstrekkeleg og derfor feilaktig (Callewaert et al, 1994/2008, s. 14). Istadenfor å setje subjektivismen opp mot objektivismen, må *båe* perspektiv rommast, ikkje for å skape ei samansmelting, men ein relasjon (Wilken, 2008, s.90). Slik kan ein få tilgang til både praktikk; objektiv handling som er mogleg å registrere, og symbolikk i form av aktørens oppleving, med mål å gå bak dei etablerte omgrep, som er uttrykk for sjølvforståing på eit gitt område og stille spørsmål ved kva dette verkeleg omhandlar (Petersen, 1993, s. 44-47).

Med utgangspunkt i denne tankegang, vil altså studiet ta sikte på å frambringe teori *om* – ikkje berre *for* den sosiale praktikk som kallast sjukepleievitskap. Målet er såleis ikkje berre å utvikle kunnskap, men gå bak og prøve avdekke dei premissane som produksjonen av kunnskapen er basert på (Petersen, 1995 c, s. 19). Dette representerer ein dobbel- bryt tankegang; eit brot med subjektivismen, men òg med objektivismen (Petersen, 1995, c). Dette brot må òg skje i høve forskaren, som sjølv er del av den sosiale verda, noko som bringer med seg at underteikna må synleggjere sin eigen bakgrunn og utgangspunkt, gjennom sosio - analyse av meg som forskar (Nørholm, 1994/2008, Bourdieu & Wacquant, 1991/93, s.55, Wilken, 2008, s. 84-86).

Av alle motsetnader som kunstig deler samfunnsvitskapen, er den mest fundamentale og mest øydeleggjande den som er sett opp mellom subjektivismen og objektivismen, hevder Bourdieu i sitt verk, *The Logic of Practice* (1980/1990). Ein må bevege seg forbi denne motsetnaden mellom desse to typar av kunnskap, samstundes som ein bevarer målsetjingane til kvar av dei. Metodisk vil altså å tenke med Bourdieu innebere ein noko annleis framgangsmåte enn der det tradisjonelt veljast ein fenomenologisk eller objektivistisk utgangspunkt, og desse gjerne vert framstilt som motstridande. Bourdieu meiner at både fenomenologisk og objektivistisk kunnskap er former for teori som den sosiale verd underkastast – men som står i motsetnad til praktisk kunnskap (Petersen, 1994, i Callewaert et. al, 1994/2008, s. 72). Fenomenologisk tradisjon rekonstruerer agentanes primære erfaringar av deira sosiale forhold og praktikkar. Imidlertid utelukkar denne erfaringa at agenten stiller spørsmål ved erfaringas moglegeitvilkår – korleis kan det ha seg at praktikken framstår på denne måte? Den objektivistiske teori er ikkje primært interessert i aktørens eiga erfaring og oppleving. Den ser på praktikken utanfrå, i høve dei vilkår som synast å kunne forklare, trass i at aktørane ikkje er seg medvitne dei bakanforliggande årsaker, eller kvifor ting ser ut som dei gjer. Den spontane erfaring aktøren har over korleis han opplever sin praktikk, vil dermed ikkje kome fram (Callewaert et. al., 1994/2008, s.14). Den

primære erfaring er ei avspesling av aktørens illusoriske forhold til sin eigen praktikk, meir enn ei objektiv skildring av kva denne praktikken inneber, meiner Bourdieu. Dette er ikkje eit resultat av at aktøren bedreg seg sjølv, eller manglar evne til skarpsindigheit. Det føreheld seg slik fordi sosiale forhold set seg igjennom utan å vedkjenne sin kulør fullstendig – ting skjer *som om* (Callewaert et. al., 1994/2008, s.15).

Å konstruere sitt objekt er eit viktig prinsipp i Bourdieus empiriske framgangsmåte. Med røter i den historiske epistemologi, ser han på vitenskapens konstruerte objekt som meir sant og objektivt enn dei menneskelege erfaringars spontane sosiologiske objekt. Forskaren må bryte med kvardagsmedvitets spontane sosiologi og si eiga sjølvforståing (Petersen, 1993, s.39) 6. Bourdieu ynskjer med dette vitenskaplege konstruksjonsarbeid å rette kritikk og stille spørsmål ved dei rådande og gjevne førestillingar om dei fenomen som utforskast. Difor vert dette konstruksjonsarbeidet viktig. Ein skal ikkje ukritisk akseptere dei gjevne omgrep, men gå bak desse og stille spørsmål ved kva det eigentleg er som skjer og kva er det som ligg bak forklaringsmodellar og kategoriar i den sosiale verd, og korleis kan dette ha seg? Bourdieu vil såleis ikkje arbeide med dei førekonstruerte kategoriar. Dette meiner han gjev enkle løysingar, og akseptering av sosialt skapte grupperingar (Petersen, 1993, s.37-39). Han meiner at kritikk er ein elementær del av det vitenskaplege arbeid (Petersen, 1995 a, s.130).

Aktuelle design er skildrande og forklarande. Studiet føregår i Vesten, i det moderne samfunn som i fylgje Bourdieu kan ansjåast som eit sosialt rom. I daglegtalen vert dette moderne samfunn ofte framstilt som at individet kan take den plass det ynskjer i livet, dersom ein bruker sine moglegheiter. I motsetnad til dette, meiner altså Bourdieu at samfunnet i staden konstituerer seg som felt med ein viss eigenlogikk og relativ autonomi (jmf. pkt. 2.3). Maktområdet i dette feltet vil vere bestemt av forholdet mellom økonomisk og kulturell kapital (Wilken, 2008, s. 39-40). Kva som er ynskeleg, godt eller riktig vil vere definert av dei dominante aktørar. Når aktørar med andre disposisjonar trer inn i eit nytt felt, må dei anten tilpasse seg, eller omgjere saka slik at den passar til deira disposisjonar. Såleis vil dette felt vere prega av kamp, der aktørar med andre disposisjonar si innkome i feltet rokkar ved den herskande doxa (Petersen, 1997/98, s. 6-7).

I staden for termen sjukepleievitenskap, kan ein altså sjå på og konstruere dette området som

6. Bourdieu inspirert av Durkheim her, der grunnleggande regel er å sjå på sosiale forhold *som om* dei var ting. Difor vil han betrakte sosiale ting utanfrå, utan meiningane, fordommane, oppfattingane. (på same måte som naturvitenskapane gjer med fysiske ting. Men, han bryt òg tilbake – for å utforske nettopp korleis menneske oppfattar den sosiale verden og sine praktikkar. Såleis omfattar Bourdieus studiar både dei objektive relasjonar og fenomenologisk tilnærming, ikkje berre ein objektivistisk tilgang som Durkheim (Petersen, 1993).

sjukepleiaren agerer i som eitt spesifikt sosialt delfelt innan eit større felt; *akademia*.⁷ Dei sentrale spørsmål som søkjast belyst er korleis materialiserer dette kunnskapsområdet seg ved det arbeid aktørane her nedlegg? Korleis kan det ha seg at desse arbeida vert valt utført som dei gjer? Slik vert det gjort forsøk å utfordre denne praksis ved å stille spørsmål og opne for diskusjon. Kanskje vil vi finne at vilkåra for *kvifor* allereie var bestemt?

Akademia vil i tråd med dette perspektiv kunne sjåast på som ein sosial arena der det utspelast kampar mellom aktørane – om påverknad og om kva kapital som skal gjelde. Andre vitskapar og helsefaglege profesjonar møtast på dette arena, med ulik utdanningskapital og kulturell kapital som kan tenkjast å ha aktualitet for interessebryting og posisjoneringskampar. Kva er det eigentleg sjukepleiaren innan dette felt ser på som verdt å kjempe for? Kva kan seiast om moglegheitene og vilkåra innvove i denne kontekst? Er sjukepleiaren verkeleg fri i sin kunnskapsproduksjon innan dette området, og kan ein seie at det som omtalast som sjukepleievitskap konstituerer seg som eit sjølvstendig kunnskapsområde åleine? Data som vonleg kan nærme seg ei lyssetjing av desse spørsmål, skal innhentast gjennom eit kategorisystem der aspekt ved vitskapsteoretiske moment og innhald ved masterarbeida innan ei avgrensa tidsperiode skal kastast lys over (jmf. pkt. 3.4).

Så kvifor nytte Bourdieu? Nettopp for å søkje etter kva sjukepleievitskap *eigentleg* omhandlar i ei viss periode, og freiste å forstå korleis dette kan ha seg, sett i lys av ein rekonstruksjon av historiske og kontekstuelle aspekt. For å prøve avdekke dei premissane som produksjonen av denne kunnskapen baserast på, og dei relasjonar som strukturerer dette området innan eit visst tidsrom. Og - for å prøve å yte rettvis til den praktiske logikk som dette arbeidet orienterast etter. Men, det må presiserast at teorien som vert utvikla står til diskusjon og er *ikkje* eit konsensus! Bourdieus perspektiv utgjer ein av mange moglege innfallsvinklar. Dette arbeid må sjåast på som ei byrjande tilnærming til eit større område og resultatata frå dette studiet kan berre kaste lys over ein avgrensa del av eit komplekst emne. Vonleg kan likevel nettopp studiets fokusering på dette tema, sett gjennom brillene frå ein Bourdieusk tradisjon, få fram nye perspektiv på sjukepleiarens agering i det akademiske felt, med både avgrensingar og moglegheiter.

7. Det må presiserast at trass i om det i studiens samanheng trekkjast parallellar til Bourdieus felttenking og relaterte omgrep i høve dette, er ikkje intensjonen å nærme seg ei feltanalyse, då dette hadde kravd eit meir fullstendig rekonstruksjonsarbeid der ein hadde måtte plassert dei ulike relativt autonome felt i motsetjing til andre felt – ikkje minst i forhold til dei overordna økonomiske og politiske felt. Det vert i denne samanheng heller ikkje gjort freistnad på å analysere om sjukepleievitskap i det heile kan omtalast som eit sjølvstendig felt med relativ autonomi i Bourdieusk meining (jmf. Petersen sitt studie, 1997/98). I aktuelle studie nyttast Bourdieus tankar om sosiale arenaer som felt og hans omgrep relatert til dette primært med

utgangspunkt i hans relasjonistiske perspektiv (Petersen, 1993, s. 42), med føremål å utforske kva system av relasjonar som ut frå dette studie sin rekonstruksjon av historie og kontekst på eit vist tidspunkt kan ansjåast å påverke sjukepleias agering innan academia. Omgrepa habitus og kapital vert relatert til dette. Det ansjåast at det innan det undersøkte område vil gå føre seg kampar om påverknad og dominans, og ulike spelereglar ut frå kva som vert ansett som verdtt å kjempe for vil kunne orientere dei moglege handlingsval (Bourdieu & Wacquant, 1992/1996, s.27-30).

3.2.1.Studiar i Bourdieusk ånd

Med føremål å vise Bourdieus måte å innhente og arbeide med empiri samt som eit bakteppe for aktuelle studies tematikk, skal vi sjå nærare på Bourdieus verk *Homo Academicus* (1996). Bourdieu analyser her spenningar og tendensar i fransk Akademia, med særleg merksemd på historiske forhold kring studentopprøret 1968. Talet på nye studentar vart tredobla frå 1958-1968, mellom anna som fylgje av auka ynske om sosioøkonomisk utvikling gjennom utdanning. Dette utløyste ei krise, kjenneteikna ved konflikt mellom ulike former for akademisk makt. Bourdieus analyse og diskusjon kring ulike former for kulturell kapital, som dannar motstridande polar i fakultetets samansetjing, gjev innsikt i tendensen akademiske elitar har til å reagere på endringar og press, og korleis bakgrunn til ulike faglege grupper førte til konflikt og vanskelege overgangar i academia ved dette tidspunkt. Eit viktig trekk ved konflikten namnar Bourdieu som akademiske generasjonar, som innehar svært ulike forventningar og syn på endring (Bourdieu, 1996). Bourdieu føreslår at ein skal skildre og forstå endringar i dei høgare utdanningar og vitskapsgjering ikkje ut frå dei spontant framtrudande hendingar og dei ideologiske diskursar, men ut frå ei nøye kartlegging av deltakaranes bakgrunn i termar av dei kapitalar som dei kan spele ut med, deltakaranes posisjonar og stillingstaking, samt ut frå dei produkt av verksemda som materialiserer seg (Petersen, 1997/98).

Bourdieu analyserer statistisk ulike demografiske faktorar hjå fakultetsmedlemmar og identifiserer ei rekkje motstridande polar av kulturell kapital. Han viser at ulike fakultet har ulik stilling. Fakultet som medisin og jus har som døme ein heilt annan institusjonell påverknad og nyttar andre metoder enn disiplinær innan humaniora, til dømes er medisinsk forskning meir orientert mot teknologiske laboratoriestudium. Medlemmane av desse gruppene har ofte bakgrunn frå sosiale eliteklasser, og har ei eiga interesse i å bevare status quo i universitetskulturen (Bourdieu, 1996). Prestisje og makt kjem til syne gjennom dei ulike fakultet. Bourdieu identifiserer ein korrespondanse mellom fagleg prestisje og fakultets medlemmanes opphavlege sosiale klasse, og vurderer difor academia som ein konservativ institusjon som reproducerer og forsterkar sosiale klasseskilnader (Bourdieu,1996). Ein sentral pol av akademisk makt stammar frå oppnåing av stillingane som styrer det Bourdieu kallar

reproduksjon av korpset. Fakultetsmedlemmane som styrer denne prosessen for kvar einskild avdeling har ein enorm langsiktig kontroll av akademiets utforming. Desse held taumane til framtida. Sider der dette kjem til uttrykk er mellom anna ved avhandlinganes førebuing, utsiktene for vellukka karriere gjennom anbefalingar, og kontroll av akseptprosessen ved det som ansjåast som vitenskaplege arbeid. Den tredje store polen av motstand i akademia er mellom dei fakultetsmedlemmane som innehar ortodoks institusjonelt godkjente intellektuelle synspunkt og dei fakultet som innehadde ”kjetterske”, uriktige synspunkt. Imidlertid kan desse sistnemnde verte innvia, og då kunne spele ei rolle i den påfylgjande diskusjon av vitenskapleg kommunikasjonssystem (Bourdieu, 1996).

Den habitus akademikarar innehar, rommar mange antakingar, overbevisingar og åtferd kring spørsmål om kva vitenskapleg aktivitet tyder. Dette er internalisert, noko som kan avgrense mange av svara i høve nye situasjonar. Dette vil forme meiningar om kva som er legitime forventingar til komande forskarar, mellom anna i høve kor lang tid det er føremålstenleg å nytte på avhandlingane og utsikter for framtidig tilsetjing. I akademia vert dette konseptet viktig i tilhøve ved store endringar, og vil påropast som legitimt – den regjerande doxa – i diskusjonar av vitenskaplege kommunikasjonssystem. Dei av nykommarane som er best i stand til å forstå spelereglane, vil ha størst moglegheit for å verte godtatt og innvia i spelet (Bourdieu, 1996).

I Homo Academicus, framkjem Bourdieus mangfaldige måte å konstruere det sosiale rom. Dei konstruerte objekt, aktørane, er ikkje identiske med dei empirisk førekomande individ. Han nyttar her intervju, informativt materiale frå aviser – alle kjelder som vedrørte aktøranes historie som innfallsport for å konstruere klasser som då kunne tilbakeførast for å seie noko om empirien. På denne måten lukkast han med å konstruere individ og deira relasjonar til kvarandre og kunne slik analysere dei vilkår for korleis til dømes professorar levde, utan at dei var ei avspegling av dei empiriske individ (Petersen, 1993, s. 41).

Bourdieu sitt studie av fransk akademia, kan ikkje direkte overførast til sjukepleiaranes akademiseringsprosess ved norske universitet. Metodisk kan aktuelle studie ei heller på ingen måte samanliknast med den komplekse metodiske framgangsmåte Bourdieu framviser. Ut frå omfangsmessige avgrensingar kan ikkje dette studie ha intensjon om å fullstendig konstruere den del av universitetsfeltet som populasjonen er henta ifrå. Ei heller framkjem dei disposisjonar aktørane har med inn i dette feltet som vil vere medbestemmande for posisjon. I aktuelle studie må rekonstruksjonen avgrensast til å gjelde historiske aspekt ved sjukepleias

veg mot akademia, strukturelle rammer for sjukepleievitskap ved etablering i fortid og notid, samt sentrale interesseretningar representert ved profilar innan sjukepleievitskap i universitetsmiljøet i dag (jmf. pkt. 4.6). Men tematikken og mønstera som Bourdieu her held fram, kan danne eit interessant bakteppe ved vurdering av dei resultat som viser seg ved dette studiet, og hans sentrale tese kan stå som innfallsport til dette studiets tematikk – *nye grupper utfordrar gamle maktstrukturar og tilpasser desse til egne forhold – ut frå sin kulturelle kapital* (Callewaert, 1998, s.81). Korleis tilpassar sjukepleiaren seg i det akademiske landskap? Korleis kjem dette til *syne* i sjukepleiarens akademiske arbeid?

Karin Anna Petersen si avhandling *Sygepleievidenskap, myte eller virkelighed* (1997/98) studerer den utvikling som har føregått innan sjukepleie i Danmark empirisk innan rammene av Bourdieus feltteori. Petersens avhandling består av ein teoretisk del; diskusjon av avhandlinganes problematikk i lys av Bourdieus feltteori, samt ein empirisk del; spørjeskjemaundersøking retta mot sjukepleiarar som hadde eller var i ferd med å erverve forskarkompetanse innan sjukepleievitskap; ved oppnåing av ei mastergrad eller doktorgrad innan sjukepleievitskap. Vidare bygde studiet på referanseundersøking av litteratur- og vitskapsanalyse av dei 68 fyrste forskaravhandlingar innan byrjande sjukepleieforskning. Avhandlinga fokuserer på spørsmålet om dette området som på dette tidspunkt var under framvekst i Danmark og som i si sjølvframstilling vart kalla sjukepleievitskap kunne betraktast som eit sjølvstendig felt med ein viss eigenlogikk og relativ autonomi i Bourdieusk meining? Sentrale funn frå Petersens avhandling var at fleirtalet av avhandlingane omhandla klinisk forskning ut frå human –samfunnsvitskapleg orientering, men med minimal medisinsk referanse. Ho finn ein sterk tendens innan faget til å betrakte sjukepleie som ein klinisk størrelse på line med medisin. Klinisk sjukepleie vert vidare eit samleomgrep brukt i kampen for akademisering. Ho konkluderer med at forskingsarbeida kan skiljast mellom teori *for* praksis og teori *om* praksis, og etterlyser meir av det siste. Vidare konkluderer ho med at mange studerande innan dette området har til felles at dei har ei praktisk utdanning før påbyrjing av teoretisk utdanning og har fasthelde ei viss tilknytning til sin praksis. Dei har vore opptatt av konkrete praktikkar og hatt interesse av å kvalifisere sine erfaringar innan sin praksis med teori *om* og/eller *for* praksis.

Ingrid Heymanns studie *"Gange hatt till...."* (1995), omhandlar omsorgsforskingas framvekst i Sverige, i lys av Bourdieus teori. Trass i ulikskapar i høve undersøkingspopulasjon, utdanningsstruktur og studieobjekt, har Petersen og Heymanns studiar mange likskapar og ein samanliknbar tematikk ved sitt empiriske fokus på utvikling innan sjukepleie versus

omsorgsforskning i lys av Bourdieus feltteori. Heymann finn på den eine side ein samanheng mellom førestillinga om at omsorgsforskning og klinisk arbeid spelar ei rolle som sosial legitimeringsstrategi, på den andre sida finn ho at klinisk forskning hovudsakleg har vore føremålet for dei fleste av dei analyserte avhandlingar, med referanse til medisin som ideal. Heymann viser vidare at det ikkje har vore ein spesifikk teori, metode osv. som har vore lagt til grunn ved den vitenskaplege produksjon, men mange - i grenseland mellom ulike etablerte vitenskapar.

3.2.2. Norske studiar og arbeid med relevans for studiens tematikk

Studiet *Sykepleieforskning i Norge, vitenskapsteori og praksis (1985)*, er sjukepleiaren Rannveig Aure Juvkams hovudfagsarbeid i sosiologi, etter oppdrag frå Rådet for Medisinsk Forsking. Studiet er av interesse då det gjev innsikt i framveksten av sjukepleieforskinga i Noreg frå den spede byrjing til 1985, og innlemmar eit fokus på etableringa av sjukepleievitenskap ved universitetet i Bergen. Arbeidet tek utgangspunkt i å vurdere sjukepleieforskinga ut frå eit praktisk verdistandpunkt, der kunnskapen som produserast bør vere behovsretta og bidra til betre kvalitet i sjukepleia. Studien vektlegg at vitenskapleg kunnskapsutvikling på sjukepleias område har blitt freista legitimert gjennom verksemdas praktiske nytteeffekt (Juvkam, 1985). Studiet viser til Fagermoens arbeid frå 1978, der det framkjem at sjukepleieforskinga i Noreg fram til dette tidspunkt hadde hatt fire retningar - leierskap/administrasjon av sjukepleieservice, sjukepleierutdanning og utdanningsprosessen, sjukepleieomsorg eller klinisk sjukepleieforskning og filosofi, historie og utvikling av sjukepleieteori (Juvkam, 1985, s. 6). Frå midten av 70 åra visast ein tendens til å prioritere klinisk sjukepleieforskning, ein trend som særleg viser seg i arbeida til sjukepleiarar som avla universitetseksamenar i USA. Studiet viser òg til den tvil som vart reist kring denne typen forskings legitime grunnlag og føremål.

Juvkam held fram frigjerung frå medisinens underordning som ei drivkraft for sjukepleias kamp for eige kunnskapsområde og akademisering (Juvkam, 1985, s.19-20). Ho skisserer prosessen kring etablering av sjukepleievitenskap ved universitetet i Bergen, og analyserer dei fyrste forslag til studieplanar. Ho held her fram at desse er uttrykk for ulike og til dels motstridande retningar, og meiner at studiet på dette tidspunkt har utvikla seg i ein pasientvitenskapleg/ akademisk retning og ei sjukepleievitenskapleg/ profesjonell retning, noko ho meiner ikkje var føresettt ved førearbeidet til sjukepleievitenskapens etablering (Juvkam, 1985, s. 139).

Margareth Bondevik, 2004, gjev i høve sjukepleievitskapens 25 års jubileum, ei oversikt over milepælar i arbeidet for etablering av sjukepleie som studie innan Universitetet i Bergen.

Bondevik var i perioden 1990-2000 amanuensis ved instituttet. Ho held fram sjukepleievitskapens historie i Bergen som ei rivande utviklingshistorie, der sterke personar med sterke meiningar var pådrivarar. Ho gjev ei oversikt over viktige hendingar frå planleggingsfasa før grunnfagstudiet vart vedtatt hausten 1979, og sentrale trekk ved utviklinga fram mot eit fullstendig studium med grunnfag, mellomfag, hovudfag (1985) og doktorgradsstudium (1987) vert etablert, samt hovudtrekk i den vidare utvikling fram til 2004.

Eit anna arbeid som vert ansett som relevant i studiens samanheng, er Kjellaug Lerheims utgjeving ”*Et perspektiv på sykepleieforskningen i Norge i fortid og nåtid*”, publisert av Forlaget Sykepleien, 2000. Lerheims studie skildrar sjukepleieforskingas utviklinga fram mot tusenårs skiftet, ei utvikling ho sjølv har teke aktiv del i som rektor og lektor ved Norges Sykepleierhøyskole, og sentral innan Norsk sjukepleiarforbunds forskingskomitè og i førearbeidet til sjukepleievitskapens etablering ved universitetet (Lerheim, 2000, s. 5-6). Ho vektlegg at ei sjølvstendig sjukepleieforsking har vakse fram, og held fram dette som grunnmuren i utviklinga av sjukepleia som fag og kunnskapsområde. Sjukepleias tilgang til universitet vert her framstilt som ei synleggjering av sjukepleie som vitskap og som eit sjølvstendig kunnskapsområde. Ho ser på sjukepleieforskinga som sjukepleievitskapens instrument i kunnskapsutviklinga, der den primære oppgåve er å bidra med kunnskap til sjukepleias praksis og held vidare fram at sjukepleievitskapen har styrka sjukepleia som profesjon (Lerheim, 2000, s. 22, s. 109).

Kari Melby, professor, dr. philos., gjev i boka *Kall og kamp* (1990) eit bilete av Norsk Sykepleierforbunds historie gjennom dei fyrste 75 år. Gjennom dette materialet framkjem dei kampar Norsk Sjukepleierforbund har ført, både i høve grunnutdanning, forskningstilgang, profesjonalisering og akademisering, noko som òg har vore ein kamp for sosial posisjon. Det tydeleggjerast at Norsk Sjukepleierforbund har hatt stor grad av kontroll over utdanninga, og den gryande sjukepleieforskinga. Sentrale aktørar i både forbundet og utdanningsorgana var viktige pådrivarar for sjukepleias universitetstilgang. Kampen for eige kunnskapsgrunnlag har vore motivert ut frå ei større grad av lausriving frå medisinen. Samstundes framkjem at kampane har vore prega av ulike perspektiv, meir enn samling mot eit felles mål.

3.3. Utval i aktuelle studie

Før universitetstilgangen for sjukepleiarar i 1979, hadde ikkje sjukepleiaren tilgang til høgare studiar på hovudfags og doktorgradsnivå innan ein teoretisk disiplin kalla sjukepleie i Noreg. Ein del sjukepleiarar både hovudfag og dr. grad innan andre fag, som pedagogikk, filosofi, historie, osv, og eit fåtal hadde erverva desse gradene ved studiar innan sjukepleievitskap i utlandet, særleg USA, med stipend frå Norsk Sjukepleieforbund (Lerheim, 2000, Melby, 1990, s.273).

Dei som no ved høgare studiar oppnår ein posisjon for forskning innan sjukepleie, kan både studere sjukepleievitskap ved universitet, i Bergen underlagt det samfunnsmedisinske institutt, eller ta masterutdanning ved Høgskule, til dømes Senter for kunnskapsbasert praksis, ved Høgskulen i Bergen. Dette er nyare tilbod, der sjukepleiaren kan studere til mastergrad innan *klinisk* sjukepleie. Kva som er skilnadane ved desse ulike utdanningsinstitusjonane, rommar ikkje dette studiet å gå nærare inn på i. Ei heller *kvifor* sjukepleievitskap er plassert nettopp under dette institutt innan universitetet.

Utvalet ved dette studiet er alle involvert i akademiseringsprosessen av sjukepleie ved oppnåing av forskingsposisjon ved sine avsluttande arbeid på mastergradsnivå innan sjukepleievitskap. For å kunne ta ei mastergrad i sjukepleievitskap, er grunnkriteriet bachelor utdanning som sjukepleiar. Utvalet er henta frå masteravhandlingar innan sjukepleievitskap avlagt ved universitetet i Bergen i perioden f.o.m. 2005 t.o.m. 2010. 2005 vart eit naturleg utgangspunkt, grunna at utdanninga i 2003 vart omlagt frå hovudfag innan sjukepleievitskap til mastergrad innan sjukepleievitskap. I 2005 vart dei fyrste mastergradsoppgåvene innan sjukepleievitskap levert. Systematisk gjennomgang med fokus på vitskapsteoretiske aspekt av alle mastergradsavhandlingar innan nemnde periode har blitt gjennomført, med unntak av fire oppgåver som ikkje var mogleg å skaffe til veie. Til saman utgjorde dette 42 oppgåver.

Arbeidet med kategoriseringa av oppgåvene har vore omstendeleg og har tatt lang tid. Å få fullstendig oversikt over og å samle oppgåvene var ein krevjande prosess. Det tok tid å oppspore arbeida då dei var plassert på ulike bibliotek, utanom dei arbeid som var å finne på institutt for samfunnsmedisinske fag (heretter kalla ISF). Oppgåvene på bibliotek var berre til lesesal lån, og det var heller ikkje mogleg å ta kopi av oppgåvene. Dette har vanskeleggjort arbeidsprosessen, då det undervegs kontinuerleg var trong for å gå attende for klargjering av oppgåvenes formuleringar, for å kunne vere så tru mot materialet som mogleg.

Avhandlinganes namn og forfattartittelen er helde anonyme. Det same er sidetal og andre formelle forhold ved avhandlingane. Ingen opplysingar som framkjem kan sporast attende til

eit konkret arbeid. Utover dette er avsluttande mastergradsavhandlingar ansett å vere eit arbeid tilgjengeleg for offentlegheita.

3.4. Variablar, kategorisystem og datasamling

Eit forsøk på ”*systematisk utforsking av dei utenkte tankane, som avgrensar kva som er mogleg å tenkje og som på førehand styrer tenkinga*” (Bourdieu, 1982, ref i Bourdieu & Wacquant, 1991/93, s.45).

Datasamlinga er innhenta gjennom ein systematisk gjennomgang med fokus på vitenskapsteoretiske aspekt av avhandlingane, der variablar innehar ulike kategoriar for systematisering av data. Kategorisystemet som nyttast, byggjer på same systematisering som Heymann (1995) og Petersen (1997/98) brukte i sine studiar i Danmark og Sverige vedrørande samsvarande problematikk. Tillating til å nytte dette ligg til grunn. Ved påbyrjing av gjennomgangen av oppgåvene, vart kategoriane meir tilpassa norske forhold, samt nokre nye kategoriar kom til for å gje større datarikdom. For å fange kompleksiteten, er kategoriane utforma i tråd med den framkomne hovudtyngda i materialet (jmf. vedlegg nr.2 og 3).

Alle arbeida er lest frå perm til perm, og har vore gjennomgått tre gonger på grundig måta. Kategoriskjema vart fylt ut ved fyrstegangs gjennomlesing, for så å bli kontrollert og supplert ved andregangs gjennomlesing. Ved den samla kategorisering, der alle verdiar har blitt oppsummert, har arbeida på ny blitt gjennomgått to gonger som ein endeleg kontroll over dei val og plasseringar som er blitt gjort. Kollega og medstudent har vore aktivt med i høve utforminga av nye kategoriar og ved endeleg kategorisering. Sjølve arbeidet med gjennomlesing, kategorisering og endeleg oppsummering av alle arbeida, har tatt seks månader, der det har blitt jobba iherdig. Tidvis har det vore vanskeleg, og ein har stilt seg spørsmål om det i det heile er mogleg å oppsummere desse arbeida gjennom eit kategorisystem. Sjølve intensjonen ved det heile har då måtta bli dratt fram – å prøve skape eit bilete av hovudtendensar som desse arbeida synleggjer, for å igjen mogleg nærme seg ei gjenskaping, ein konstruksjon av dette området som vi kallar sjukepleievitenskap gjennom aktuelle periode.

Dei undersøkte arbeida har blitt behandla med respekt og audmjuke. Stor grad av arbeid har blitt lagt ned for å gjengjeve det kategoriane søker svar på mest mogleg korrekt. Gjentekne gonger har eige inntrykk blitt utfordra og krysskontrollert. Likevel er ein del av sanninga at eit kategorisystem ikkje kan fange inn alt. Overgangane er tidvis glidande, og det kan vere

vanskeleg å fylgje eit system som ved kategorisering på mange vis kan vere rigid. Der det har vore vanskeleg, har det blitt søkt råd, og plasseringane har skjedd etter beste evne og etter det som har blitt ansett som hovudtyngda ved materialet. Dette til tross, det kan ikkje utelukkast at andre hadde gjort andre val og vurderingar. Som i einkvar forskingsprosess eller livssituasjon vil vår personlege og profesjonelle ballast forme oss og til dels orientere våre handlingar. Det same vil òg vere tilfelle ved t.d. eit intervju, kva spørsmål ein vel å stille, korleis ein vel å tolke det som vert sagt og kva ein vel å fylgje opp som hovudessens.

Etter månader med hardt arbeid, er fangsten nokre tal, som vert framstilt skjematisk i prosentdel av samla populasjon. Det kan synast magert, sjølv om det er intensjonen ved det heile. Den store arbeidsmengd som ligg bak kvart og eitt av desse tala, må likevel kommenterast. Ingen talverdi er tilfeldig plassert, alle teoriar, referansar og hovudtendensar er nedteikna, og kan framvisast som støtte for dei val som er gjort (jmf. vedlegg nr. 7, tilgjengeleg pr mail/ISF). Ein kvar forskingsprosess skal kunne synleggjere og forsvare dei val som har blitt tatt. Viser i samband med dette til pkt. 3.5 samt til vedlegg nr. 3 der det gjevast ein gjennomgang av kvart einskild spørsmål/variabel og tilhøyrande kategoriar, for å vise kva desse har intensjon om å fange inn og på kva grunnlag talverdiane har kome fram.

Kategorisystemet er utarbeida med tre aspekt som bakgrunn - området sjølvforståing/kvardagslege framstilling av eiga verksemd, meir administrative og institusjonelle oppdelingar og oppgåvenes teoretiske omgrepsett (Petersen, 1997/98, s. 159). Det takast sikte på å framskaffe ei oversikt over dei innhaldsmessige aspekt i tekstmassen, kva som *faktisk* gjerast under det akademiske sjukepleievitskapsfag, kanskje til skilnad frå den sjølvforståing som vert presentert. Tanken er at både agentanes måte å arbeide på og tekstanes innhald og framstilling uttrykkjer ei stillingstaking vedrørande den sjukepleievitskaplege akademiseringsprosess. Kategoriane for systematisering av dei data som ynskjust belyst, har som siktemål å gjennom ulike synsvinklar få tak på kompleksiteten i materialet. Nokre hovudaspekt ved dette kan kort nemnast. Ei sentral antaking som det vart søkt svar på er om sjukepleievitskap er avhengig av andre disiplinar for å kunne definere sitt eige innhald? I kor stor grad vert diskursen bestemt av hjelpedisiplinar? I norsk samanheng synest sjukepleieforskinga å søkje legitimitet gjennom ei tiltenkt praktisk nytteeffekt (Juvkam, 1985, Kirkevold, 1996). Eit interessant aspekt for undersøking har vore om arbeida har hatt hovudfokus på det som kan omtalast som sjukepleie klinikk; agentane prøver å skape ein ny vitskap på det opphavlege praktikarfags grunn, som i sjølvframstillinga kallast klinisk sjukepleie? Eller kan arbeida ansjåast som ein freistnad på å arbeide med ein vitskap *om* pleie

og omsorg? Kven er avhandlingas populasjon? Kva er avhandlingas objekt? Og, kanskje ikkje minst, kva metodiske tilgang og vitskapsgrein vert nytta? Viser enno medisin seg som konstituerande for sjukepleie på dette område, trass i freistnaden på å markere det motsette? Dette ville i så fall vere eit paradoks - der ein vil bli anerkjent som noko uavhengig, eige og sjølvstendig samstundes som ein er innvoven i den medisinske behandlingsspraksis. Vidare vert det gjort ein freistnad på å prøve undersøkje om desse arbeid, namna som sjukepleie vitskaplege, omhandlar teori som vedrører spørsmål av typen *kva er det?* Og – *korleis kan det forklarast?* Eller er det hovudfokus på teknologisk vitskap, som svarer på spørsmålet *korleis kan dette gjerast betre?* Vedrører avhandlingane især assistering ved medisinsk behandling eller er det omsorg, å ta vare på, som omhandlast? Det må presiserast at det her ikkje har vore gjort forsøk på innføring av dikotomi, då overgangane viser seg flytande.

3.5. Forskingsprosessens rammer og arbeidets vilkår

Bourdieu vektlegg at forskingsprosessen ikkje er eit show eller ei utstilling der ein går inn for å verte sett og verdsett. I staden er det ein diskurs der ein avslører seg i. Undervegs råder forvirring, ein grumsete tilstand som etterkvart leier fram til ei ferdig form. Ein presentasjon undervegs kan risikere at ein støyter i mot eit bilete av seg sjølv som ein eigentleg ynskje å verne om (Bourdieu & Wacquant, 1991/93, s. 200).

Å gjennomføre dette arbeidet, og å prøve gjere det i ”Bourdieuisk ånd,” har vore svært vanskeleg. Der ein kontinuerleg sette von til at det heile skulle openbare seg ved å stadig erverve meir kunnskap om Bourdieu og hans måte å arbeide på, vart det snarare slik at ein, meir og meir, såg dei avgrensingar dette medførte for arbeidet i ein mastersamheng

I Bourdieuisk ånd, var den opphavlege tanke nettopp å både fange inn dei objektive strukturar, praktikk, og det sjukepleiaren på dette område *sjølv* opplever å gjere, symbolikk. Tanken var å gjennomføre to delundersøkingar; vitskapsteoretisk analyse av avhandlingane *samt* spørjeskjemaundersøking av forfatarane til dei aktuelle oppgåvene. Slik var tanken *både* å prøve fange agentanes sjølvforståing av kva dei gjer, få klarleik i dei bakgrunns- kapitalar dei bringer med seg inn i det akademiske landskap, samt gjennom kategoriseringsarbeidet med fokus på vitskapsteoretiske aspekt sjå på korleis dette *faktisk* materialiserer seg. Slik ville aktørane kome til uttrykk gjennom to måtar - både kva dei seier dei gjer, og korleis dette faktisk materialiser seg, noko som kunne gitt grunnlag for studiens opphavlege intensjon – ei feltanalyse vedrørande sjukepleiarens posisjon ut frå disposisjonar og moglege disposisjoneringar i det akademiske felt. Det måtte diverre akseptast at dette hadde blitt eit

for omfattande prosjekt i mastersamanheng. Difor vert det i aktuelle studie gjort avgrensing til ein systematisk gjennomgang med fokus på vitskapsteoretiske aspekt ved masteroppgåvene innan aktuelle periode, med føremål å fokusere på korleis sjukepleievitskap gjennom desse materialiserer seg. Vona er at prosjektet ved seinare høve kan byggast vidare på, i tråd med opphavleg intensjon, der det kan undersøkjast kva meiningar og erfaringar aktørane har om denne praktikk, deira sjølvforståing vedrørande kva dei gjer innan akademia, samt kva kapitalar sjukepleiaren bringer med inn i sitt akademiske arbeid.

Det vert vidare forsøkt å nærme seg ei forståing for korleis det kan ha seg at dei aktuelle resultat framstår som dei gjer. Den stillingstaking som masteroppgåvene gjennom den kategoriske systematisering avslører, vil bli diskutert og sett i lys av kontekstuelle og historiske forhold. Bourdieus studie *Homo Academicus* (1996) har blitt vist til som eit bakteppe for aktuelle studie, trass i om ikkje samanlikning kan finne stad med den komplekse metodiske framgangsmåte Bourdieu framviser. Ut frå omfangsmessige avgrensingar kan ikkje dette studie ha intensjon om å fullstendig konstruere den del av universitetsfeltet som populasjonen er henta ifrå, eller sjukepleievitskap som område innan eit større universitetsfelt. Ei heller framkjem dei disposisjonar aktørane har med inn i dette feltet som vil vere medbestemmande for posisjon. I aktuelle studie må rekonstruksjonen avgrensast til å gjelde historiske aspekt ved sjukepleias veg mot akademia, strukturelle og innhaldsmessige rammer for sjukepleievitskap ved etablering og i notid, samt sentrale interesseposisjonar representert ved profilar innan sjukepleievitskap som kontekst ved universitetet i Bergen i fortid og i dag. Dette vil utgjere ein del av studien sin empiri, og vil verte trekt inn i diskusjonen kring studiens resultat. Det kan antakast at både historiske føresetnadar, strukturelle og innhaldsmessige moment ved studieorganisering og aktørar i sentrale posisjonar innan dette miljø, kan gjenspeglast gjennom måten oppgåvene vert løyst på.

Som alle andre arbeid som påropar seg å ynskje vere av vitskapleg kvalitet, skal det òg ved dette studie tydeleggjerast for lesaren korleis kunnskapen kjem fram og kva vilkår som ligg til grunn for arbeidet. Som tidlegare nemnt, var gjennomgongen av oppgåvene og sjølvve kategoriseringsarbeidet ein prosess det vart brukt tid på (jmf. pkt.3.4). Det vart søkt råd hjå vegleiar og hjå medstudentar i forskargruppa for råd og korrigering undervegs. Både pensumlister, personell- og vegleiar oversikt, studieplanar, forfataroversikt for masteroppgåvene og skisser frå arbeidsprosessen med kategoriseringsarbeidet er tilgjengeleg som eige mappvedlegg pr mail ved ISF. I vedlegg nr. 3 forklarast dei ulike kategoriar og kva desse ynskjer fange opp. Masteroppgåvene er vidare ansett å vere eit offentleg dokument, og

er tilgjengelege for innsyn ved universitetsbiblioteka og til dels ved ISF. Under kategoriseringsarbeidet framkom mange aspekt som hadde vore interessante å fylgje vidare opp, men som igjen av omfangsmessige omsyn ikkje kunne late seg gjennomføre i denne samanheng. Det vil difor verte gjort visse val i høve kva som vert tatt vidare til diskusjon i denne omgong.

Studiens datamateriale vil verte behandla kvantitativt og framstilt skjematisk utrekna i prosentdel av samla populasjon. Dette er i tråd med studiens intensjon, å søkje kva hovudtendensar som trer fram gjennom materialet, med siktemål å sjå kva val som i *hovudsak* gjennom aktuelle periode orienterer sjukepleiaren som akademisk aktør. Det innhaldsmessige aspekt i tekstmassen, kva som *faktisk* gjerast under det akademiske sjukepleievitskapsfag kanskje til skilnad frå den sjølvforståing som gjennom arbeida vert presentert, vert søkt gjengjeve. Tanken er at både aktørane må å arbeide på og tekstanes framstilling uttrykkjer ei stillingstaking vedrørande den sjukepleievitskaplege akademiseringsprosess.

Etter ein lang prosess er det altså, ut frå naudsynte avgrensingar, denne form arbeidet tok og dei fylgjande tema som vert tatt vidare til diskusjon. Ut frå denne aktuelle periode og på dette aktuelle universitet representerer resultata dei hovudtendensar som kjem fram. Desse kunne kanskje teke ei heilt anna form ved utføring av denne undersøkinga ved eit anna universitet i Noreg, eller ved til dømes masterutdanninga innan klinisk sjukepleie på høgskulen i Bergen. Men rammene rundt akkurat dette arbeidet er sett og dei fylgjande funn er relatert til nettopp desse avgrensingar.

Det kan truleg stillast spørsmål til om prosjektets intensjonar i utgangspunktet var for store. Men, på same måte som vegen vert til mens ein går, så har dette prosjektet - og mi forståing for Bourdieus måte å arbeide på – vore ein prosess som har utvikla seg gjennom arbeidet. Nettopp difor er det òg blitt via mykje rom for å gje ei framstilling av Bourdieu sin bakgrunn, hans teoretiske omgrep som tek form gjennom den empiriske verksemd og hans grunnleggande forståing kring teori og praksis. Bourdieu representerer ei nyorientering som òg i si tid vil vise seg i dei framtidige arbeid som vert avlagt innan sjukepleievitskap ved ISF.

Trass i avgrensingar og ulike omstende kring dette studiet, er det likevel ei von at å fokusere på korleis desse masteroppgåvene framstår som ferdig produkt i aktuelle tidsepoke kan ansjåast å vere av vesentleg interesse som grunnlag for diskusjon i høve kva som vert presentert som sjukepleievitskaplege arbeid.

3.6. Sosioanalyse av forfattere

"Kanskje fordi jeg hadde en mindre abstrakt ide enn andre mennesker om hva det vil si å være fjellbonde, var jeg også, og i nøyaktig den utstrekning, oppmerksom på at avstanden er uoverkommelig, uomgjengelig, unntatt gjennom selvbedrag" (Bourdieu, 1980/90, ref. i Wilken, 2008, s.18).

Forfattere av dette studiet er sjølv i den gruppa sjukepleiarar som etter mange års praksis no er masterstudent ved universitetet. Frå å vere i klinikken, opptatt av sin praksis og korleis gjere ting på best mogleg måte står ein no i ferd med å skulle gjere eit arbeid av vitskapleg karakter, med det akademisk landskap som rammer for agering.

Kva interesse har så forfattere av å gjere eit studie av dette som omtalast som sjukepleievitskap, historia kring tilblivinga og måten dette materialiserer seg på? Frå kva posisjon taler eg som forfattere av dette studiet og kva har vore med på å forme mi historie og den kapital eg bringer med inn i det akademiske landskap? Korleis kan det ha seg at nettopp eg valte å utdanne meg til sjukepleiar, valte å ta ei universitetsutdanning, valte akkurat dette forskingsobjekt og vel å studere dette på denne måten? For å søkje svar på desse spørsmål, må eg som forfattare *sjølv* gjere meg til gjenstand for analyse. Bourdieu var opptatt av sjølvrefleksjon og å vende dei vitskaplege reiskapar mot seg sjølv i sine studiar (Bourdieu & Wacquant, 1991/93, s. 44). Sjølvrefleksjonen er ikkje berre ein refleksjon kring livserfaringa til subjektet - utført av *subjektet om subjektet*. òg kognitive og organisasjonsmessige strukturar har påverknad. Bourdieu sin sjølvrefleksjon rokkar ved førestillinga om å vere fri frå sosiale føringar, og representerer nettopp det som tillet oss å frigjere oss frå illusjonen om fullstendig fridom ... "*ved at den får oss til å oppdage det sosiale i hjartet av det individuelle, det upersonlege løynd i det intime, det universelle som ligg nedgrave djupast i det som er særlege*" (Bourdieu & Wacquant, 1991/93, s. 47-48). Difor vert det no gjort ein freistnad på å rekonstruere aspekt ved dei sosiale, økonomiske og kulturelle kapitalar som har omgitt meg og som har vore med å forme dei val og posisjonar eg til no har hatt, og i det arbeid eg er i ferd med å gjere.

Eg vart fødd i utkants Noreg i 1972 på ein liten, forblåst og øydeliggande stad - plassert mellom hav og himmel. Eg var yngst av tre sysken. Mine brør var mange år eldre og i ferd med å verte vaksne og forlate heimen. Mine foreldre vart baa i ung alder råka av kronisk sjukdom, noko som medførte at min far måtte avslutta sitt arbeid som fiskar. Mi mor hadde

vore heimearbeidande sidan fyrste barn. Mine foreldres sjukdom medførte eit auka ansvarsforhold for både meg og mine eldre sysken. Dette vart forsterka då min eine bror miste livet i ei ulukke. Langt utanfor rekkevidde til hjelp og støtte for lindring av tapet, vart det ei uforløyst sorg som familien alltid sidan bar med seg. I griskrendte strøk, lærer ein tidleg å vere i sitt eige selskap. Ein lærer å *vere* åleine - og å *bere* åleine. Dette vil fylgje ein vidare, om enn ikkje i den grad at ein avstår frå gleder i det sosiale fellesskap.

Familien livnærte seg ved gardsdrift og fiske, noko som ikkje alltid gav stor avkastning. Ute ved kysten er jordfleckane små, og vêret styrer grada av fiske. Vêret var faktisk ein faktor av overordna tyding - staden vert rekna for Noregs mest vêrharde plass. Ein lærte tidleg respekt for stormen, og for havet. Storbåra hadde røva mange liv. Ein levde *med* vêret, faktisk vart vêr og vind omtalt i personifisert form, som "han". Forholdet til naturen vart sterkt; respekt for kreftene som ikkje kunne styrast og ei inderleg ro når stormen stilna og ein kunne sitje ved fjøresteinane der båra for litt sidan hadde piska alt bort og ført det til havs. Ved sida av naturkreftene utgjorde kristendomen ein sentral dimensjon gjennom oppveksten. I desse vestlandske utkantsbygdene vaks bedehusmiljøet, indremisjonen og misjonssambandet seg sterkt, og tok ein posisjon som normativ i høve kva som vart ansett som rett livsførsel - eller synd. Det var dei menneskeskapte bod som gjaldt, snarare enn dei 10 bod i Mosesbøkene. Var du ikkje med, var du i mot, og risikoen var stor – evig fortaping. Dette vart noko som prega menneska som levde i desse samfunn. Trass i det ubestridedeleg faktum at det beint fram var umogleg å leve opp til dei uskrivne ideal, var det vanskeleg å vedkjenne seg som ein syndar. Dersom du melde deg ut, var du ein utstøytt. Det var ein evig kamp – mellom gud og djevel, mellom storm og stille, mellom livsglede og sjølvdisiplin. Samstundes fekk ein inkorporert grunnverdiar om nestekjærleik og omsorg for den trengande, om å gjere det gode med von om løn i himmelen. Ein kan undrast om dette medverka til nettopp eit framtidig val som sjukepleiar.

Trass i at landet vårt på denne tid var prega av velferdsstatens framvekst – generert av oljefunna i Nordsjøens økonomiske optimisme, veksande velstand og stadig større privat forbruk, var ikkje overflod det som prega familiens liv gjennom barndom og oppvekst. Kombinasjonen lav utdanning og tidleg sjukdom gav ikkje den store innkoma til familien. Likevel mangla vi korkje mat eller vesentleg anna. Men ein lærte tidleg å nøye seg med lite, ikkje bruke i overflod og ta godt vare på det ein hadde. Livet var ingen lek, å slite var ein del

av det. Forlysting var luksus, eit sløseri som slett ikkje måtte førekome for ofte. Dette vart integrert som noko ein ikkje stilte vidare spørsmål ved.

Garden hadde vore i familien i over 250 år. Deler av huset var like gammalt, og historiene om dei som hadde levd sitt liv her, vart ikkje gløymt. Det største huset i bygda og den garden med mest dyrka mark, samt utmark og tilhøyrande skog. Ein viss stoltheit, tilhøyrslø og rotfeste i ei historie fylgde med dette. Generasjonane hadde i stor grad fylgd same tråd – bønder og fiskarar. Denne kjensla mellom å føle ei tilhøyrslø og samstundes ynskje noko meir fylgde meg frå barnsbein. Trass i at min oppvekst fann stad i ei tid der samfunnet var i endring, dei tradisjonelle kjønnsrollene forandra seg, auka velferd og medfylgjande auka moglegheit i høve utdanning og yrkesval, var dette likevel ikkje heilt integrert i det samfunn eg vaks opp. Nytteeffekt av skulegang utover det pålagte, var her ikkje opplagt. Ei historie om mors tante – som var intelligent og som studerte seg til galskap og livslang innlegging på mentalsjukehus, vart stadig dvela ved. Det praktiske arbeid var det som sette mat på bordet, som vart sett og verdsett.

For å ta vidare skulegang, måtte ein flytte heimanfrå etter folkeskule. Mine foreldre sette seg ikkje i mot, men ivra heller ikkje for vidare utdanning. Det fyrste valet i denne samanheng gjaldt artium. Det var eit vanskeleg standpunkt å ta, då eg følte på ansvarskjensla for mine foreldre som siste barn til å forlate redet. Men, trong etter å gjere noko meir gjorde at ein likevel tok steget. Like fullt var dette under ein tvil som ikkje ville sleppe taket - og som kanskje enno ikkje har gjort det. Eg vart såleis den fyrste i mi familie med fullført artium og moglegheit til å ta høgare utdanning. Dette representerte eit brot med den skulegang og den yrkestradisjon som til no hadde vore vanleg i mi familie. Etter artium stod eit nytt val for tur. Kva skulle ein eigentleg verte? Ut frå karakterane hadde eg mange valmoglegheiter. Av desse kan det nemnast at eg søkte medisinstudiet og sjukepleieutdanninga. Eg kom inn på baa, men valte det siste. Det kan spekulerast mykje på kvifor. Ei kjensle av at sjukepleie var meir akseptert i det miljøet som omgav meg? Eit framhald av hjelperolla som tidleg vart integrert som erfaring og som ein var kjent med frå si historie? Eller manglande mot og tru på egne ressursar? Kanskje ein kombinasjon. Livet på landsbygda var forma av mange uskrivne reglar, ein følte ei riving mellom å ville vere ein del av det som vart framstilt som trygt, enkelt og godt og ikkje skilje seg ut frå dette. Kanskje derav dette valet. Samstundes følte ein på moment som ikkje var udelt positive, som ein ville bevege seg bort frå, ein ville noko meir.

Respekten for pleie av trengande har alltid vore tilstades, men mitt val av sjukepleie var ikkje ein livsdraum som vart fullbyrda. Undervegs i utdanninga hadde eg ofte tankar om moglegheita til å endre utdanningsretning etter fullført utdanning. Desse utsiktene vart endra. Eg gifta meg og fekk mitt fyrste barn i siste studie år. Utgifter til bustad, barn og barnehageplass kravde ein jobb og ei fast innkome etter at tittelen sjukepleiar var oppnådd. Eg hadde alltid næra interesse for psykiatri. Å vere tilstades og hjelpe menneske som slit psykisk, har alltid stått mitt hjarte nær. Dette området vart difor eit naturleg arbeidsområde, noko som seinare vart fylgd opp med vidareutdanning. Arenaene for mitt arbeide innan psykiatri har vore mange. Frå alvorleg psykisk lidning, som psykotiske tilstander, schizofreni, til lettare psykiske lidningar som angst og depresjon. Innan dei ulike arenaer har eg òg innehatt ulike stillingsnamningar, mest som avdelingsleiar og psykiatrisk sjukepleiar. Trass i om teoretisk kunnskap vart integrert, har det ofte gjennom åra som psykiatrisk sjukepleiar slått meg at det heile vert for rigid, for styrt etter rutineprega reglar og kriterium for observasjon og handtering av ulike diagnosetilstandar. For - den verkelege kontakten med eit anna menneske har eg følt å oppnå ved å vere tilstades, gjere noko i saman, kort sagt i kvaliteten av den praktisk relasjon. Denne kan ikkje til fulles verte styrt av reglar, diagnosar og kriterium for kva som er normalt og unormalt i teorien. Teori kan aldri fortelje heile sanninga og nyttast til direkte praktisk bruk. Måten å gjere ting på, korleis skape tryggleik og tillit, formidling av å verkeleg bry seg kan ikkje tileignast gjennom ei teoretisk oppskrift. I svært mange situasjonar følte eg verkeleg på *den ulike logikken* som teori og praksis byggjer på.

Praksis har likevel stått mitt hjarte nær. Ein innfinn seg med sin situasjon og freistar gjere sitt beste. Men forholda var langt frå i tilstrekkeleg grad lagt til rette for fremjing av kjensla av at det var mogleg å gjere ein tilfredstillande jobb. Ei kjensle som etterkvart vart sterkare var mangelen på tid, dei springande oppgåvene, å inneha ei rolle som innebar ein multifunksjon. I stadig større grad stilte eg meg sjølv spørsmål vedrørande *kva* som var sjukepleiarens eigentlege oppgåve? At sjukepleiarens rolle var av uvurderleg tyding for at det medisinske system skulle fungere, var tydeleg. Men, å yte omsorg på ein god måte var det lite tid til. I tiltakande grad merka ein ”krava” om meir utdanning, meir status, meir myndigheit.

Eg fekk ytterlegare to born, større hus, større lån og alt som høyrer med. Lange vakter, uregelmessig arbeidstid, mangel på sjukepleiarar, sprengde pasientlister, ansvaret for stort. Ei kjensle ein måte leve med og halde ut kvar vakt og fyrst puste letta ut kvar gang ein gjekk frå jobb – og alle pasientane var i live. Trussel om sjølv mord og sjølvskading var stor blant

pasientgruppa eg jobba med. Dette måtte handterast som del av å vere profesjonell, men det var nærast umogleg å ikkje ta det personleg dersom slikt skjedde på akkurat di vakt.

I 2008 vart eg sjuk, og alt stoppa brått opp ei periode. Ei tid måtte ein leve i uvisse i høve alvorret og prognose. I denne periode kom det òg fram at eg har ein kronisk sjukdom, noko som no var i forverring. Det kom til eit punkt der eg følte at det var nok slit, nok å bere og ei tomheit i høve å ikkje ha meir å gje. Det føltes vanskeleg å sjå fram på ytterlegare 30 år i same situasjon, men likevel hardt å innrømme at ein måtte trekkje inn årane. Eit svik mot rolla som utrøyttelig hjelpar og profesjonell i si handtering av situasjon.

Tanken om å endeleg ta ei universitetsutdanning hadde i åras løp vore framme, men fort blitt skyvd bort då det i ei etableringsfase ikkje var økonomisk rom for dette. Min mann, som tok utdanning parallelt med meg, men innan ingeniørfaget, hadde arbeidd innan det private med rask lønnsstiging. Økonomien var sikker og det var no rom og positiv stemning innan familien til at eg kunne påbyrje noko nytt. Eg gjekk inn i dette med eit opent sinn. Det var heller ikkje sjukepleievitskap som vart søkt og påbyrja, men master i helsefremjande arbeid og helsepsykologi. Ei vag, til dels uavklart førestilling om å vanskeleg sjå føre seg sjukepleie som vitskap hadde lagt der heilt sidan grunnutdanninga, og var kanskje utslagsgjevande for dette val. Første semester var felles for alle helsefag. Likevel vaks det fram ein gryande tvil om det faktisk var eit riktig val. Mange medstudentar hadde anna bakgrunn, ein stor del berre frå teori. Ein følte ikkje tilhøyrsla. Talte ulike ”språk”, hadde ulike grunnhaldningar og tenkjesett. Det var overraskande å måtte innrømme, men det var tydeleg at sjukepleie praksisen gjennom 14 år hadde sett sine spor. Noko var blitt integrert, ei gruppetilhøyrsla var likevel tilstades, utan at det heilt let seg gjere å setje ord på kva dette integrerte var. Eit overflytting var mogleg og let seg gjennomføre, noko som for meg kom til å få stor tyding. Verda vart litt snudd på hovudet denne vinteren. Gamle sanningar måtte utfordrast og spørsmål ved kva ulike fenomen *eigentleg* handla om, vart vesentleg. Møtet med Pierre Bourdieu representerte ein ny tenkjemåte ved betrakting av både teori og praksis, relatert til sjukepleie og utdanningsforhold, medisin og sosiale system.

Trass i at akademia var eit nytt og til dels ukjent landskap, var det likevel ting som vart presentert som sjølvfylgjelege, som korleis utføre ein master, tida ein skulle bruke på dette, tilgjengelege vegleiarar, kva vegleiarar som ”stod høgt i kurs”, kva metodiske tilgang som kunne veljast, kva som vart lagt i namninga sjukepleievitskap og kva sjukepleievitskap skulle nyttast til. Allereie ved studiets fyrste dagar, vart det oppmoda til å tidleg klargjere tema for

masterprosjektet, ein vart motivert til å hente dette frå eigen praksis. Å nytte Bourdieu ville representere eit brot med dette, og var difor utfordrande. Min intensjon vart altså å prøve *tenke med* Bourdieu – og utfordre dei ”sanningar” som hadde vore gjeldande og som vart presentert i møte med dette nye sosiale rom. Med andre ord – å *utfordre tryggleik ved at vi veit kva vi taler om*.

Sjuepleievitskapen var enno i si grying ved mi grunnutdanning, noko som medførte at ein ikkje fekk ta del i den vektlegginga av forskning, metode og vitskapsteori som er framtrudande i dagens sjuepleieutdanning. Likevel har eg alltid vore opptatt av det unike ved praksis, teoriens rolle i praksis og at dette kviler på ulike former for kunnskap. Eg har undrast over korleis eit praktisk fag som sjuepleie kan omgjerast til vitskap. Praksis er så mykje meir enn teori, gjennom handlaget som viser merksemd, blikket som viser medkjensle og tilliten som grunnlaget for den gode relasjon. Korleis kan dette gjerast til grunnlag for vitskap? Mitt forhold til fenomenet sjuepleievitskap har altså romma fleire aspekt – ei antaking og oppfatting frå starten og eit gjenstandsområde for auka refleksjon gjennom masterstudiet, som medførte ei medvitsgjering av at ontologiske og epistemologiske antakingar ligg inkorporert og vil forme vårt møte med - og skildring av verda.

Dette gav interesse for å sjå på korleis sjuepleievitskap materialiserer seg gjennom masteroppgåver, som utgjer eit springbrett mot forskingsposisjon. Er det *denne* kunnskap og på det tilgrunnleggande erkjenningssgrunnlag som skal ansjåast som vegleiande for praksis? Kva premisser ligg egentleg bak dette område som vert påropt som sjølvstendig og korleis kan det ha seg at dette framstår slik? Dette var forfattarens utgangsposisjon. Gjennom kategoriseringsarbeidet har lojalitet i høve det desse oppgåvene faktisk *seier*, vore mitt fremste ideal. Samstundes som eg sjølv er i tilsvarande skriveprosess, har det blitt forsøkt å skape ein distanse til det skrivne ord. Like fullt er det slik at teksten kan appellere i større eller mindre grad. Difor har eg gått igjennom tekstane igjen og igjen, testa meg sjølv. Brukt tid på prosessen. Latt materialet modne. Søkt råd hjå medstudentar. Som forskar vil ein likevel alltid vere i ein posisjon der ein gjer val som vil prege det materialet som framkjem. Dette vil gjelde ved alle empiriske metoder, i ei analyse av tekst så vel som eit intervjumateriale.

Dersom ein står utanfor feltet, kan ein lettare diskutere og problematisere feltets premisser (Wilken, 2008, s.43). Samstundes er dette eit felt som eg sjølv er på veg inn i. Ein nykomar med praktisk ballast på veg inn i det akademiske landskap – på lik line med forfattarane bak det materiale som i det fylgjande vert presentert.

4.0. Empiri

4.1. Presentasjon av funn frå kategoriseringsarbeidet

Spm 1. Kva språk oppgåva er utgitt på?

	Antal	Samla populasj. 42 oppg. 100%
<u>1.Innleiing norsk, artikkel engelsk</u>	6	14,3%
<u>2.Innleiing norsk, artikkel norsk</u>	6	14,3%
<u>3.Innleiing engelsk, artikkel engelsk</u>	1	2,4%
<u>4.Innlevering masteroppgåve - norsk</u>	27	64,3%
<u>5.Innlevering masteroppgåve - engelsk</u>	2	4,8%

Spm.2. Kva kjønn har oppgåvas forfattar?

	Antal	Samla populasj. 42 oppg. 100%
<u>1.Mann</u>	2	4,8 %
<u>2.Kvinne</u>	40	95,2 %.

Spm.3. Kva måte er oppgåva offentleggjort?

	Antal	Samla populasj, 42 oppg. 100%
<u>1.Innlevert som master og publisert som artikkel i fagforeining – NSF</u>	1	2,4 %
<u>2.Innlevert som masteroppgåve men ikkje kjent publisert</u>	25	59,5 %
<u>3.Innlevert som master og publisert som artikkel i tidsskrift</u>	5	11,9 %
<u>4.Innlevert som master og artikkel –uklart kvar publisert</u>	5	11,9 %
<u>5.Innlevert som masteroppgåve, publisert på nett –Bora/ Brage og som l artikkel i Sykepleien Forsking</u>	1	2,4 %

6. Innlevert som master og publisert

på nett- Bora/Brage	4	9,5 %
---------------------	---	-------

7. Innlevert som master og publisert på nett

Brage, samt artikkel, uklart kvar publisert	1	2,4 %.
---------------------------------------------	---	--------

Spm.4. Angjev artiklar av kvalitativ populasjon

	Antal	Samla populasj.30 oppg. 100%
1. Antal artiklar	7	23,3 %

Spm.5. Angjev artiklar av kvantitativ populasjon

	Antal	Samla populasj.11 oppg. 100%
1. Antal artiklar	6	54,5 %

Spm.6. Angjev kvar forfattar hentar inspirasjon for studiets problemstilling?

	Antal	Samla populasj.42 oppg. 100%
1. Problemstilling bygger på erfaringar frå eigen kliniske praksis	34	81%

Rommar:

erfaring frå praksis	27
----------------------	----

eigen praksis sett i kritisk lys	7
----------------------------------	---

2. Problemstillinga har utvikla seg

gjennom masterstudiet	0	0 %
-----------------------	---	-----

3. Anna	8	19 %.
---------	---	-------

Spm. 7. Angjev om studiet har eit spesifikt sjukepleiefokus

	Antal	Samla populasj.42 oppg. 100%
1. Studiet har eit spesifikt sjukepleiefokus	25	59,5%.

2.Studiet har eit tverrfagleg

<u>helsepersonell fokus</u>	<u>14</u>	<u>33,3 %.</u>
-----------------------------	-----------	----------------

3.Studiet har eit tverrfagleg helsepersonell

fokus, men sjukepleiar nemnast

<u>spesifikt innimellom</u>	<u>3</u>	<u>7,1 %</u>
-----------------------------	----------	--------------

Spm 8. Angjev oppgåvas status.

	Antal	Samla populasj.42 oppg. 100%
<u>1.Empirisk/teoretisk-eklektisk</u>	<u>31</u>	<u>73,8 %</u>
<u>2.Teoretisk</u>	<u>0</u>	<u>0%</u>
<u>3.Empirisk/teoretisk</u>	<u>5</u>	<u>11,9 %</u>
<u>4.Empirisk –med medisinsk fagterm som teori</u>	<u>6</u>	<u>14,3%</u>

Spm 9. Angjev om teori vert bestemt før eller etter innhenting av empiri (konstruerer ein sin teori etter dei erfaringar ein gjer ved empiriinnsamling)

	Antal	Samla populasj. 42 oppg. 100%
<u>1.Teori klargjerast før innhenting av empiri</u>	<u>14</u>	<u>33,3 %</u>
<u>2.Medisinsk fagterm klargjerast før innhenting av empiri</u>	<u>6</u>	<u>14,3 %</u>
<u>3.Teori veljast ut frå empiriske funn</u>	<u>12</u>	<u>28,6 %</u>
<u>4.Teori veljast delvis etter empiri, klargjerast før men ny hovudteori trekkjast inn etter empiri</u>	<u>5</u>	<u>11,9 %</u>
<u>5.Teori trekkjast inn gjennom prosessen –omtalt som I tråd med hermeneutisk fortolkingsprosess</u>	<u>4</u>	<u>9,5 %</u>
<u>6.Uklart om teori veljast før eller etter empiri</u>	<u>1</u>	<u>2,4 %</u>

Altså 21 oppgåver = 50% der teori vert trekt inn gjennom prosessen og eller etter empiri

Spm 10. Angjev oppgåvas generelle metode.

	Antal	Samla populasj. 42 oppg. 100%
<u>1.Empirisk fundert</u>	<u>11</u>	<u>26,2 %</u>

2. Empirisk fundert men viser til metodisk

<u>bakgrunnsteori</u>	<u>3</u>	<u>7,1 %</u>
-----------------------	----------	--------------

3. Filosofisk/ Metateoretisk forankring, men nytta empirisk for å søkje/fortolke opplevd praktisk erfaring/subjektiv oppleving (inkludert fenomenologisk og/ eller hermeneutisk

<u>forankring i høve kvalitativ metode) rommar;</u>	<u>28</u>	<u>66,7 %</u>
-----------------------------------------------------	-----------	---------------

Fenomenologisk	6	
----------------	---	--

Hermeneutisk	7	
--------------	---	--

Fenomenologi og hermeneutikk	15	
------------------------------	----	--

4 av disse er fundert i filosofi, metateori – men komb. med metoder innan samfunnsvitskap

Spm 11. Angjev oppgåvas kvalitative/kvantitative metode.

	Antal	Samla populasj. 42 oppg. 100%
<u>1.Kvalitativ</u>	<u>30</u>	<u>71,4 %</u>
<u>2.Kvantitativ</u>	<u>11</u>	<u>26,2 %</u>
<u>3.Kvalitativ/kvantitativ</u>	<u>1</u>	<u>2,4 %</u>

Spm 12. Angjev kva empiriske metoder som nyttast i oppgåva.

	Antal	Samla populasj. 42 oppg. 100%
1. Tekstanalyse (dokumentanalyse og Kulturhistorisk, biografisk	2	4,8 %
<u>2. Systematisk litteraturgjennomgang</u>	<u>1</u>	<u>2,4 %</u>
<u>3. Intervju;</u>	<u>25</u>	<u>59,5 %</u>
Fokusgruppeintervju	5	
Brukarstyrt fokusgruppeintervju	1	
Djupne intervju	11	
Livsverdens intervju	1	
Kvalitativt forskingsintervju	6	

<u>Halvstrukturert utforskande intervju</u>	1	
<u>4.Spørjeskjema</u>	4	9,5 %
<u>5.Observasjon</u>	0	0 %
<u>6.Eksperiment/kvasieksperiment</u>	1	2,4 %
<u>7.Registrering av data/kartlegging</u>	0	0%
<u>8.Kombinasjon av metodar;</u>	<u>9</u>	<u>21,4 %</u>
Djupne intervju og observasjon	1	
Spørjeskjema og fokusgruppeintervju	1	
Individuelle intervju og analyse av statlege direktiv	1	
Metodetriangulering: (dokumentanalyse, observasjon/ feltforskning og kvalitativt forskingsintervju)	1	.
Survey, journalgjennomgang og standardisert måleapp.	1	
Spørjeskjema og standardisert måleapparat	3	
Journalgjennomgang og spørjeskjema	1	

Spm.13. Angjev om særskilte referansar nyttast i høve gjennomføring av kvalitativ metode

	Antal	Samla populasj.31 oppg.100%
<u>1.Malterud og Kvale</u>	11	35,5 %
<u>2.Malterud</u>	6	19,4 %
<u>3.Kvale</u>	5	16,1 %
<u>4.Krueger & Casey</u>	2	6,5 %
<u>5.Malterud, Kvale, Krueger & Casey</u>	3	9,7 %
<u>6.Malterud, Krueger & Casey & Wibeck</u>	1	3,2 %
<u>7.Malterud, Kvale & Wibeck</u>	1	3,2 %
<u>8.Andre</u>	2	6,5 %

Til saman nyttast Malterud og eller Kvale i hovudsak som referansar ved metodisk tilgang i 87,1 % av dei kvalitative arbeida..Wibeck, Krueger & Casey nyttast v/fokusgruppe intervju

Spm.14. Angjev om det nyttast særskilt framgangsmåte for analyse (ved fenomenologisk tilgang) Antal Samla populasj.31 oppg.100%

1.Giorgi fenomenologiske analysemodell (v/Malterud systematisk tekstkondensering)	17	54,8 %
2.Kombinasjon - Wibeck, Krueger & Casey, Giorgis fen. analysemodell	3	9,7 %
3.Krueger & Casey- long table approach	2	6,5 %
4.Kombinasjon Krueger & Casey samt Knodel	1	3,2 %
5.Kvales analysemåte	2	6,5 %
6.Markerer ynskje om å ikkje bruke spesifikk analyse framgangsmåte/nemner ikkje spesifikk analysemåte	6	19,4 %

Giorgis fenomenologiske analyse – heilt eller delvis nytta ved 64,5 % av dei kvalitative arbeid. Wibeck, Krueger & Casey nytta ved fokusgruppeintervju

Spm. 15. Angjev om vitenskapsteoretisk ståstad vert klargjort i oppgåva

Antal Samla populasj.42 oppg.100%

1.Vitenskapsteoretisk ståstad vert klargjort tydeleg, artikulert (i eige kapitel), samt trekt opp som grunnlag for metodeval	3	7,1 %
2.Vitenskapsteoretisk ståstad framkjem tydeleg, men vert ikkje artikulert - viser til metodologi eller grunnleggjend for metodeval og omhandlar fenomenologi og/eller hermeneutikk (i større eller mindre grad)	24	57,1 %
3.Vitenskapsteoretisk ståstad vert ikkje omhandla/artikulert, men nemnast kort at kval. metode har utspring i fen - herm. tradisjonar, samt nyttar fenomenologisk analyse og fen. teori.	1	2,4 %
4.Vitenskapsteoretisk ståstad vert ikkje omhandla, heller ikkje omtalt i samband med metodeval	14	33,3 %

Spm.16. Angjev kva populasjon som er dominant i oppgåva.

	<u>Antal</u>	<u>Samla populasj.42oppg.100%</u>
1.Helsepersonell	3	7,1 %
2.Pasient	20	47,6 %
3.Pasient og sjukepleiar	1	2,4 %
4.Sjukepleiar	13	31 %
5.Sjukepleiarlærer	1	2,4 %
6.Studerande	2	4,8 %
7.Pårørande	1	2,4 %
8.Sjukepleiar -politikar	0	0%
9.Sjukepleiar -lege	0	0%
10.Annan populasjon	1	2,4 %
11.Ingen populasjon	0	0%

Spm. 17. Angjev oppgåvas temaområde

	<u>Antal</u>	<u>Samla populasj.42oppg.100%</u>
1.Brukarmedverknad	1	2,4 %
2.Førebygging, pleie og behandling,	<u>32</u>	<u>76,2 %</u>
av desse:		
-førebygging	4	
-pleie og behandling	12	
- behandling	9	
-hovudtyngda på pleie, men ikkje ansett som åtskilt frå behandling	<u>7</u>	
3.Undervising/utdanning	4	9,5 %
4.Administrasjon	3	7,1 %
5.Forsking	2	4,8 %

Spm. 18. Angjev oppgåvas føremålsområde

	<u>Antal</u>	<u>Samla populasj.42oppg.100%</u>
<u>1.Skildrande/forståande/fortolkande</u>	27	64,3 %
<u>2.Deskriptiv</u>	10	23,8 %
<u>3.Evaluering</u>	3	7,1 %
<u>4.Teori og metodeutvikling - metodisk verktøy til empirisk bruk</u>	2	4,8 %
<u>5.Forklarande</u>	0	0%

Spm. 19. Angjev oppgåvas vitenskapsgrein/vitskaplege synsvinkel - metodisk

	<u>Antal</u>	<u>Samla populasj.42oppg.100%</u>
<u>1.Angjev ikkje vitenskapsgrein metodisk</u>	2	4,8 %
<u>2.Humanvitenskap (Filosofi/omsorgsfilosofi, historie, fenomenologi, hermeneutikk) & Samfunnsvitenskap (sosiologi, sosial antropologi)</u>	<u>30</u>	<u>71,4 %</u>
Av disse :		
Fenomenologi	6	
Hermeneutikk	7	
Fenomenologi & Hermeneutikk	15	
Av disse 4 som kombinerer fen/herm med samfunnsvitenskapleg metode		
<u>Sosiologi – Antonovsky SOC</u>	<u>2</u>	
<u>3.Psykologi (eige fakultet v. UiB (pedagogikk, samfunns psyk., klinisk psyk. osv)</u>	0	0%
<u>4.Medisin – Odontologi (klinisk medisin, indremedisin, helsefag...) v/med. statistikk</u>	8	19 %
<u>5.Matematikk, naturvitenskap (biologi, kjemi, farmasi..)</u>	0	0%

6.Kombinert Samfunnsvitenskap & Medisin

Komb. Antonovsky – soc & med. kvant.

livskvalitetsforsk og Funks barriereskala &

med. statistikk

2

4,8 %

Spm. 20. Angjev oppgåvas vitenskapsgrein/vitenskaplege synsvinkel for teoretisk referanseramme

Antal Samla populasj.42oppg.100%

1.Humanvitenskap (filosofi, omsorgsfilosofi,

fenomenologi)

8

19 %

2.Humanvitenskap (filosofi, omsorgsfilosofi,

fenomenologi komb. med sjukepleieteori som

vektlegg praktiske ferdigheter utvikla i klinikk)

6

14,3 %

3.Humanvitenskap (filosofi, fenomenologi) & psykologi

1

2,4 %

4.Humanvitenskap (filosofi, omsorgsfilosofi, fenomenologi)

& helsefagteori som vektlegg praktiske ferdigheter

utvikla i klinikk & sosiologisk teori

8

19 %

5.Humanvitenskap, samfunnsvitenskap og psykologi, ved

kombinasjon filosofi, psykologisk teori og sosiologi

1

2,4 %

6.Humanvitenskap, samfunnsvitenskap og medisin, ved

filosofi, sosiologisk teori og medisin

1

2,4 %

7.Samfunnsvitenskap (sosiologi- Antonovsky -soc)

2

4,8 %

8.Komb. psykologisk teori & medisin &
helsefagsteori som vektlegg klinisk ferdigheiter, 3 7,1 %

9.Medisin, samfunnsvitenskap og psykologi, ved kombina-
sjon medisin, sosiologi teori (Soc og psykologisk teori 1 2,4 %

10.Medisinsk fagterm, statistikk & samfunnsvitenskap &
 psykologi & humanvitenskap ved omsorgsfilosofi og helse
fagteori (sjukepleieteknikk/nursing science) 9 21,4 %

Med. fagterm og statistikk 6

Med fagterm og statistikk & samfunnsvitenskap &
 psykologi 2

Med. fagterm og statistikk & humanvitenskap (omsorg-
filosofi og helsefagsteori/mod 1

11.Medisin & samfunnsvitenskap v/
 medisin, helsefagsteori og sosiologisk teori
Antonovskys salutogenese, Soc. 2 4,8 %

Praxeologi 0 0%

Spm.21.Ved val av fenomenologisk tilnærming, talast det om fenomenologi som:

Antal Samla populasj.21 opp.100%

1.Kombinasjon filosofi, vitenskap syn, metodisk
tilgang og empirisk vitenskap 17 81 %

2.Kombinasjon vitenskapsteoretisk ståstad,
metodisk tilgang og empirisk vitenskap 3 14,3 %

3.Som metodisk tilgang 1 4,8 %

Spm.22. Ved val av hermeneutisk tilnærming, åleine eller i saman med fenomenologi, forståast dette som:

Antal Samla populasj.22 oppg100%

1.Kombinasjon filosofi, vitskap syn, metodisk tilgang og empirisk vitskap	11	50 %
2.Kombinasjon vitskapsteoretisk ståstad, metodisk tilgang og empirisk vitskap	10	45,5 %
3.Som metodisk tilgang	1	4,5 %

Spm 23. Diskursbestemming

Antal Samla populasj.42oppg.100%

1.Filosofi/omsorgsfilosofi sett inn i historisk forståingsramme	1	2,4 %
2.Filosofi/omsorgsfilosofi sett inn i klinisk forståingsramme;	13	31 %
Omsorgsfilosofi komb. med anna teologi, religion eller filosofi	3	
Filosofi, teologi, etikk/ moral, kroppsfilo/filo	4	
Filosofi, omsorgsfilosofi kombinert med praktiske Ferdigheiter/kompetanse utvikla klinisk	6	
3.Hjelpedisiplin nytta på sjukepleietenking	17	40,5 %
Fenomenologi, sosiologi, psykologi, mønster frå klinisk medisin – målemetodar	9	
8		
4.Filosofi, omsorgsfilosofi/teologi, fenomenologi & praktiske ferdigheiter utvikla klinisk & hjelpedisiplin	9	21,4 %
Omsorgsfilosofi, praktiske ferdigheiter/kompetanse utvikla klinisk samt hjelpedisiplin	7	

Teologi , praktiske ferdigheiter/ kompetanse utvikla

klinisk samt hjelpedisiplin, sosiologi 2

5.Praktiske ferdigheiter/ kompetanse utvikla

klinisk & hjelpedisiplin 2 4,8 %

Spm 24. Bestemming av oppgåvas objekt

Antal Samla populasj.42oppg.100%

1.Sjukepleie som teoretisk omsorg

Hovudvekt på omsorg/ivaretaking på *refleksjonsnivå*

(ved filosofi) men trekkast praktiske implikasjonar 4 9,5 %

2.Sjukepleie som teknologisk omsorg

Hovudvekt på omsorg eller ivaretaking, men

teknologisk orientert, skal kome til nytte for praksis/

gjere praksis betre 16 38,1 %

3.Sjukepleie som teoretisk anna, ikkje særskilt vekt på

omsorg (praktiske implikasjonar nemnast og her) 2 4,8 %

4.Teknologisk sjukepleie med fokus på tiltak som skal gjere

praksis betre, etter mønster frå klinisk medisin 8 19 %

5.Sjukepleie som teknologisk anna, omsorg ikkje

spesifikt nemnt, men peikar på nytteeffekt for praksis 12 28,6 %

Samla har 85,7% av samla populasjon fokus på teknologisk sjukepleie.

Spm.25. Kva forskingsmiljø står fram som dominant ved ISF – avdeling sjukepleievitenskap – perioden 2005 – 2010 metodisk

	<u>Antal Samla populasj.42oppg.100%</u>	
A		
1.Kvalitativ metode	30	71,4 %
2.Kvantitativ	11	26,2 %
3.Kvalitativt/kvantitativt	1	2,4 %
B		
1.Fenomenologi og eller hermeneutikk	28	66,7 %
2.Metode frå med. statistikk	8	19 %
3.Samfunnsvitenskap, ved sosiologi		
Antonovsky - Soc	2	4,8 %
4.Kombinasjon – samfunnsvitenskap & med.	2	4,8 %
5.Angjev ikkje fundering for vitenskapleg metode	2	4,8 %

Spm. 26. Kva forskingsmiljø står fram som dominant ved ISF – avdeling sjukepleievitenskap – perioden 2005 – 2010 – tematisk?

	<u>Antal Samla populasj.42oppg.100%</u>	
1.Filosofisk, omsorgsfilosofisk, fenomenologisk/ teologisk påverknad	8	19 %
Martinsen	3	
Martinsen og Eriksson	1	
<u>Anna (Maurice-Merleau Ponty, Foucault)</u>	4	
2. Filosofisk, omsorgsfilosofisk, fenomenologisk påverknad kombinert med praktisk kompetanse/ ferdigheiter relatert til klinikk	6	14,3 %
Martinsen & Benner/ Benner & Wrubel	3	
Martinsen, Eriksson, Benner/Benner & Wrubel	2	
<u>Martinsen</u>	1	

3.Filosofisk, omsorgsfilosofisk, fenomenologisk påverknad & helsefagteori som vektlegg praktiske ferdigheiter relatert til klinikk & sosiologi	8	<u>19 %</u>
Martinsen, Benner, Eriksson, sos	1	
Eriksson, sos	1	
Martinsen, Benner & Wrubel/ Benner & sos	3	
<u>Martinsen, sos</u>	<u>3</u>	
4.Psykologisk teori & medisin & praktiske ferdigheiter relatert til klinikk	3	<u>7,1 %</u>
Benner, psykologi og medisin	2	
<u>anna</u>	<u>1</u>	
5.Filosofisk, fenomenologisk & psykologisk påverknad	1	<u>2,4 %</u>
6.Filosofisk, sosiologisk & psykologisk påverknad	1	<u>2,4 %</u>
<u>Martinsen & fenomenologisk filosofi, sos & psyk</u>	<u>1</u>	
7.Filosofisk, sosiologisk & medisinsk påverknad	1	<u>2,4 %</u>
8.Medisinsk, sosiologisk og psykologisk påverknad	1	<u>2,4 %</u>
9.Medisinsk fagterm, statistikk	6	<u>14,3 %</u>
10.Medisinsk fagterm, statistikk & sosiologi & psykologi	2	<u>4,8 %</u>
11.Medisinsk fagterm, statistikk & humanvitenskap (omsorg- filosofi og helsefagsteori/mod	1	<u>2,4 %</u>

<u>12.Sosiologisk påverknad Antonovsky soc)</u>	<u>2</u>	<u>4,8 %</u>
<u>13.Medisinsk & helsefagsteori & sosiologisk påverknad - Antonovskys salutogenese, Soc.</u>	<u>2</u>	<u>4,8 %</u>
<u>14. Praxeologi</u>	<u>0</u>	<u>0%</u>

4.2. Korleis feltet står fram ut frå studiens resultat – eit møte med den regjerande doxa?

Aktuelle studie viser sjukepleievitskap som eit felt der hovudtyngda av dei agerande framleis er kvinner, over 95%. Fleirtalet av oppgåvene er kvalitative og tema som vert gjenstand for fokus er i stor grad henta frå eigen kliniske praksis. Alle studiene rommer empiri, og nærast halvparten av studiene har pasienten som populasjon. Metode vert i svært stor grad fundert i Human og Samfunnsvitskapen, over 71%, vel fenomenologisk og eller hermeneutisk tilgang, ofte fundert i filosofi. Vitskapsteoretisk ståstad er berre ved få tilfelle artikulert, men i oppgåvene som vel fenomenologisk og eller hermeneutisk tilnærming, framstår dette som vitskapsteoretisk ståstad og ideal, knytt opp til val av metode. Vitskapsteoretisk fundering viast ikkje rom for ved dei oppgåvene som fylgjer klinisk medisinsk mønster og nyttar medisinsk statistikk, som utgjer 19% av samla populasjon. Over 64% omtaler seg som skildrande, forståande og fortolkande i høve tema, og ytterlegare nærare 24 % som deskriptive. Den forklarande dimensjon er ikkje framtrudande gjennom desse oppgåvene, og berre i lita grad vert evaluering, teori og metodeutvikling omhandla.

Intervju er den empiriske metode som i størst grad vert nytta, i nærare 60 % av samla populasjon. Ein del arbeid kombinerer empiriske metoder, 21,4%, til dømes ved spørjeskjema og standardisert måleapparat, eller intervju og deltakande observasjon. Kombinasjonen kvalitativ/kvantitativ metode skjer berre ved eitt tilfelle. Av dei kvantitative oppgåvene er 54,5 % utforma som artikkel med spesifisert publiseringstidsskrift, medan 23,3 % av dei kvalitative oppgåvene er formulert som artikkel, men ofte utan oppgitt publiseringsmål.

Vidare sjåast ein tendens til å avvente val av teoretisk referanseramme til empiri er samla inn, ved 50% av samla populasjon. Teoretisk referanseramme ber i stor grad preg av ei kompleks samansetjing der det vert dratt inn *deler* frå svært mange ulike teoriar. Nærare 74% nyttar meir enn ein teori frå ulike tradisjonar. Til dels kan desse inneha ulike perspektiv på

menneske, helse og sjukdom, noko som ikkje vert reiegjort for. Spekteret av kombinasjonar er mangfaldig, men i særleg grad peiker det seg ut ein tendens til å nytte filosofi, hovudsakleg representert ved Martinsens omsorgsfilosofi fundert i Løgstrups nærleiksetikk, som vert nytta i 19 av 42 oppgåver, åleine eller i kombinasjon med helsefaglitteratur/ sjukepleieteori som vektlegg klinisk kompetanse, ofte i form av erfaringskunnskap. I svært mange tilfeller vert Benner trekt fram gjeldande det sistnemnde, særskilt hennar arbeid *Frå novise til ekspert*, 1995, der kompetansestiging fundert i Dreyfus & Dreyfus (1986) sin ferdigheitsmodell, den tause kunnskap og erfaringskunnskapen vert vektlagt. Det markerast eit fenomenologisk tenkegrunnlag for desse referansar. Av andre tendenser med utspring i filosofi og fenomenologi, kan særskilt nemnast ei fundering i Maurice Merleau- Pontys kroppsfenomenologi, Foucault sitt tenkingsgrunnlag kring makt og disiplin og Erikssons lidingssteori. I mange av tilfella kombinerast dette med ytterlegare ein hjelpedisiplin, svært ofte då sosiologi. Her er òg referansemengda kompleks, men i særskilt grad framkjem ein tendens til å nytte Antonovskys salutogenetiske teori (Antonovsky, 1987/2000); helsefremjing i staden for sjukdomsperspektiv, oppleving av samanheng, med meining, forståing og meistring som vesentlege aspekt, til dels kombinert med tenking kring livskvalitet.

Val av filosofi og omsorgsfilosofi, til tross, er det berre eit fåtal av oppgåvene som føreheld seg på refleksjonsplan. Teori vert tillempa praksis, med føremål å setje fokus på korleis gjere praksis betre. Studianes praktiske nytteeffekt, vert vektlagt i over 86% av oppgåvene. Omgrepet klinisk vert mykje nytta ved sjukepleias omtale av den kunnskap som ligg i praksisfeltet, og kan ansjåast å ha ei tyding i sambandet mellom praksis og vitskapsgjering, men vert ikkje tydeleg definert. Temaområde er hovudsakleg innan førebygging, pleie og behandling, ved 76,2% av oppgåvene. Trass i at omsorgstenking har ei svært sentral stode, er det likevel vanskeleg å sjå at *pleie* vert helde fram som eit eige område. Det kan dermed sjå ut som at pleie vanskeleg kan skiljast frå behandling, eller at forsøket på å prøve skilje pleie frå behandling ikkje vert vektlagt.

Oppgåvene er særdeles like i utforming i forhold til innhaldsmessig struktur. Det er tydeleg at det fylgjast eit fastsett mønster for disposisjon av innhald. Når det gjeld dei kvalitative oppgåvene, viser over 87 % til same referansar for metodisk gjennomføring, Malterud og eller Kvale, og nærare 65% viser til same framgangsmåte for analyse; Giorgis fenomenologiske analysemåte.

I den grad ein kort kan seie noko om dominerande tendensar innan dette området som kallast

sjukepleievitenskap gjennom denne periode, kan fenomenologi og hermeneutikk omtalast som framtrekande tendensar metodisk, og i særleg grad omsorgsfilosofi - ofte i kombinasjon med sjukepleieteori/helsefagsteori som vektlegg praktisk, klinisk kompetanse i den teoretiske referanseramme som trekkjast opp for å kaste lys over empiri. Omsorgstenkinga står sentralt, men i samband med klinisk kompetanse der kunnskapen skal kome til nytte i praksis. Dette er ein så merkbar tendens at det kan omtalast som ein diskurs

4.3.0. Historiske og kontekstuelle forhold

Som del av det empiriske arbeid, vil det i det fylgjande gjerast eit forsøk på å gjenkonstruere aspekt ved historie og kontekst som kan ansjåast å ha hatt påverknad for dette bilete som kjem fram over i høve til korleis sjukepleievitenskap materialiserar seg gjennom aktuelle tidsrom. På reisa i historie og kontekst kan lesaren vonleg ta med hovudtendensar frå den skjematisk framstilling. I studiens diskusjonsdel, pkt. 5, vil trådane verte trekt til å sjå desse resultat i lys av historie og kontekstuelle forhold, for å vonleg nærme seg auka forståing for korleis det kan ha seg at desse framstår nett slik.

4.3.1. Sjukepleias historiske utvikling mot akademisering

Frå ein posisjon som legens lydige hjelper – underlagt den medisinske referanseramme med medisinske omgrep og grunnlagsforståing, skjer det altså eit sprang til posisjon for forskning og påroping av eit eige, sjølvstendig kunnskapsgrunnlag. Ved gjennomføring av eit arbeid der det setjast fokus på korleis *sjukepleievitenskap materialiserer seg og korleis dette kan forståast*, er det av interesse å stille spørsmålet - kva var det heile sin tilbliving? Kvar byrja det og kva drivkrefter stod bak denne utvikling?

Når ein på denne måten går attende og søker gjenskape ei historie, må det òg visast refleksjon kring tydinga av kven si historie dette er? *Kven* fortel, kva verdigrunnlag har desse og kva posisjon taler dei ut ifrå? For det er liten tvil om at *grunnlag syn og verdispørsmål* stod sentralt i diskusjonen som akademisering og vitskapleggjering av sjukepleie bringa med seg - var dette noko som fremma eller hemma sjukepleia sin eigentlege natur? I det fylgjande som vert presentert, er ynsket å få fram ei fleirsidig perspektivering av denne historia, der ikkje berre dei som fortel om ei utviklingshistorie kjem til ordet, men òg dei som hadde innvendingar mot den utvikling som skreid fram. På sett og vis kompliserer dette det heile, då historia på denne måten tidvis kan framstå både motsetnadsfull og uklar. På same tid kan dette ansjåast nettopp å vere intensjonen. Ved nærare ettersyn er dette ei historie som langt frå kan

gjerast enkel, men som vi skal sjå derimot er beståande av ulike interesseposisjonar, sosiale posisjoneringar, gamle maktstrukturar og samfunnsmessige endringar.

”Sykepleie på universitetsnivå ble drevet frem av sterke personer med sterke meninger”, skriv Bondevik i sitt jubileumsskriv over sjukepleievitenskapens fyrste 25 år i 2004 (s.73). Når ein freistar skape eit bilete av dei historiske hendingane som fann stad, er nettopp dette, som vi skal sjå i det fylgjande, slåande. Vi skal sjå at sentrale representantar for dei teoretisk orienterte sjukepleiarane, i sær frå Norges Sykepleierhøyskole og frå fagorganisasjonen, Norsk Sykepleierforbund, var forkjemparar og viktige drivkrefter for å realisere sine synspunkt om at sjukepleia burde utviklast vitskapleg (Juvkam, 1985, s.7). Desse organ hadde nært samband, til dels representert ved personar med sentrale posisjonar innan bådøine, som i det fylgjande vil framkome. Difor vil, som eit døme, Kjellaug Lerheim, som i over førti år sjølv var aktiv deltakar i akademiseringsprosessen, fortelje ei historie om sjukepleias tilgang til universitetet som ein *merkjestein* i utviklinga av sjukepleieforskinga i Noreg og ei synleggjering av sjukepleie som vitskap og som eit *sjølvstendig* kunnskapsområde (Lerheim, 2000, s.5-6). Denne historie vil vere prega av hennar innsats som forskar, undervisar og rektor ved Norges Sykepleierhøyskole gjennom ei årrekkje og som styrar ved Institutt for Sykepleievitenskap i Oslo, samt hennar nære samarbeid med Norsk Sjukepleiarforbund som bidragsytar i sentrale utval som arbeidde for at sjukepleiarar skulle få universitetstilgang (Lerheim, 2000, s.5-6).

Men, det er like fullt ei historie der òg kritiske røyser var tilstades i høve den utvikling som fann stad. Ingrid Wyller seier allereie i 1961, ved den norske sjukepleieforskingas spede start ...”ingen vitenskap vil kunne eliminere behovet for det som er sykepleiens innerste kjerne: det varme hjertet, og det sinnelag som bevisst går inn for å være et medmenneske der hvor sykdom og ulykke, sorg og angst er brutt inn” (ref. i Juvkam, 1985, s. 5). Ho oppmoder om å vere våken og medviten overfor denne utviklinga. Kari Martinsen, sjukepleiar og filosof, reiste allereie på 1970-talet ein grunnlagsdebatt om sjukepleieforskingas legitime grunnlag, og om profesjonalisering og vitskap er sameint med omsorga for den svake? Gjennom sitt historiske arbeid (1989) viser ho korleis humanismen som rådde grunnen fram til 1950 vert avløyst av den medisinsk –teknologiske fase, der sjukepleie meir knyt seg opp mot positivistisk forskning etter medisinsk mønster, noko ho meiner medfører at omsorg som grunnleggande omgrep i sjukepleia vert nedvurdert (Martinsen, 2003). Av andre som delte kritiske synspunkt mot den utvikling som skreid fram kan nemnast Wærness, professor i sosiologi og sentral i høve kvinneforskning i Noreg og Alvsvåg, sjukepleiar og sosiolog. Vi

skal seinare kome nærare inn på deira synspunkt. Men trass i uttrykk for kritikk og motførestillingar, vart det frå Norsk Sjukepleiarforbund og Norges Sykepleierhøyskole vist lite engasjement til ein *open* diskusjon og grunnlagsdebatt kring sjukepleia i *forkant* av etableringa av sjukepleievitskap ved universitetet i Bergen. Martinsen har i denne samanheng etterlyst diskusjonen som forsvann (Martinsen, 1978, ref. i Juvkam, 1985, s.7). Utviklinga skjer, og den skjer raskt over nokre tiår, noko som vert proklamert som ein siger av forkjemparane for denne utvikling (Juvkam, 1985, s. 7).

Sjukepleias veg mot academia er likevel meir enn ei historie om ulike interesseposisjonar og sterke einskildpersonars innsats gjennom strategiske organ. Det er ei heller ikkje *berre* ei historie om sjukepleias kamp for vitskap og forskingstilgang, men òg ei historie som rommar profesjonskamp og utdanningsmessige spørsmål (Juvkam, 1985). Dette skjer vidare nettopp i ei tid der sosioøkonomiske endringar skjer i samfunnet. Oljefunn i Nordsjøen generer til auka velstand. Noreg er i vekst og utvikling, noko som òg påverkar privatøkonomi. Det er òg ei historie med moment frå kvinnehistorie, i ei tid der kvinnefrigjeringsrørsla når fram med sitt budskap; kvinners kamp for å fremme sjukepleiedisiplinen gjennom forskning og fagleg utvikling (Melby, 1990). Optimisme råder grunnen i samfunnet. Auka velferd. Ynskje om og tilrettelegging av tilhøva for større realiseringsmoglegheiter gjennom høgare utdanning. Trass i om det kan avslørast ambivalens frå dei norske styresmaktene side, er det likevel innpass for og velvilje i høve politiske initiativ som kan styrkje ei slik utvikling, med utløyising av dei naudsynte økonomiske ytingar.

I det heile må heile konteksten trekkjast inn når ein ser på den prosessen som fann stad og at den var mogleg. I dette arbeidets samanheng kan dette berre skisserast, og det må skje ei avgrensing til å gå nærare inn på hendingar og initiativ innan *sjukepleiemiljøet* og dei *omliggande instansar*. Historia er prega av kampar på fleire plan og ut frå ulike, til dels motstridande interesseposisjonar. Intensjonen er å synleggjere aspekt ved dette, i den utstrekking som er mogleg ut frå oppgåvas omfangsmessige avgrensingar.

4.3.2. Opphavet til ein praksis og ei utdanning

Opphavet til ein sjukepleiepraksis finnast i ei fortid langt før det som kan dokumenterast eller tidfestast. Det vart skildra som "kvinnesysler" og tenestehjelp som føregjekk i heimen, som etter kvart vaks fram som yrke som eit resultat av eit sosialt behov for pleie av sjuke i hospits, asyl og hospital (Lerheim, 2000). Opphavleg var det ufaglærte kvinner frå arbeidarklassa og rekrutterte tenestejenter som hovudsakleg arbeidde på hospita, ikkje ut frå interesse men ut

frå økonomisk nød. Desse såkalla sjukepassarane hadde eit rykte for å til dels vere både lite hygieniske og ukyndige (Melby, 1990). Dei faglærte sjukepleiaranes inntog i hospitalet, kan grunnast i legens ynske om pleiarar med *meir* kunnskap og høgare *moral* (Mathisen, 2006). *Sjukepleie som yrke vaks altså fram frå legens behov for kvalifiserte hjelparar i sin klinikk.*

Den fyrste sjukepleieskulen, diakonisseutdanninga, vert etablert i Christiania i 1868. Hovudsakleg var det kvinner frå kristne, betre stilte heimar som var initiativtakarar til å starte utdanninga, og rekrutteringsgrunnlaget var i stor grad døtrer av prestar og bønder, med integrerte eigenskapar til underkasting og oppofring (Martinsen, 1984). Sjukepleie vert ved dette eit yrke basert på eiga utdanning (Lerheim, 2000), men det er prestar og legar som utgjer skulens styringsorgan ved diakonisseutdanninga (Martinsen, 1984). Ved dette vert eit tosidig behov oppfylt – legen får dekkja sitt behov for kvalifiserte pleiarar, og kyrkja får oppfylt sitt ynske om oppofrande kvinner. Diakonissene var ugifte og på same vis som den gifte kvinne på denne tid underordna seg mannen, kan diakonissen ansjåast å underordne seg legen og kyrkja (Martinsen, 1984) , baa representert ved mannen som autoritet.

Etterkvart vaks fleire sjukepleieskular - både diakonale, men òg verdslege - fram ut frå stadig aukande behov for sjukepleiarar i klinikkane. I tillegg til dette oppretta både Raude Kross og ulike kommunar sjukepleieutdanningar utover fyrste tiår av 1900- talet. Rekrutteringsgrunnlaget for dei verdslege sjukepleieskulane var hovudsakleg ugifte kvinner frå middel- og overklassa (Melby, 1990). Òg desse hadde sitt rotfeste i kristne grunnlagsverdiar, der kallstanken stod sentralt. Men, likevel kan det sporast ein vesentleg skilnad mellom diakonisseutdanninga og dei verdslege utdanningane; diakonissene hadde si forankring i kyrkjjas nestekjærleikstanke med eit breiare verkefelt enn arbeidet på hospitalet (Martinsen, 1984), medan dei verdslege utdanningsinstitusjonane i større grad var knytt opp mot legens trong for assistanse i sin klinikk (Melby, 1990).

Utover dei fyrste åra av 1900-talet vert utdanningane og tilhøyrande praksis meir organisert, men det eksisterer på dette tidspunkt store skilnader på kvaliteten ved dei ulike utdanningsinstitusjonar (Lerheim, 2000). Ordet *sjukepleierske* vert knytt til *yrket*, med spesifiserte handlingar relatert til dette (Lerheim, 2000). Waages lærebok i sjukepleie frå 1914, viser at sjukepleiarens plikter var klart definerte og hovudsakleg retta mot to område; å pleie sjuke, og å underrette legen om den sjukes tilstand. Legen var den overordna myndigheitsperson som sjukepleiaren måtte spørje til råds og nøyaktig fylgje hans forskrifter. Opphavleg stiltes ingen krav til sjukepleiarens intellektuelle ferdigheiter. Stadsfysikus Wyller uttaler i tidsskriftet

Sykepleien 1918, at å skulle presse mykje lærdom inn i sjukepleiarens hovud var ” *fullstendig død ballast, bl.a. fordi deres hjerne ikke var innstilt på å ta imot den* ” (ref. i Lerheim, 2000, s.14). Trass i om sjukepleie som praksis og ei teneste som helse- og velferdsamfunnet, ikkje minst medisinen, hadde gjort seg avhengig av var etablert allereie på slutten av 1800 talet, skulle det gå fleirfaldige tiår før *forskning* på eige område vert tenkjeleg å tilknytte sjukepleie. Sjukepleias grunnlagstenking har i stor grad bygd på kunnskap frå andre vitenskapar, og på forskning som resultat av spørsmål *andre* disipliner har stilt (Lerheim, 2000, s.13). Den medisinske disiplin var overordna i sjukepleiarens praksis, men òg tungtvegande i utdanninga, der legar var hovudleverandør til læreboklitteraturen og som undervisarar (Lerheim, 2000). Sjukepleiekunnskap var hovudsakleg erfaringskunnskap, tileigna gjennom praksis som i stor grad føregjekk i sjukehus under medisinsk regime. Dette resulterte i at sjukepleietenkinga vart sterkt prega av medisinske omgrep og forståing heilt frå byrjinga (Lerheim, 2000, s. 13). Altså vart det naturvitenskaplege paradigme grunnlaget som utgjorde sjukepleias overordna referanseramme.

4.3.3.Danning av fagforbund og utdanningsspørsmål

Tida frå 1912 til 1945 er prega av aukande fokus på utdanninga, praksis og arbeidssituasjon (Lerheim, 2000, s.34-39). I 1912 vert Norsk Sjukepleierskeforbund (heretter omtalt som NSF) stifta. Forbundet vert skildra som sjukepleias viktigaste organ som talerøyr og påverknadskraft i både utdannings og utviklingsspørsmål gjennom sjukepleias historie (Lerheim, 2000). Det er likevel av interesse å merkje seg at forbundet frå byrjinga markerte seg som ein organisasjon for dei utvalte, der opphavleg berre eit fåtal sjukepleiarar handplukka frå visse utdanningsinstitusjonar fekk vere medlemmar. Desse kan ansjåast som å ha hatt ein økonomisk privilegert bakgrunn, der far ofte var handelsmann, høgare funksjonær eller akademikarar. Mange av desse hadde verdslege utdanningar frå utlandet, og sat i leiande posisjonar innan sjukehusvesenet (Melby, 1990). Ytre sett vart skipnaden legitimert med auka kvalitetskrav til sjukepleiarane, men det er tydeleg at forbundet heilt frå starten er opptatt av å markere eit skilje til arbeidarklassa, og sikre ei sosial tilhøyrslø i mellomklassa for å forhindre sosial degradering gjennom yrkesvalet som sjukepleiar. Vidare kan det ansjåast at skipnaden av forbundet var ein byrjande freistnad på å markere ein grensegang til medisinen, noko vi seinare skal kome inn på. Diakonissene var ikkje inkludert i NSF ved oppstart, desse hadde si eiga tilknytning til religiøse samband (Melby, 1990). Medlemmane var eksklusive og få – medlemsbetaling medførte ein viss økonomisk posisjon. Seleksjon av dei verdige sjukepleiarane, med ein viss sosial posisjon og bakgrunnskapital, var viktigare enn

rekruttering (Melby, 1990, s. 53-55). Ei rekkje symbol kjenneteikna dei utvalte. Ein kan driste seg til å antyde at NSF sine prioriteringar og agenda i stor grad nettopp har vore prega av kamp for sosial posisjon, noko som vi seinare skal kome inn på gjennom deira tydelege standpunkt i kampen for akademisering, forskning og vitskapleggjing av sjukepleie, og den form denne kamp ut frå fagorganisasjonen har teke.

Bergljot Larsson (1883-1968) vert NSF sin fyrste formann, ein tittel ho innehar gjennom fleire tiår. Ho vert skildra som den moderne sjukepleias ubestridne pioner i Noreg (Wyller, 1968, ref. i Lerheim, 2000, s 34). Ho var òg redaktør i NSF sitt tidsskrift *Sykepleien* frå 1912-1947, der ho sterkt markerte sine synspunkt, som altså representerer sjukepleiaranes fagorganisasjon si stillingstaking i utdanningskampen. NSF markerte allereie frå byrjinga ynske om å påverke sjukepleieutdanningas utforming og rammer. Kravet om tre års utdanning vart sett fram allereie i 1915 og eit utdanningsutval, representert ved Bergljot Larsson som formann, vart nedsett i 1916 for å fremje dette arbeidet (Melby, 1990, Lerheim, 2000). Larsson vert altså òg sentral i arbeidet for sjukepleias utdanning, som etter kvart leier fram til Norges Sykepleierhøyskole i 1925, der ho vert sentral innan styringsorganet for denne (Lerheim, 2000, s.34). Norges Sykepleierhøyskole (heretter kalla NSH) utdanna sjukepleielærar og leiarar fram til omlegging i 1985, der utdanninga vart omgjort til Sykepleievitenskap ved universitetet i Oslo. Slik oppnår NSF stor grad av kontroll over den utdanning som skjer ved NSH, noko som gjev ein dominerande posisjon på sjukepleias sosiale område, òg i form av å påverke til ein einsretta sjukepleiekultur (Melby, 1990).

Kravet om tre års utdanning skjer likevel ikkje utan langvarig kamp. NSF sitt arbeid på dette området vart ikkje godtatt av legane, som sjølv ynskte ha kontroll over sjukepleieutdanning (Juvkam, 1985, s.41). Sjukepleiaren var fyrst og fremst legens assistent og legen underviste sjølv sine hjelparar med den kunnskap som vart ansett som tilstrekkeleg. Målet var å erverve hjelparar raskast mogleg. Fyrst når legane verkeleg trengde assistentar med høgare fagleg kompetanse, endra deira stemning seg kring ynsket om høgare utdanning (Juvkam, 1985, Melby, 1990, s. 80-86).

Ved *Autorisasjonsloven* 1948 og lov av 8 januar 1960 om *Utdanning og offentlig godkjenning av sykepleiere*, får sjukepleiarane endeleg det formelle ansvar for - og kontrollen over eiga utdanning (Martinsen og Wærness, 1979, ref. i Juvkam, 1985, s.15). Dette medfører at utdanninga no er eit offentleg ansvar, noko som òg rommar ei auka frigjerings frå sjukehusa. Sjukepleiarelevane hadde inntil no, i tillegg til praktisk læringsfunksjon, utgjort billig

arbeidskraft ved sjukehusa (Melby, 1990). Lovendringane markerast som ein siger for NSF sin årelange kamp om styringa av eiga utdanning. No kan arbeidet meir orienterast kring innhald - og større grad av samordning av utdanninga (Melby, 1990, s. 195). Ut frå NSF sin freistnad på å posisjonere seg bort frå arbeidarklassa, kan dette ansjåast som å medføre auka prestisje og større grad av proklamert tilhøyrslø i middelklassen (Melby, 1990, s. 86).

4.3.4. Kvifor profesjonskamp?

Sjølvbestemminga som sjukepleia oppnår gjennom formelt ansvar for eiga utdanning, kan ut frå eit anna perspektiv ansjåast å få lita tyding for sjukepleiaranes kontroll over eige arbeidsfelt, grunna den raske medisinske utvikling som gjorde krav på auka spesialisering og arbeidsdeling (Juvkam, 1985, s. 15). Spesialiseringa som skjer innan helsevesenet i etterkrigssamfunnet vert frå visse hald antydde å fylgje eit bestemt mønster. Fyrst gjerast medisinske og teknologiske framsteg, som stiller nye tenester innan fagleg rekkevidde. Dernest avgjer marknaden om når og i kva grad vitenskaplege nyvinningar takast i bruk. Når etterspørselen har nådd eit visst punkt, er det mogleg for helsepersonell å spesialisere seg, noko som vil medføre ein kamp for profesjonalisering (Hofoss, 1980, ref. i Juvkam, 1985, s. 37). I samband med spesialiseringa kjem altså nye helsefagsgrupper inn, òg som eit resultat av den medisinske profesjons behov for nye, spesialiserte hjelpearar, noko som medfører ei ”frårøving” av sjukepleiarens tradisjonelle arbeidsområde. Det skjer ei avkvisting av sjukepleiefaget, og eit tap av opphavleg arbeidsfelt (Juvkam, 1985, s.15). Det kan stillast spørsmål ved *kva* dette opphavlege arbeidsfelt eigentleg romar? Ovanfor skisserte utvikling medfører nettopp eit auka behov for avklaring i *kva* som er det særigne med sjukepleiefaget, og for å trekkje opp grenser og oppretthalde kontroll over eit eige arbeidsområde. Dette gjev grobotn for profesjonskamp; ein kamp for fagleg autonomi og yrkesmonopol (Juvkam, 1985). Det sentrale spørsmålet for sjukepleia vert like fullt *om* eit særigne funksjonsområde kan identifiserast – og kan dette legitimerast? Dette aktualiserer eit tema av sentral tyding. Er – eller kan sjukepleie eigentleg omtalast som ein profesjon? Denne diskusjon skal det seinare gåast nærare inn på (jmf pkt.5.2.2). I denne omgang kan eit av argumenta haldast fram – sjukepleie kan ansjåast som ein medisinsk semi -profesjon då det ikkje er etablert i form av si eksklusive kompetanse på eit område, men skapt av medisinprofesjonens behov for kvalifiserte hjelpearar (Hofoss, 1980, ref. i Juvkam, 1985, s. 37-38).

På same tid kan spesialiseringa og mindre fokus på praksis sjåast på som å medføre at grunnleggande pleie og omsorg får mindre fokus for sjukepleia (Martinsen, 1989). Det er dette som i neste omgang skaper grunnlag for framveksten av hjelpepleia, etter initiativ frå

NSF, men som aldri vert akseptert som innlemma i sjukepleias fagforbund. NSF sitt utspel for å markere skilnaden til hjelpepleia, kan igjen tyde på ein tendens til å tydeleggjere sjukepleias sosiale avstand til arbeidarklassa (Melby, 1990). Sambandet mellom NSF og styresmaktene vart styrka gjennom etterkrigstida, noko som gav fagforbundet større grad av påverknadskraft, men som òg forplikta til å fylgje offentleg styrespolitikk i sine kampsaker (Melby, 1990, s. 221).

4.3.5. Frigjering frå "lege - åket?"

Sjukepleiarens profesjonskamp, tankar om eit eige kunnskapsgrunnlag og den byrjande påskundinga mot vitenskapleg utvikling, er noko som vanskeleg kan omhandlast åtskilt. Snarare kan det stillast spørsmål ved om kva som skulle kome fyrst. At denne utvikling skjer, kan på mange område relaterast til eit stadig meir motsetnadsfylt forhold til den medisinske vitenskap. Martinsen (1979) held fram at å verte kvitt "det forfærdelige legeåket" (ref. i Juvkam, 1985, s.16) var ein viktig motivasjon for kampen for eige kunnskapsgrunnlag. Likevel var – og er forholdet til medisinen etter hennar meining fleirtydig. Martinsen og Wærness held i si historiske skildring kring sjukepleias utvikling fram at den verdsleg sjukepleie i Noreg har hatt tradisjon i det såkalla "Nightingale systemet", som bygde på ei todeling av sjukepleia; leiarskapssjukepleia og den praktiske omsorgssjukepleiaren. I den grad profesjonskampen kan omtalast som å medføre ei frigjering frå *lege åket* og ei meir sjølvstendig stode for sjukepleiaren, var det absolutt leiarskapssjukepleiaren dette gjaldt (Martinsen & Wærness, 1979, ref i Juvkam, 1985, s. 16). Frigjeringa for leiarskapssjukepleiarane går etter dette syn ut på ei lausriving frå pleiarbeidet, til meir administrative og undervisande funksjonar. Det søkjast auka status på same premissar som ved medisinen; på legens og mannens premissar. Til samanlikning kan vi sjå at NSF i stor grad fylgde medisinen sine domene innan utdannings rammene, både ut frå legen som autoritet, og ut frå sikring av sin sosiale posisjon. Dette markerer ein motsetnad der det på den eine sida vert ført ein kamp for sjukepleie som lovbeskytta tittel, eigen profesjon og grensegang opp mot medisinen, men på den andre sida eit uttrykk for trong til tilkyting som ein sosial legitimeringsstrategi og høgare status (Melby, 1990). Omsorgssjukepleiaren skulle derimot framleis vere mannens/legens gode hjelpar. Såleis vart omsorgssjukepleiarane utsett for ei tosidig undertrykking, frå legen òg frå leiarsjukepleiarane, som følte seg desse overlegen. Martinsen & Wærness (1979) meiner historia viser at den toneangjevande sjukepleie alltid fylgjer og har latt seg legitimere av den medisinske profesjon. Innanfor det såkalla Nightingale systemet som regjerte, hadde den medisinske profesjon ikkje noko å frykte, sjukepleiarane underordna seg. "*Lederskaps -*

sykepleierne er derfor selv undertrykt og avhengig av medisinen som de ikke kan frigjøre seg i fra” (Martinsen & Wærness, 1979, ref. i Juvkam, 1985, s. 16). For legen har det på den andre sida vore ei sjølvfylgje at dei medisinsk tekniske behov skal styre utviklinga, noko som har medført eit syn på at sjukepleiarane som underordna hjelparar (Juvkam, 1985).

Sjukepleiaren kan ansjåast å ha vore underordna ein tredobbel autoritet i høve medisinen. Den fagleg medisinske, den byråkratisk hierarkiske og den kulturelle -patriarkalske (Juvkam, 1985, s. 17, Alvsvåg, 1981). Legen har høgare utdanning og er meir medisinsk sakkyndige enn sjukepleiaren. Dette har gitt honom ein dominant posisjon, som han har kjempa for å behalde. Dette kan setjast i samband med den byråkratisk-hierarkiske autoritet, representert ved at legane nettopp markerer sitt leiarskap i helsetenesta, der sjukepleie igjen kjem i ein underordna posisjon. Den kulturelle -patriarkalske autoritet representerer det faktum at legen tradisjonelt har vore mann, sjukepleiarane kvinner (Juvkam, 1985). Historia viser at trass i at sjukepleiaren fekk kontroll over eiga fagutdanning, var kampen for fagleg, formell sjølvstende langt frå over. Legen var framleis den øvste i hierarkiet, sjukepleiaren utførte framleis legeassistentoppgåver, skriv Juvkam (1985, s. 16-18). Vidare har sjukepleie alltid vore eit tradisjonelt kvinneyrke, noko som gjenspeglar ei underordning i høve samfunnsmessige mannsdominerte strukturar.

Juvkam (1985, s. 18-19) held fram ei forståing av den historiske utvikling som at det nåast eit punkt der omsorgsjukepleiaren ikkje lenger *berre vil vere* legens hjelpar, dei gjev uttrykk for at pleiearbeid òg bør byggje på eigne kunnskapar og vurderingar meir enn legens ordre. Leiarskapssjukepleiarane byrjar vidare å stille spørsmål ved den medisinske modell. *Pasienten som heilskap* vert trekt fram, ikkje *berre* behandling som medisinsk fenomen. Sjukepleie må kvile på andre prinsipp enn det som kan avleiast frå den medisinske modell, heilskapsprinsipp, meir enn naturvitskap (Juvkam, 1985). Samstundes er profesjonskamp ein kamp for status og makt. Det kan ansjåast som vanskeleg å fremje omsorgsverdiar, som ber med seg eit feminint aspekt, gjennom profesjonalisering. Sjukepleias kamp for eigen profesjon, eige kunnskapsområde, grenser opp mot andre helsefaglege grupper og mot medisinen, kan likevel ikkje forståast utan å setje det i samband med den vidare utvikling som skjer gjennom etterkrigstida.

4.4. Sjukepleieforskingas framvekst

Av forkjemparar for sjukepleias akademiseringsprosess vert tida etter andre verdskrig omtalt som ei *ny epoke* i sjukepleiedisiplinens utvikling (Lerheim, 2000, s.41). *Sjukepleieforsking*

vert i stadig sterkare grad sett på dagsordenen og innført som eige undervisningstema ved sjukepleieutdanninga i siste halvdel av 1950 talet. Gjennom tre tiår vert undervisinga utvida i pakt med sjukepleieforskingas utvikling og høgskulens studieplan. Det skjer òg ei nyorientering i lærematerialet der pasienten vert sett i fokus for sjukepleie (*Lærebok for sykepleierskoler*, 1967). Ny, *sjukepleieteoretisk* litteratur vert introdusert i utdanninga på 1970 talet og vert omtalt som å representere eit paradigmeskifte i norsk sjukepleielitteratur (Bjerkreim, Mathisen & Nord, 1996) 8. Tema og omgrep som er grunnleggande for *sjukepleie*, får ein sentral plass i litteratur og undervising, og legen er ikkje lenger dominerande pensumleverandør (Lerheim, 2000, s.13). Teori får ei styrking i høve tidlegare praksis si stode i utdanninga. Allereie i læreplan frå 1962 vert praksis redusert og teorimengda vert meir enn dobla (Melby, 1990, s. 202).

Noko av grunnen til at forskning og metode kunne setjast på undervisningsplanen, låg i at stipendordningar, særskilt gjennom NSF, hadde opna dørene for høgare studiar i utlandet, spesielt i USA. Desse utvalte sjukepleiarane kunne bringe med kunnskap om forskning og forskingsmetode heim, og kom såleis til å utgjere eit rekrutteringsgrunnlag for sentrale stillingar i utdannings og fagorganisasjonssamanheng (Lerheim, 2000, Melby, 1990, s. 275-276). Denne ballast, i form av ei særskilt type utdanning, kan vurderast som å gje desse forholdsvis få personar ein særskilt strategisk posisjon med relasjonar for påverknad. Samstundes medfører dette at både NSF og NSH sin agenda vert sterkt prega av amerikansk sjukepleietenking, med avsett i positivistisk forskingstradisjon (Melby, 1990, s. 282). Dette legg opp til ei line der resultatorientering i sjukepleiepraksis vert prioritert. Omgrepet profesjon var òg innarbeidd i ordforrådet til ”amerikafarane”, og vert sett i direkte samband med forskning på sjukepleias område (Melby, 1990, s. 278). Dette nära opp under tanken om sjølvstendigjering frå medisinen, samstundes som profesjonsomgrepet var ein reiskap for høgare sosial status (Melby, 1990, s.279). Martinsen (1978) var ein av dei som retta sterk kritikk mot dette, og stilte spørsmål ved om dette tenkingsgrunnlag kunne sameinast med sjukepleias grunnleggande omsorgstenking, og ivaretaking av den svake? Ville resultatorientering gå utover pleia til dei svakaste, som lett ville kunne ansjåast som resultatlaus?

Det fyrste norske arbeid på sjukepleiarens praksisområde som vert rekna som vitenskapleg

8.Undersøking av korleis denne nye diskurs markerast gjennom læremateriale samt korleis grunnutdanninga innan sjukepleie etter dette tidspunkt utvikla seg vidare hadde vore av interesse, men ville gå ut over dette studiets grenser. Vi må difor nøye oss med å registrere at det vert omtalt som å skje ei nyorientering, ut frå omtalte aspekt.

forskning utført av ein norsk sjukepleiar, er Helga Dagslands studie ”*Sykepleie – en utfordring*” (1955). Arbeidet vart publisert av Norsk Sjukepleieforbund, og omtalast som eit pionerarbeid og som gjennombrøtet for sjukepleieforskinga i Noreg (Lerheim, 2000, s. 48-49). Dagsland var ein av dei som fekk si forskarutdanning i USA med stipend frå NSF, og ho vert ein sentral person i det arbeidet som no for alvor byrja for sjukepleieforskinga. Ikkje minst kjempar ho for at *universitetet* skal bli senter for sjukepleieforsking (Lerheim, 2000, s.50). Ho innehar ein strategisk posisjon gjennom ei årrekkje, både innan NSH og som leiar for NSF frå 1967. I 1964 stod ho i spissen for stiftinga av NSF sitt forskingsråd, som freista trekkje opp trådar for kva sjukepleieforskinga i Noreg skulle omhandle (Melby, 1990). Dagsland representerer tydeleg eit syn der sjukepleia bør profesjonaliserast, noko som skal skje gjennom vitenskapgjering, systematisk kunnskapsinnhenting og fagforbundsverksemd (Melby, 1990, s. 275-280). Under hennar leiing i NSF, vert det kjempa for eit eige kunnskapsgrunnlag for sjukepleia og vitenskapleggjering av faget. Ei sterkare tilknytning til samfunnsvitskapen vert profilert, òg som ein strategi for å kome fri frå medisinen underordning (Melby, 1990, s.279-281).

Utover 1960 talet vert altså ideen om eit eige sjukepleiestudium på universitetsnivå stadig sterkare. Studiane i USA og utlandet var eit gode for dei få og utvalte. Aukande grad av kurstilbod ved utdanningseiningane hadde gitt auka kjennskap om forskingsmetode (Lerheim, 2000). Det fokuserast på at sjukepleieforskarar må ha same utdanning som andre forskarar – som resultat av høgare utdanning (Lerheim, 2000, s.50).⁹

Profesjonalisering, forskning og vitenskapgjering kan ansjåast som samfunnsstrategiar for å ta opp kampen mot det mannsdominerte lege åket (Juvkam, 1985). Samstundes harmonerast dette med ein kamp for verdiar, og eit *ynskje om betring av pasientpleia* (Juvkam, 1985, s.39). Ikkje minst skjer dette i ei tid der samfunnsendingar og politisk velvilje legg til rette for at det er mogleg for sjukepleiaren å bevege seg i denne retning. Ein kan likevel stille spørsmål ved om profesjonskampen var ledd i vitenskapgjeringa av sjukepleie, eller vitenskapgjeringa var ledd i profesjonskampen? Frå visse hald vert det reist spørsmål ved nettopp dei offisielle grunngevnadane for forskning og vitenskapleg arbeid på sjukepleias område og at dette vert helde fram som eit ynskje om å forbetre pasientpleia. Er det i fyrste rekkje heller knytt til at *sjukepleieforskinga* skal grunnge sjukepleie som eigen profesjon? Ein profesjon må legitimere sin funksjon, vise til resultat. Dersom det kan visast at sjukepleie og omsorg har ei lækjande effekt, er det lettare å få legitimert et monopol (Alvsvåg, 1981, s. 61-75). Spørsmålet

9. NSF sin kamp på dette området førte til at sjukepleieutdanninga vart gjort til Høgskulestudie i 1977 (Bondevik, 2004).

om sjukepleiarens kamp etter profesjonsutvikling og akademisering er sameint med sentrale omsorgsverdiar i sjukepleie, har som nemnt stått sentralt i diskusjonen (Martinsen, 2003).

Som motsats til dette vart det hevda at det nettopp må visast forståing for dei yrkesproblem som på dette tidspunkt ramma sjukepleie som ei fylgje av industrialisering, aukande spesialisering og endringar i den sosiale arbeidsdeling. Ut frå dette perspektiv kan sjukepleias utvikling sjåast i samband med den allmenne samfunnsutvikling (Juvkam, 1985, s.39).

Den historie som inntil no er skissert, dannar eit komplekst bilete. Det er ei historie som er prega av kampar på fleire plan, og om ulike interesseposisjonar og verdigrunnlag. Den fortel om kamp for sjølvstende og grenser kring eit eige verkefelt, man kanskje endå meir om skilnader og kamp for status og makt; mellom legar, sjukepleiar og andre yrkesgrupper, men og *mellom* sjukepleiarar. Det trer fram ein uklarleik i høve til å ville lausrive seg frå ei fleirsidig underordna rolle, og samstundes ein trong etter å vere ein del av den medisinske autoritet.

4.5.1. Etablering av sjukepleievitskap ved Universitetet i Bergen

NSH og NSF vert òg sentrale initiativtakarar for sjukepleiarens innpass til universitetet i Bergen (Melby, 1990, s. 280). Allereie på NSF sitt landsmøte i 1965 vert eit utval nedsett, mellom anna representert ved Dagsland, for å arbeide fram ein plan for å føre sjukepleieutdanninga opp til universitetsnivå (Sykepleien, 1966, nr. 6, ref. i Lerheim, 2000, s.58). Eit nytt utval vert av NSF sett ned i 1971, representert ved mellom anna Lerheim og Dagsland, med føremål å drive aktiv lobbyverksemd retta mot universitetstilgang. Dagsland og Lerheim hadde allereie i forkant av dette vore i uformell kontakt med universitetet i Bergen (heretter kalla UiB) for å sondre terrenget i høve det aktuelle, men universitetet viste seg uforståande for ideen om sjukepleieforskning på det fyrste kontakttidspunkt (Lerheim, 2000, s. 59). Utvalets arbeid resulterer likevel i ei utreiing, som vert oversendt UiB i 1973, der det vert gått inn for oppretting av eit eige institutt for høgare sjukepleieutdanning. UiB vert søkt til fyrst, då det vart sett på som *meir* tilgjengeleg for kontakt enn universitetet i Oslo, som vert rekna som *meir* uinntakleg med *meir* fastlåste tradisjonar og mindre openheit for grupper utan akademisk tradisjon (Lerheim, 2000, s.59). Ytterlegare komitear og utval vert nedsett i den fylgjande periode. Granutvalet, 1974, der òg Dagsland og Lerheim er representantar, resulterer i ei innstilling i 1976 som kjem med forslag om å knytte eit høgare sjukepleiestudium til Institutt for hygiene og sosial medisin ved det medisinske fakultet (Juvkam, 1985, s.67). Dette føresette eit nært samarbeid mellom det samfunnsvitskaplege og

det medisinske fakultet i samband med studieopplegg, undervising og eksamen (Juvkam, 1985, s 67). Som ei fylgje av dette arbeidet, vert Eikelandts utvalet nedsett i 1977, der nærast alle fakultet ved UiB var representert. NSF er her representert ved Lerheim. Dette utval kjem òg med forslag til kva vitenskaplege områder sjukepleieforskning skal ha fokus på, samt kjem med forslag til studieplan og organisasjonsform (Lerheim, 2000; Juvkam, 1985). Kort oppsummert føreslo utvalet at studiet skulle representere breidde - både med omsyn til temaval, metodar og teoretiske tilnærmingar. Forskinga skulle orientere seg mot sjukepleias praktiske nytteeffekt, men det vert føreslått både empirisk, historisk, evaluerande og kritisk orientering til dette (Juvkam, 1985, s. 71). Det kan diskutert i kor stor grad dette utvalets innstilling vart fylgt i det som etter kvart framstår som dei fyrste studieplanar, noko vi seinare skal sjå nærare på.

Etter innstilling frå Kyrkje og Undervisningsdepartementet, vert endeleg sjukepleieutdanninga eit faktum ved UiB i 1979, med fyrste studiekull i 1980 (Lerheim, 2000). Sett i forhold til ein tilgrunnliggende skepsis kring sjukepleieforskning, og ein mangel på grunnlagsdebatt kring sjukepleie som fagområde i Noreg (Juvkam, 1985, s. 70), kan dette ansjåast som ei hending av stor tyding. Sjølv om mottakinga ved fakulteta i hovudsak var lite positiv, kan det sporast betringar i haldning kring sjukepleias innpass på universitetet i løpet av perioden 73-78 (Lerheim, 2000, s. 60).

Prosessene som føregår i Bergen, vekker oppsikt. Det skjer etter kvart positive framstøyt og utvikling både ved universitet i Tromsø og seinare ved Universitet i Oslo. Prosessane og førearbeidet som skjer ved desse universiteta er svært ulike. Framtidig viser dette seg ved tre ulike profilar gjeldande sjukepleie på det akademiske område (Lerheim, 2000, s.65-69). Det er av interesse å dvele litt ved dei ulike prosessane som her fann stad, og korleis dette kom til å vise seg, trass i om det i dette studiets samanheng ikkje er rom for å gå detaljert inn på dette. Ved universitetet i Tromsø vart det arbeidd for eit studium for utdanning av sjukepleielærarar. Dette markerer eit brot på ein nærare femti års lang tradisjon der NSF har hatt monopol i høve utdanninga av sjukepleiarlærarar og leiarar, sidan opprettinga av Norges sykepleiehøyskole i 1925 (Lerheim, 2000, s. 34, s.61). Sentrale styresmakter ved sosialdepartementet er aktivt inne i biletet i initiativtaking og forarbeid for etablering av tilgang for sjukepleiarar ved dette universitetet. Likevel gjevast det uttrykk for ambivalens, det er tydeleg at det føregjekk diskusjon på departementsplan, trass i utval og stortingsmeldingar frå 1976 og 1977 som tolkast som positive til sjukepleie på akademisk nivå. Dette gjev tydelege signal om at det, velvilje til tross, ikkje måtte setjast for høge ambisjonar med omsyn til sjukepleieutdanning på

akademisk plan. Sjukepleielærerutdanninga i Tromsø vert likevel ein realitet i 1977 (Lerheim, 2000).

I Oslo vert sjukepleias tilgang til universitetet prega av diskusjonen kring NSH si organisering. Eit utval representert ved skulestyret, administrasjonen ved universitetsleiinga samt Lerheim, dåverande rektor ved NSH, går inn for at sjukepleie skal få eit eige institutt ved universitetet i Oslo. Det gåast altså eit skritt lenger enn i Bergen, som ikkje hadde eige institutt-tilknytning ved oppstart. I denne samanheng vert namninga sjukepleievitskap for fyrste gong lansert, ei namning som seinare vart overtatt av Bergen og Tromsø. Argumentet bak namninga var behovet for systematisk sjukepleieforskning og for å få fleire sjukepleiarar med forskingskvalifikasjonar. Vidare vart det argumentert for at forskingsutdanning ikkje burde skiljast frå eit studium med fordjuping i sjukepleiefaget samt at vidare fagutvikling innan sjukepleie burde få ta del i universitetas tradisjon og i etablerte forskingsmiljø (Lerheim, 2000). Overføringa av NSH til universitetet i Oslo møtte kritikk, men vart innført og fann endelege stad 1985, noko som medførte embetseksamen i sjukepleievitskap (Lerheim, 2000).

Både førearbeidet og dei resulterande profilar ved desse tre universiteta vart altså framstående som ulike. Tilbodet i Tromsø kom til som resultat av initiativ frå Sosialdepartementet. I Oslo gjaldt det overføring av ein allereie eksisterande institusjon med lange tradisjonar. I Bergen vart utreiingsarbeidet ei intern sak, der arbeidet hovudsakleg føregjekk innan komitear der einskildmedlemmar var drivkreftene og dermed kan ansjåast å ha hatt ei sentral påverknad, representert gjennom særskilt sine sentrale posisjonar i NSF og eller NSH. Styresmaktene, representert ved Kyrkje og Undervisningsdepartementet, kom fyrst inn i bilete då ferdig innstilling var levert av Eikelandsutvalet, i 1978 (Lerheim, 2000, s.66). For alle tre handla det likevel om å etablere og utvikle eit nytt fagstudium og forskingsfelt innan ein akademisk organisasjon, der skrivne og uskrivne reglar kunne vere ulike frå den tradisjonelle sjukepleieutdanningas institusjon (Lerheim, 2000). Ny verksemd skulle etablerast med samarbeidspartnarar som mogleg var prega av motførestillingar til sjukepleie som vitskap. Om sjukepleie hadde mange ei førestilling, men få hadde på dette tidspunkt førestillingar om kva sjukepleievitskap skulle romme, og om sjukepleiaren skulle forske. Ein likskap mellom desse tre framstøyt var likevel at alle hadde støttespelarar på universitetet. Trass i ynskje om dette, hadde ingen av dei fakultetstilknytning i starten. Det herska stor uklarleik kring fakultets tilknytning, noko som òg resulterte i ein omfattande korrespondanse mellom utvala og dei respektive fakultet. Ved alle tre universitet vart sjukepleie innlemma under det medisinske fakultet (Lerheim, 2000). Status som eige institutt, var vanskeleg å oppnå. I Bergen vert dette

likevel frå 1980 omtalt som Institutt for Sjukepleievitenskap underlagt det medisinske fakultet, der rådgjevande organ og redaksjonsutval vert tilknytt for å utarbeide spesifikke reglar for organisering. Sentralt i utvalet sat Ulla Qvarnstrøm, professor og leiar for - den gang - avdeling for sjukepleieforskning (Bondevik, 2004, s. 25-29). Ho kan ansjåast å ha innehatt ein sentral posisjon i påverknaden av dei fyrste rammer som vart lagt for sjukepleievitenskap som studie ved UiB (Bondevik, 2004, s.50), som vi i det fylgjande skal sjå..

Forskinga ved sjukepleieeinane ved dei tre universiteta, viser seg å ha fylgt ulike mønster. Livskvalitet og pasienterfaringar i høve helse og sjukdom trer fram som eit prioritert område for fokus ved UiB. Ved Universitetet i Tromsø har filosofiske og etiske problemområde vore framtrudande, samt sjukepleias sosiologiske, kulturelle og organisatoriske kontekst (Kirkevold, 1997, ref. i Lerheim, 2000, s.68). Ved Universitetet i Oslo har det vore eit klart hovudfokus på sjukepleie som disiplin, sjukepleiepraksis og pasientkarakteristika – i meir resultatorientert retning (Lerheim, 2000). Både tema og tilnæringsmåtar har vist seg som svært ulike, noko som reflekterer universitetas spreining og ulike grunnsyn på behovet for forskingsbasert sjukepleiekunnskap (Lerheim, 2000, s. 69).

Medan Lerheim (1991) gjennom studie av sjukepleietenesta i Noreg, viser til at sjukepleie forskinga har hatt eit gjennombrot på 80 talet og at det knytast positive forventingar til denne sitt bidrag, meiner Juvkam (1985) at erkjenninga av behovet for forskning ut frå eit sjukepleieperspektiv enno var lite utbreidd på dette tidspunkt. Trass i sjukepleias etablering som vitenskap, var det ei vanleg oppfatting at sjukepleie kunne anvende vitenskapleg kunnskap frå andre disipliner, som medisin og samfunnsvitenskap, og at det eigentleg ikkje var behov for eiga sjukepleieforskning (Juvkam, 1985). Frå visse hald vert det stilt spørsmål ved om den sjukepleievitenskaplege utvikling resulterer i ei teoretisk og ei praktisk retning innan sjukepleie, noko som medførte eit større gap mellom teori og praksis? (Juvkam, 1985, s.21-22).

Fram mot slutten av 1990 talet var det i hovudsak universitetas sjukepleieeininger som forvalta og vidareutvikla sjukepleieforskinga. Diskusjon til tross, det kan likevel slåast fast at sjukepleiarens akademiske tilgang har medført auka produksjon av forskingsarbeidet på sjukepleias område i form av hovudfagsoppgåver, doktorgradsavhandlingar og universitetes tilsette sine forskingsprogram. Frå sentrale hald, som representerer både sjukepleieforbundet og sjukepleieutdanninga, vert dette helde fram som ei styrking av sjukepleias faglege plattform og kunnskapsgrunnlag, ein kunnskapsbank som både praksis, administrasjon og utdanning kan trekke vekslar på og som skal understøtte, avspegle og rikgjere praksis

(Lerheim, 2000, s.72-73). Dette perspektiv representerer eit syn på sjukepleie som ein kunnskapsbasert praksisdisiplin (Lerheim, 2000, s.22.). Sjukepleias praksis skal vere ein forskingsbasert og profesjonell utøving av teneste til menneske i helsesamanheng og sjukepleieforskning er sjukepleievitskapens instrument i kunnskapsutviklinga, som primært skal omhandle sjukepleias praksis, og ha effekt for korleis praksis utøvast (Lerheim, 2000). Altså vert nytteeffekt for praksis vektlagt som det fokus sjukepleievitskap ved forskning skal omhandle. Tema knytt til pasient, sjukepleiefunksjonar og praksis må prioriterast i kunnskapsutviklinga og den røyndom sjukepleie utøvast i innan sentrale praksissituasjonar må gjenspeglast gjennom sjukepleievitskapen (Lerheim, 2000, Kirkevold, 1996). I tråd med dette perspektiv, vert det vidare helde fram ei oppfatting av at sjukepleievitskap har styrka sjukepleie, i form av auka yrkesstoltheit, auka kjensle av profesjonalitet, medvitsgjering og oppjustering av yrkets status (Lerheim, 2000). Likefullt etterlysast endå meir av sjukepleievitskapen nytteeffekt for praksis (Kirkevold, 1996, s. 19-21).

Ved innføring av Universitets og Høgskulelova, 1995, skjer det ei endring der universiteta ikkje lenger er i særstilling gjeldande krav til forskingsbasert utdanning. Òg Høgskulane er i ferd med å vinne terreng på dette området (Lerheim, 2000). Dette fell saman med ei politisk parole som breier seg utover 90 talet ”*Grunnlaget for kvalitet er kunnskap*”. Særskilt ser anvendt forskning ut å verte prioritert i denne samanheng. Den kunnskapsbaserte praksis står i fokus og kvalitet i praksis setjast i samband med forskingsbasert kunnskap (Lerheim, 2000). Dette har verknader både i utdannings og forskingssiktemål, og gjev eit interessant grunnlag for samanlikning mellom den verksemda høgskule og universitet legg opp til på dette området. Imidlertid må dette verte gjenstand for ytterlegare diskusjon ved eit seinare høve.

4.5.2. Framveksten av studieplan

Når ein søker å prøve delvis rekonstruere historia knytt til kva som kan ha hatt påverknad på sjukepleievitskapens rammer, kan studieplanar ansjåast som ei viktig kjelde for fokus. Studieplanar gjev ein presentasjon av det innhald som sjukepleievitskap gjennom ei aktuell periode som studie skal omhandle. Sjølv om dette må ansjåast som eit normativt dokument, som naudsyntvis ikkje til fulles setjast i verk i praksis, vil den strukturere og trekke opp linene i formidlinga av kva sjukepleiaren som akademisk aktør skal føretake seg. Studieplan vil danne utgangspunkt for den undervisinga som vert gjennomført, dei førelesarane som er aktuelle og dei tema som vert belyst. Det vil framkome kva områder som vektleggast og verdien dette vert angitt i form av studiepoeng. Tanken bak å sjå nærare på studieplanar som har strukturert sjukepleievitskap som felt, er å forsøke gjenskape dei ulike *synspunkt* og

interesseretninger som har vore med på å utforme desse, noko som til dels representerer svært ulike og motstridande posisjonar i høve påverknaden av kva sjukepleievitskap var tiltenkt å skulle omhandle frå byrjinga av. Kva historie vert eigentleg gjennom desse fortalt, og kan dette kaste lys over aktuelle studie sine funn?

Sjølv om studieplanar innan sjukepleievitskap sidan oppstart i 1979/80 og fram til i dag har vore gjenstand for revideringar og endringar, kan aspekt ved dei opphavlege rammer frå oppstart ansjåast å ha blitt vidareført (Bondevik, 2004, s.42), noko vi skal gå nærare inn på i det fylgjande. Difor er desse av interesse, sett ut frå eit historisk perspektiv. Som prosessen i forkant av etablering var forarbeidet til dei opphavlege studieplanane ulikt ved dei tre universiteta der sjukepleie fyrst vart etablert som fag. I Bergen var rammene for studieplanen nedfelt i Eikelandsutvalets innstilling frå 1978, der det vart gitt breie vilkår for kva sjukepleievitskap skulle romme (jmf. pkt.4.5.1.) Det vert likevel diskusjon kring denne tilråding under den konkrete utarbeidinga av forslag til studieplan, og ved dei ulike fasar for godkjenning (Bondevik, 2004, s.29), det herska ulike syn på spørsmålet om studiets innhald og målsetjing. Studieplan var altså frå byrjinga omstridt med omsyn til *ulike fagperspektiv* på sjukepleievitskap og mangel på felles plattform for den etablerte stab (Lerheim, 2000, s.68). Dette resulterte i to ulike forslag til studieplan, som åtskilte seg både i høve tema og metodeval. Den eine kan karakteriserast som pasientvitskapleg/akademisk, den andre som sjukepleievitskapleg/profesjonell (Juvkam, 1985). I det fylgjande skal det presiserast kva desse ulike perspektiv omhandla. Det skjedde ei viss tilnærming mellom desse i den endelege studieplanen som vart godkjent i 1982, der prinsipielle syn frå baa retningar vart representert (Juvkam, 1985, s.72, Bondevik, 2004, s.31).

Juvkam (1985) har gjort ei analyse av dei to nemnde alternativ til studieplan ved oppstart. Ho held fram at det eine alternativ vektlegg empirisk pasientvitskap, medan det andre alternativ vektlegg sjukepleievitskap som ein potensiell sjølvstendig disiplin. På mange vis kan desse omtalast som to polariserande og konkurrerande krefter, der sjukepleie som vitskap vart slitt i ulike retningar i spenninga mellom å vere forplikta overfor eit praksisfelt der oppgåva er å ivareta sjuke menneskes interesser, og på andre sida vere eit kampområde for dei ulike forskaranes vitskaps syn og akademiske og profesjonelle interesser (Juvkam, 1985, s.139). Vi skal sjå nærare på kva dette tyder.

Professor Qvarnstrøm var sentral i utarbeidinga av den fyrste studieplan som opphavleg vart lagt til grunn og praktisert etter fram til den alternative studieplan leggast fram i 1982. Ho

kan ansjåast som ein representant for *prinsippsynet* denne studieplan legg til grunn (Juvkam, 1985, s.86-87). Qvarnstrøm vert sentral innan sjukepleie på universitetsnivå i Bergen frå oppstart og gjennom dei fyrste 20 viktige år. For henne var det ei sjølvfylgje at sjukepleiarane innan sjukepleievitskap skulle utføre klinisk, empirisk forskning, der målet var utvikling av kunnskap for betring av kvaliteten på sjukepleieutøving (Bondevik, 2004, s.50). Fyrste studieplan skisserer sjukepleievitskap som ein empirisk vitskap om korleis det er å vere sjuk. Pasientologi, kunnskapen om pasientsituasjonen, skal altså vere sjukepleievitskapens grunnlag, på same vis som det her vert helde fram som grunnlaget for sjukepleias omsorgsarbeid. Metodar og teknikkar for pleiearbeidet skal avleiast og omsettast frå kunnskapen om den sjuke (Juvkam, 1985, s. 89). Teorien som sjukepleievitskap skal utvikle skal altså relaterast til *det sjuke mennesket*, orientert på mikroplan og ikkje sett inn i ein større kontekst. Betrakting, forklaring og forståing av pasientens situasjon ut frå hans opplevingar, erfaringar og reaksjonar står i fokus. Idealet som vert helde fram er studie av mennesket i eit heilskapsperspektiv, der hermeneutisk tilnærming og innhenta kunnskapar frå andre disiplinar i stor grad skal nyttast, til dømes frå psykologi, sosiologi og fysiologi. I fylgje Juvkam (1985) gjenspeglast dette fokus òg i dei fyrste sjukepleievitskaplege studiane som fann stad innan universitetet i Bergen, 1982. Teoriane som refererast til bruk er generelle teoriar, frå psykologi, sosiologi, jus, administrasjon osv, der det ikkje naudsyntvis kan trekkjast parallellar mellom desse over til sjukepleiarens konkrete praksis. Teoriane representerer òg til dels ulike syn på mennesket, noko som ikkje vert omhandla.

To ulike metodologiske paradigmer, frå *både* naturvitskap og samfunnsvitskap vert vektlagt gjennom fyrste studieplan. På denne måten skjer det òg ei verdsetjing av medisin som referanseramme. Pleie og omsorg vert knytt til medisinsk kunnskap og fysiologisk forståing av sjukdomsutvikling (Juvkam, 1985, s.97). Ein kan såleis avsløre at objektivismen/ positivismen vert helde fram som idealet for sjukepleievitskap, under sterk påverknad frå Qvarnstrøm si oppfattingar om korleis empirisk forskning skal utøvast, samstundes som hermeneutiske tilnærmingar vektleggast (Juvkam, 1985, s.102 -103). Det vert ikkje via rom for generell vitskapsfilosofisk debatt eller å sjå studieobjektet i ein historisk kontekst.

Motstandarane omtaler dette som sprikande, både metodisk og tematisk (Juvkam, 1985). Forslag til studieplan to, den såkalla alternative, kom i 1982 og var ein reaksjon på den undervising som var gitt for dei fyrste sjukepleiarane på akademia i tråd med fyrste studieplan. Sterke representantar for dette syn var sjukepleieforskarane Kristiansen og Digernes (Juvkam, 1985, s.110), bae med masterstudiar frå USA, og tilsett som amanuensis

ved sjukepleievitskap frå oppstart til 1982 (Bondevik, 2004, s. 86). I dette forslag vektleggast sjukepleievitskap som ein potensielt sjølvstendig disiplin, der det endelege mål er å bygge praksis på vitskapleg grunn (Juvkam, 1985, s. 110-114). Sjukepleie skal styrkjast både som samfunnsteneste og som undervisingsfag. Det vektleggast at grunnleggande kunnskapar om den sjuke og kunnskap om dei midlar og metodar sjukepleiaren bør nytte for å utøve god omsorg, må utviklast og prøvast vitskapleg. Både teoribygging via filosofiske modellar og kunnskapsproduksjon basert på empirisk forskning haldast fram som relevante tilnærmingar for faget. Altså vert både å utvikle eit omgrepsmessig og teoretisk rammeverk for sjukepleie som potensiell vitskap, samt å utvikle metodar for praktisk utøving av sjukepleiefaget, vektlagt (Juvkam, 1985, s.110-114). Dette representerer ei makro- orientering, og kan ansjåast som ein freistnad på å integrere teori og praksis. Det vert gjort forsøk på å fange opp problemstillingar frå sjukepleias kunnskapsområde som heilskap (Juvkam, 1985). Sjukepleiarens funksjon i form av å vere omsorgsgjevar, er vektlagt. Omsorg vert omtalt som sjukepleiarens primære instrument (Juvkam, 1985, s. 110).

Både pasientologi og klinisk sjukepleie – samanlikna med klinisk medisin, vektleggast (Juvkam, 1985, s.115). Kjerneområdet for klinisk sjukepleie skal vere kunnskap om pasient. Det vert tydeleggjort eit forsøk på å bevege seg bort frå det medisinske tenkingsgrunnlag, som omtalast som reduksjonistisk (Juvkam, 1985, s. 117-119). Sjukepleie og medisin skildrast som komplementære disiplinær med dels overlappande funksjonar (Juvkam, 1985, s. 118). I staden for berre medisinsk reduksjonistisk tenking, skal sjukepleie som vitskap dreie seg om heile mennesket, og vere grunnlagt på eit anna paradigme enn medisinen (Juvkam, 1985, s.119). Likevel vert naturvitskapen inkludert, saman med human og sosialvitskapleg tradisjon. Hermeneutisk og fenomenologisk erkjenningsmodellar haldast fram, men òg naturvitskaplege og åtferdsvitskaplege. Forskinga skal altså vere både empirisk og fortolkande (Juvkam, 1985). Referanseramma er likevel klar, sjukepleievitskapen skal her definerast i ein sosialvitskapleg kontekst. Desse representantane er tydeleg opptatt av at sjukepleievitskap skal etablerast som eigen vitskap, og at pendelen skal svinge bort frå medisinen (Juvkam, 1985). Sjukepleiehistorie som ei utviklingshistorie med profesjonsfaglege tema og ulike sjukepleieteoriar som er utvikla særleg i USA, skal ha fokus. Teori freistast å relaterast til sjukepleias praksis, der heile mennesket står i fokus. Det mekanistiske menneskesyn avvisast, ein fokuserer ikkje, som medisinen, på den sjuke del. Dette markerer ei lausriving frå den medisinske dominans, ei meir human sjukepleie skal utviklast der fenomenologiske og hermeneutiske erkjenningsmodellar vert sentrale (Juvkam, 1985, s. 123). Studieplanen kan

omtalast som å nettopp reflekterer vitskapleg gjeringa og profesjonaliseringa av faget. Vitskapsfilosofi får i dette forslag ei breiare dekning. Dette let seg lettare kombinere med omsorgstenkinga. Men, det kan stillast spørsmålet ved i kor stor grad dette er grunnlagt i reflektert metode syn, eller om det snarare er kreftene som er innebygd i profesjonaliseringa som her kjem til syne? (Juvkam, 1985).

Studieplan som vart praktisert fram til 1986 og som i stor grad vart vidareført, er altså ei sameining mellom desse to forslag, der prinsipielle standpunkt for båe leirar er representert (Bondevik, 2004, s. 42). Dette inneber at dei to forslag presentert over, kan ansjåast som eit bilete på nettopp to eksisterande konkurrerande miljø som ynskte øve påverknad på sjukepleievitskapens utforming. Forslaga er uttrykk for faktiske interesser som viste seg gjennom dei arbeid som vart nedlagt igjennom sjukepleievitskapens fyrste periode. Såleis la dei grunn for ulike tradisjonar som vart borne vidare i det akademiske sjukepleiemiljø. Sjukepleieforskinga grunnlag og sjukepleievitskapens opphav kan såleis ikkje omtalast som ei samlande verksemd med felles plattform for den norske sjukepleiarstand. Ved vårt søk i historia, ser vi at dette snarare kan omtalast som å tre fram som splittande mellom dei sjukepleiarar som leidde den teoretisk utvikling innan academia. I høve til dei breie vilkår som vart lagt i Eikelandsutvalets tilråding, 1978 (jmf. pkt. 4.5.1), ser vi i staden at studiet vart strukturert og utvikla seg i ein pasientvitskapleg/akademisk og ein sjukepleievitskapleg/profesjonell retning, der det på ulike vis ynskjust å realisere vitskaplege interesser. Den akademiske interesse, der Qvarnstrøm kan sjåast på som sentral representant, var opptatt av å vidareutvikle kompetanse og utvikle teori som kan yte bidrag til vitskapen, med medisinen og eit objektivistisk syn på vitskap som sentralt. Det profesjonelle mål gjekk ut på å utvikle særeigne kunnskarar som kunne styrke handlingsgrunnlaget for yrkesutøvarane og bidra til større sjølvstende, ein kamp som vi gjennom historia har sett har blitt markert frå sentrale organ som NSF og NSH. Men, samstundes som desse har kjempa for profesjonalisering og vitskapsgjering, har dei likevel ikkje tydeleg markert seg i høve lausriving frå medisinen, som kan ansjåast òg å fungere som sosial legitimeringsstrategi. Båe retningar ber uavklarte motsetnader med seg - og mot kvarandre (Juvkam, 1985, s.139).

4.5.3. Sjukepleievitskapens vidare utvikling ved UiB

Frå oppstarten i 1979 fram til i dag, har det som no omtalast som mastegradsstudiet i sjukepleievitskap gjennomgått ei rekke strukturelle endringar. Det er ut frå oppgåvas omfangsmessige avgrensingar uråd å skildre einkvar endring som har føregått på dette området så utførleg som det har rettmessig krav på for å oppnå størst mogleg forståing ut frå

oppgåvas perspektiv. Vi må nøye oss med å ta med at ulike interesseposisjonar låg til grunn, og i det fylgjande berre kort skissere den utviklinga som frå starten har funne stad.

Trass i Eikelandsutvalets (1978) føresetnad om at utdanninga skulle inngå i den ordinære universitetsstruktur og føre fram til vanlege universitetseksamenar definert som grunnfag, mellomfag og hovudfag der det vert antatt at sjølve grunnutdanninga skulle utgjere mellomfag (Juvkam, 1985), vert grunnfagsstudiet i sjukepleie utvida til mellomfagstilleg fyrst i 1982. Hovudfagsstudiet vert etablert i 1985, og doktorgradstudiar i sjukepleievitskap vart oppretta i 1987 (Bondevik, 2004, s. 33). Frå studiestart i 1980 til godkjent studieplan førelåg i 1986, vart studieplanen godkjent kvart år. Planen frå 1986 vidarefører i stor grad synspunkta som vi har referert til tidlegare (Bondevik, 2004, s.42). Sjukepleievitskap vert her referert til som studiet av dei grunnleggande føresetnadane som styrer menneskelege vilkår ved sjukdom og handikap, samt vilkåra for å førebyggje sjukdom (Bondevik, 2004, s. 42). Ein tanke som slår ein, utan at dette kan gåast nærare inn på i denne samanheng, er at ein spore likskap til medisin. Innlemma i dette var *grunnfag*, som på studieplanen romma det medisinske emneområdet, sjukepleiefagets psykologiske grunnlag særskilt knytt til pasientsituasjon og sjukepleieteori der særskilt sjukepleieprosessen i eit medisinsk perspektiv vert vektlagt. Vidare vert sjukepleiefagets samfunnsmessige grunnlag omhandla. *Mellomfag* viser på studieplanen til å omhandle sjukepleieteori der psykologisk referanseramme vektleggast, sjukepleieprosessen, samt forskingsmetode. *Hovudfag* går ytterlegare inn på vitskapsteori og metode, etikk og arbeidet med hovudfagsoppgåva (Bondevik, 2004, s.42-48).

Frå hausten 1996, vert *Helsefag hovudfag* sett i gang ved UiB. Dette medfører strukturelle endringar, ved at det vert eit samarbeidsprosjekt mellom det medisinske og det psykologiske fakultet (Bondevik, 2004, s.54). Sjukepleievitskap vert no eigen fagseksjon ved ISF, der fleire organ ved dei to fakultet i varetek drifta ved studiet. Studiet har ein tverrfagleg profil, og rommar ein fellesdel, samstundes som fagspesifikk fordjuping vektleggast. Innholdsmessig framstår både fellesdel og fagspesifikk del svært lik slik den er nedfelt i studieplan for *masterfag innan helsefag – sjukepleievitskap*, som vart oppstarta frå 2003 ved universitetet i Bergen, og som utgjer dei strukturelle rammer som dette studiet, samt oppgåvene som utgjer dette studiets populasjon har føregått under.

4.6. Kontekstuelle og innholdsmessige aspekt ved Masterstudiet i sjukepleievitskap innan aktuelle studieperiode

Masterstudiet i sjukepleievitskap går over to år, og byggjer på Bachelor innan sjukepleie, som

i dag tilsvarer treårig grunnutdanning på sjukepleiehøgskule. Fyrste halvår er organisert som ein fellesdel som rommar to modular, bår 15 studiepoeng – *vitskapsteori og sentrale helsevitskaplege tema*, samt *forskingsmetode og etikk*. Den fagspesifikke del har i andre semester to modular, *sjukepleie frå kall til vitskap og omsorg og livskvalitet*, bår 15 studiepoeng kvar (jmf. studieplan, vedlegg nr. 7, tilgjengeleg pr mail/ISF). Siste år av studiet er via til arbeid med sjølve masteroppgåva.

Modulane i studiets fellesdel har ei tverrfagleg orientering. Studentane organiserast i grupper der ulike helsefagsprofesjonar, med dertil ulike fokusområde er representert. Som student med oppstart hausten 09, kan fellesdel omtalast som å vere svært konsentrert kring modulen *forskingsmetode og etikk*, sjølv om modulen *vitskapsteori* tilsvarar i studiepoeng og i undervisingsmessig timetal. Studenten skal skrive både eit kvalitativt og kvantitativt forskingsdesign. Allereie ved studiestart motiverast det til temaval frå erfaringar frå eigen kliniske praksis. Det vert halde fram som ein føremon at dette arbeid kan byggast vidare på ved sjølve masteroppgåva (jmf. studieplan, vedlegg nr.7, tilgjengeleg pr mail/ISF).

Arbeidets avgrensingar tillet oss ikkje å gå i detalj kring studiets organisering eller strukturelle og innhaldsmessige forhold innan aktuelle periode. Som presisert tidlegare kan ei heller bakgrunnskapitalar til korkje forfattarane av oppgåvene eller sentrale aktørar innan området omhandlast. Trass i om det i det fylgjande korkje er intensjon om å gje ei fullstendig oversikt over det heilskaplege pensum eller undervising ut frå studieplan, samtlege temaområde eller endringar undervegs i perioden, ansjåast det likevel av interesse i grove trekk å skissere eit bilete av sentrale *retningar* innan denne kontekst, som over tid har blitt tydeleggjort gjennom studieplan, pensumlitteratur og gjennom undervisingsfokus (jmf. studieplan og pensumlistar, vedlegg nr.7, tilgjengeleg pr. mail/ISF). 10

Malterud og Kvale viser seg som relevante referansar ved gjennomføring av kvalitative arbeid gjennom det undersøkte tidsrom. Store delar av Kvales lærebok *Det kvalitative forskingsintervju* (2009) er vektlagt på pensumlistar. Vidare er Malteruds bok ”*Kvalitative metoder i medisinsk forskning*,” (2003), sentral, og boka i sin heilskap vert anbefalt lest allereie 10. I vedlegg 6 vil profilar som ansjåast som sentrale aktørar i aktuelle kontekst ved UiB gjennom undersøkte periode kort omtalast, då desse kan knytast opp mot rettleiingsfunksjon og undervising, og gjennom deltaking i utforminga av studietilbodet. Det må presiserast at å trekke fram nokre av desse *ikkje* er meint som undergraving eller ein freistnad på å setje i bås. Det har òg vore andre sentrale bidragsytarar innan dette felt gjennom aktuelle tidsrom. Det er ikkje intensjonen å gje ein presentasjon av desse profilanes samla forfattarskap eller analyse av innhaldet i dette. Det fylgjande vil verte kort omtalt ut frå sentrale trekk som kan ansjåast å vere opent for det offentlege, anten presentert gjennom UiB si heimeside, eller ved litteraturomtale, med føremål å skape eit bilete av kva *retningar* som er med å forme dette miljø innan aktuelle tidsrom.

før studiestart. Malterud er lege, og har kjempa for verdsetjing av kvalitativ forskning som veg til vitskapleg kunnskap gjennom ei årrekkje. Ho har ved sida av rolla som allmennlækjar, utført ei rekkje kvalitative studiar samt publisert bøker og artiklar. Malterud trekkjer særleg fram to ulike prosedyrar i den kvalitative metodelitteratur; grounded theory og Giorgis fenomenologiske analyse. Analysemetoden systematisk tekstkondensering er inspirert frå Giorgi og modifisert av Malterud (Malterud, 2003, s.99). Ho vektlegg at Giorgis føremål med den fenomenologiske analyse er å utvikle kunnskap om informantens erfaringar og livsverden innan eit område (Malterud, 2003, s.99). Giorgis analysemodell i fire trinn skal kort nemnast (Malterud, 2003, s. 100). Denne omhandlar å få eit heilskapsinntrykk av teksten, å identifisere meiningsberande einingar ut frå heilskapen, å abstrahere innhaldet frå kode til meining, og samanfatting av tydinga av det heile. Malterud held fram at både eit fenomenologisk perspektiv, der menneskes subjektive erfaring reknast som gyldig kunnskap (Malterud, 2003, s. 52), og hermeneutisk forståing, i meininga tolking av menneskeleg meining (Malterud, 2003, s.51) er nyttige perspektiv innan kvalitativ tilnærming. Samstundes held ho fram at forskaren må ha bakgrunnskunnskap i fagfilosofisk litteratur på området, dersom særskilt fenomenologiske tilnærmingar skal nyttast (Malterud, 2003, s.52).

I fellesdelen er det tematiske fokuset på helse og helsefremjing i staden for sjukdom og patologi, stort gjennom bae modular (jmf. studieplan og pensumlister, vedlegg nr. 7, tilgjengeleg pr. mail/ISF). Eit døme på sentralt tema frå pensum/undervisingsssamanheng, er Antonovskys bok *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask* (1987/2000). Oppleving av samanheng, meining og meistring står her i fokus, ut frå ein medisinsk sosiologisk ståstad. Gjennom fellesdelen vert vidare heilskapsperspektiv vektlagt som motsats til medisin og det som omtalast som reduksjonistisk tenkemåte (Råheim, 1997). Subjektet som opplevande og erfarande fenomen, livsverden samt den levde kropp trekkjast særskilt fram i undervisingsssamanheng, der mellom anna Maurice Merleau-Pontys kroppsfenomenologi vert presentert, som eit motstykke til medisinenes historie om å sjå på kropp som defekte delar som kan skiftast ut (Thornquist, 2009). Tema som mellom anna vert belyst er helsefagas dilemma ved sine røter i medisinen, der studieobjektet er den anatomisk-fysiologiske kropp sett ut frå eit naturvitskapleg perspektiv. Den relasjonelle, følande og opplevande kropp har i stor grad falt utanfor medisinenes kunnskapsområde. Psyken og sjela vert overlete til psykologien, det sosiale til samfunnsvitskapen, noko problematiserer ei forståing av den friske og sjuke kropp som inkluderer sirkulære rørsler mellom kropp, sjel og omverden innan medisin og helsefag. Det vert helde fram at dette gjer det vanskeleg å møte

og forstå den sjuke på ein ikkje reduksjonistisk måte (Råheim, 1997). Den levde kropp, opplevingsaspektet og subjektiv erfaring får aktualitet i spennet mellom teknologi og omsorg (Gjengedal, 1994). Dette perspektiv vert i stor grad presentert av førelesarar som representerer eit kvalitativt forskingsmiljø med ei fenomenologisk og hermeneutisk orientering ved instituttet. Dette har ofte hatt fokus på desse tema gjennom eigne studiar og som har publisert materiale på dette området, der kvalitativ tilgang med fenomenologisk og eller hermeneutisk tilnærming og perspektiv er nytta (jmf. vedlegg nr. 6, profilomtale).

På bakgrunn av pensumlitteratur og aktuelle førelesarar i høve kvantitativ metode gjennom fellesdel, kan det ansjåast at det skjer ei vektlegging av randomisert klinisk kontrollerte forsøk som ein gullstandard, og epidemiologiske studiar. Bakketeig og Magnus si bok ”*Epidemiologi* (2003) er sentral pensumlitteratur, der dei forskingsmessige spørsmål har utgangspunkt i sjukdom/smittsame sjukdomar, førekomst og utbreiing. Vidare er Polit & Beck si bok der sjukepleieforsking tek utgangspunkt i kvantitativ tradisjon “*Nursing Research: Principles and Methods*”(2004) vektlagt innan undervisinga knytt til kvantitativ tilnærming. Statistikkundervisinga pregast av å ta utgangspunkt i medisinsk forskning, med dømer frå klinisk kontrollerte forsøk og epidemiologi.

Den fagspesifikke del var i aktuelle tidsrom delt inn i modulane *omsorg og livskvalitet*, samt *sjukepleie frå kall til vitenskap* (jmf. studieplan og pensumliste, vedlegg nr.7, tilgjengeleg pr. mail/ISF). *Omsorg og livskvalitet* kan ansjåast å ha tilknytning til to ulike retningar sett ut frå det pensum som knytast til desse ulike tema. Livskvalitetsstudiar har rot i eit etablert forskingsmiljø ved universitetet (Bondevik, 2004, s.67-69), som knyt seg opp til kvantitativ tilnærming av pasientens oppleving av livskvalitet. Måling av livskvalitet og standardiserte skalaer er vektlagt. Dette har vore eit satsingsområde frå Norges forskingsråd, og har utgjort ein forskingsprofil for sjukepleievitenskap ved UiB utover (Bondevik, 2004, s.67-69).

Livskvalitetsforskinga vert òg sett i samband med eit helsefremjande og salutogenetisk perspektiv (jmf. vedlegg nr. 6, profilomtale). Trådane kan her trekkast til dei opphavlege rammer for sjukepleievitenskap med fokus på empirisk tilnærming til pasientens oppleving, men med medisinen som overordna referanseramme, trass i om teori frå andre retningar, som sosiologi og psykologi, trekkast inn (jmf. pkt. 4.5.2).

Omsorg kan ansjåast å ha større grad av rotfeste i eit fenomenologisk tenkesett ut frå aktuelle pensum som vert presentert. Temaet vert omtalt som *omsorg* fram til 2009, der det skjer ei

oppdeling i omsorgsfilosofi, omsorgsteori og håp og lidning. Innan temabolken omsorgsfilosofi er Martinsen ein sentral referanse (jmf. vedlegg 6, sentrale profilar), mellom anna med boka *Frå Marx til Løgstrup (2003)* (jmf. studieplan og pensumlistar, vedlegg nr.7, tilgjengeleg pr. mail/ISF). Boka viser Martinsens omsorgsfilosofi si fundering i filosofen og teologen Løgstrups (1905-1981) metafysiske forfatterskap, der hans sentrale omgrep – tillit, openheit, håp og kjærleik - funderast i nærleikssetikk. Hans tenking har rot i den jødisk- kristne skapingsforteljing, og han ser på dei overnemnde omgrep som av før vitskapleg dimensjon, ein grunnleggande del av å vere menneske i relasjon til den andre (Martinsen, 2003). Under temaet omsorgsteori, kan dei amerikanske sjukepleieforskarane Benner & Wrubel ansjåast å vere relevant referanse, med boka *The primacy of caring (1989)*. Benner sitt teoretiske utgangspunkt i Dreyfus & Dreyfus sin fem trinns modell for ferdigheitsstiging gjennom praksis frå 1986, vert her vidareført (Benner, 1985). I starten er ein nybyrjar, novise. Så går ein vidare til avansert nybyrjar, vidare til kompetent, kyndig for å så nå det høgaste nivået, som ekspert. Med dette meiner ho at ein byrjar læring ut frå reglar og utviklar seg mot å handle ut frå erfaring med tilhøyrande intuisjon. Intuisjonen forbunde med ekspertrolla vert sett på som høgaste ferdigheitsnivå, noko som utgjer ei motsetjing i vårt rasjonelt tenkande samfunn (Benner, 1985). Både Martinsen og Benner representerer eit fenomenologisk grunnlagsperspektiv, innan ein kvalitativ tradisjon der fokusområdet er omsorg. Den finske sjukepleieforskaren Eriksson, står òg i denne tradisjon, og kan ansjåast som sentral referanseperson innan temaet håp og lidning innan modulen. Ho funderer si tenking i teologen og filosofen Kirkegaard og teologen, nykantianaren og metafysikaren Nygren (Martinsen, 1996).

Modulen *Sjukepleie frå kall til vitskap* gjev eit perspektiv nettopp på den utviklinga som har skjedd innan sjukepleie. For studentar f.o.m. 2008, omhandla den fagspesifikke delen noko nytt, ved presentasjonen av Bourdieu sitt tenkegrunnlag kring teori og praksis, som kan omtalast å representere eit nytt paradigme. Dette gav ein ny tilgang til synet på sjukepleie som sosial praksis. Vidare framkjem ei vektlegging av Foucault sine tankar kring makt, disiplinering og straff (Foucault, 1975/1994). Omsorg sett inn i eit historisk perspektiv kan ansjåast å verte vektlagt, mellom anna sett i lys av kva kampen for profesjonalisering og vitskapsgjering har medført for sjukepleias grunnleggande omsorgsfokus (Martinsen, 1989).

5.0. Diskusjon - å trekkje parallellar mellom funn og historiske og kontekstuelle vilkår

5.1. Å bere med seg ei historie

”Hvor vi end vender os, er vi vevet ind i en soscial sammenhæng. Denne sosciale sammenhæng er altid en betydningssammenhæng, en symbolsk virkelighed i vores opfattelse af verden. Men det er aldrig noget man skaber eller vælger, derimod noget man er indlejret i, inden man selv optræder på scenen... ..Kort sagt, når man prøver å få fat i det ”sociale” virker det som om, vi står i en magisk cirkel, som vi ikke kan bryde du af. Kan man bryde du av en fortryllelse og stadig bevare sin plads i sammenhængen?” (Callewaert et. al., 1994/2008, s.11-12).

Sitatet kan danne ein innfallspørt, sett ut frå eit Bourdieusk synspunkt, når vi skal prøve å skissere korleis feltet sjukepleievitskap viser seg ut frå denne studiens resultat og korleis dette kan ha seg? Sitatet peikar mot at den sosiale samanheng ein er innvoven i, ikkje berre er av symbolsk tyding. Det handlar òg om eit nettverk av maktrelasjonar. Såleis vil det aldri berre vere eit spørsmål om å meine noko eller å kunne noko, men òg om å ha tilgong til dei ressursar som gjev makt over tinga. Dei kontekstuelle forhold kring ein, vil vere av tyding.

Empirien i dette studiet har hatt som siktemål å kaste lys over korleis sjukepleievitskap materialiserer seg ved universitetet i Bergen i perioden 2005-2010, ved fokus på innhald og vitskapsteoretiske aspekt ved masteroppgåvene innan dette aktuelle tidsrom. Når ein så har Bourdieu som mal i si tilnærming til desse aktuelle empiriske resultat, vert det av interesse å stille spørsmål ved *kvifor* desse resultat framstår slik? Kan det seiast noko *om korleis det kan ha seg* at forfattarane av oppgåvene vel å løyse desse arbeida på denne måten? I lys av Bourdieus tenking og empiriske framgangsmåte, vert det i samband med dette relevant å kaste lys over nettopp aspekt ved den historie sjukepleie som fenomen ber med seg inn i academia samt strukturar ved dei kontekstuelle forhold som møter sjukepleiaren som akademisk aktør her.

Bourdieu studie *Homo Academicus* (1996), har tidlegare vorte omtalt (jmf. pkt.3.2.) der hans mangfaldige måte å konstruere det sosiale rom framkjem. Hans konstruerte objekt, agentane, er ikkje identiske med dei empirisk førekomande individ. Bourdieu nyttar eit mangfald av kjelder (intervju, informativt materiale frå aviser osv) som innfallspørt for å konstruere klasser som då kunne tilbakeførast for å seie noko om empirien. På denne måten lukkast han med å konstruere individ og deira relasjonar til kvarandre og slik analysere agentanes vilkår for

handling, utan at dette var ei avspegling av dei empiriske individ. Dette var i lys av hans tanke om at dersom ein skulle skildre og forstå endringar i dei høgare utdanningar og vitenskapleggjering, måtte ein ikkje berre ta utgangspunkt i dei framtreddande hendingar og dei ideologiske diskursar, men gå ut frå ei nøye kartlegging av deltakaranes bakgrunn i termar av dei kapitalar som dei kan spele ut med, deltakaranes posisjonar og stillingstakingar samt ut frå dei produkt av verksemda som materialiserer seg (Petersen, 1997/98). Bourdieu viser at den habitus akademikarar innehar rommar mange antakingar, overtiddingar og åtferd kring spørsmål om kva vitenskapleg aktivitet tyder. Dette er internalisert, noko som vil forme meiningar om korleis ageringa skal gå føre seg på dette området, mellom anna kva som er legitime forventingar til komande forskarar (jmf. pkt.3.2). I akademia vert dette konseptet viktig i høver ved store endringar, og vil påropast som legitimt, den regjerande doxa, i diskusjonar av vitenskaplege kommunikasjonssystem. Dei av nykomarane som er best i stand til å forstå spelereglane, vil ha størst moglegheit for å verte godtatt og innvia i spelet (Bourdieu, 1996).

Bourdieu sitt studie av fransk akademia kan ikkje direkte overførast til sjukepleiaranes akademiseringsprosess ved norske universitet. Ut frå omfangsmessige avgrensingar kan ei heller dette studie ha intensjon om å fullstendig konstruere den del av universitetsfeltet som populasjonen er henta ifrå, eller vere detaljert i ein rekonstruksjon av historie og kontekst. Trass i avgrensande rammer, kan likevel tematikken og dei mønster som framkjem gjennom Bourdieus studie danne eit interessant bakteppe ved vurdering av dei resultat som viser seg ved aktuelle arbeid. Det handlar nemleg om korleis sjukepleia som ei nyare gruppe utfordrar og tilpassar eigne forhold til gamle maktstrukturar innan akademia. Korleis kjem dette til syne i sjukepleiarens akademiske arbeid?

Den fylgjande diskusjon gjer ikkje krav på å eige sanninga. Studiets resultat ansjåast ikkje som representative utover det som framkjem som dominerande tendensar innan ei viss tidsperiode, ved eit felt for sjukepleievitenskap ved eitt spesifikt universitet i Noreg. Det søkjast fokus på aspekt ved *kva* desse tendensane omhandlar og korleis dei kan forståast ut frå historie, opphavlege grunnlagstankar kring kva sjukepleievitenskap skulle omhandle og aspekt ved den institusjonelle kontekst sjukepleiaren her agerer innan. I studiens historiske skissering, er det gjort freistnad på å synleggjere at dette òg er ei historie som kan gjenforteljast på ulike måtar, ut frå ulike posisjonar og verdigrunnlag. Delvis synleggjerast diskusjonen, eller den tidvise *mangel* på grunnlagsdiskusjon (Martinsen, 1978, ref. i Juvkam,

1985, s.7) som har føregått parallelt med historia, vedrørende om sjukepleie som vitenskap kan harmonerast med grunnleggande verdiar, og ikkje minst korleis dette skal kunne gjennomførast. Historia kring sjukepleias akademisering og kva som skulle tene faget til det beste, vil verte forskjellig fortalt av sjukepleiaren, historikaren og filosofen Kari Martinsen, sjukepleieforskaren og NSF sin leiar gjennom ei årrekke, Helga Dagsland eller universitetsprofessoren for forskning og metodedel, og sentral aktør i planlegginga av dei fyrste rammer for sjukepleievitenskap ved UiB - Ulla Qvarnstrøm. Der Martinsen talar om omsorg, talar Dagsland om profesjonalisering og Qvarnstrøm freistar tilpasse det heile i eit akademisk landskap. Når ein les om desse ulike perspektiv, kan historia kring kva som skulle medføre den beste utvikling for sjukepleie nærast framstå som eit kampområde, knytt til ulike forskarars syn på vitenskap og akademiske og profesjonelle interesser. Sjukepleia har altså ikkje stått samla i kampen, men kan ansjåast å ha hatt ulike standpunkt til denne utvikling (jmf. pkt. 4.3.1). Dette kjem òg til syne gjennom rekonstruksjonen av aspekt ved dei opphavlege forslag til studieplanar, som markerer ulike og til dels motstridande synspunkt både til kva sjukepleievitenskap skal omhandle, og korleis forskinga skal utførast; den eine omtalt som pasientvitenskap/akademisk, med Ulla Qvarnstrøm som sentral representant. Den andre som sjukepleievitenskap/profesjonell, der det kan ansjåast at den del av sjukepleiemiljøet som kjempa for profesjonsinteresser og vitenskapsgjering av sjukepleias praktiske verke, var sentrale representantar (jmf. pkt. 4.5.2., Juvkam, 1985). Sistnemnde kan ansjåast som ei vidareføring av ein kamp NSF og utdanningseiningane hadde ført i ei årrekke.

Ved vårt tilbakeblikk, ser vi at sterke personressursar med engasjement og i sentrale posisjonar særskilt innan NSF og/eller organ tilknytt sjukepleieutdanninga, har kjempa for universitetstilgang og vitenskapsgjering. Desse hadde ofte høgare utdanning i form av hovudfag eller doktorgrad innan andre fag, eller innan sjukepleievitenskap frå utlandet, særskilt USA, finansiert gjennom NSF, samt nyvunnen kunnskap innan forskingsmetode (jmf.pkt.4.4). Representantar for dette har blitt trekt fram, med Lerheim og Dagsland som dømer. Dersom vi trekkjer trådane til Bourdieus konstruksjon av sosiale system som felt (jmf. pkt. 2.3, 3.1), der alle aktørar innehar ein posisjon ut frå sine disposisjonar og ut frå den kapital dei bringer med inn i feltet, kan vi antake at desse sentrale aktørane hadde erverva ein særskilt type kapital, i form av utdanning. Dette gjorde det mogleg å oppnå sentrale posisjonar der dei kunne, via sine moglege relasjonar, påverke utviklinga i den ynskte retning. Desse aktørane tenkingsgrunnlag kan antakast å ha blitt prega av særskilt amerikanske sjukepleieteoretikarar og relaterte omgrep. Både sjukepleieprosessens resultatorientering, tenkegrunnlaget kring

eigenomsorg og kanskje ikkje minst profesjonaliseringstanken kan assosierast med den amerikanske påverknad (Martinsen, 2003, Melby, 1990, s.273-280).

Sett i eit historisk perspektiv, er det tydeleg at sjukepleiarens posisjon i praksisfeltet alltid har vore underordna legen og medisinen. Sjukepleie som yrke vaks fram som resultat av at legen trengde ein hjelper (jmf. pkt. 4.3.2). Historia viser at sjølv om sjukepleie vaks fram som eiga utdanning, var det likevel legen og dei medisinske referanserammer som danna grunnlag for læremateriell og undervising (jmf. pkt. 4.3.3). Trass i om sjukepleiaren etterkvart formelt får kontroll over eiga utdanning, får dette få praktiske konsekvensar for sjukepleiarens underordna posisjon i høve legen (jmf. pkt. 4.3.4, 4.3.5., Juvkam, 1985, s. 15). Den spesifikke feltpkapital kan nyttast som både synleg og ikkje synleg makt i eit felt (Bourdieu, 1994/1996, s.38-46). Legens kapital og den dominans dette har utøvd overfor sjukepleiaren, kan vurderast å ha fleire sider og representer ein kapital i meir enn form av utdanning. Ein kan anta at legens *samla sosiale kapital* har hatt påverknad (jmf. pkt. 2.3). Medisinen har hatt ein særskilt status i helsevesenet, der legen – med sitt monopol på behandling - har hatt myndigheit, råderett og autoritet i avgjersler. Legen har dessutan tradisjonelt vore mann, og i kraft av dette vore overordna kvinna, noko som særskilt kan ha hatt påverknad overfor sjukepleie som alltid har vore eit tradisjonelt kvinneyrke. Såleis har legen med si medisinske referanseramme innehatt ein kapital og ein posisjon som har gitt dei andre relasjonar for dominans og makt i eit sosialt felt der sjukepleiaren ved dette kan ansjåast å ha hatt avgrensa moglegheiter til handling, trass i oppnåing av meir utdanningskapital. Difor kan *frigjering frå lege- åket* (Martinsen, 1979, ref. i Juvkam, 1985, s. 16) ansjåast å vere ei viktig drivkraft bak sjukepleias strategiar for både avgrensing kring eigen profesjon og kamp for eit uavhengig kunnskapsgrunnlag. Samstundes skjer kampen på dette området i eit felt der òg andre grupper kjempar om status og posisjon. Historia viser at profesjonskampen kan sjåast i samband med den auka spesialisering som skjedde gjennom etterkrigstida, der sjukepleia opplevde trussel om ”avkvisting” av faget. Det vaks fram ei trong til å markere grenser for sitt arbeidsområde (jmf. pkt. 4.3.4, Juvkam,1985, s.15).

Men, likefullt viser historia at relasjonen til medisinen må ansjåast som uklar og dobbelsidig, noko som pregar dei strategiane som vert nytta i kampen om posisjon i feltet. Samstundes som det kjempast for eige kunnskapsgrunnlag og frigjering frå underordning, er sjukepleias forhold til medisinen kompleks. Gjennom historia har vi sett at forholdet til medisinen òg har fungert som sosial legitimeringsstrategi (Melby, 1990). Vidare kan sjukepleia ansjåast som praktisk semi profesjon underlagt nettopp medisinen. Ut frå eit slikt perspektiv, vil sjukepleie

treng medisinen - som eit prov på eigen eksistens (Martinsen & Wærness, 1979, ref. Juvkam, 1985, s.42).

Trass i sentrale pådrivarar og interesseposisjonar er sjukepleias akademiseringskamp ei historie som ikkje kunne ha funne stad på grunnlag av sterke personkrefter åleine. I tråd med Bourdieus tenkegrunnlag, ansjåast menneskeleg handling korkje åleine basert på strukturar *eller* på individuelle behov. Dette medfører eit syn på at premissane for handling ligg *imellom* det individuelle og det sosiale. Mennesket står såleis korkje fritt til å handle, eller er berre styrt av sosiale strukturar. Individ og samfunn påverkar kvarandre gjensidig (Bourdieu, 1992/1996, s. 20-24, Halskov et. al, s. 276). Motførestillingar og diskusjon til trass, så var det *vilje* til politisk imøtecoming og økonomiske fordringar som gjorde sjukepleiens utvikling mogleg å skje akkurat på dette tidspunkt. Eit samfunn i økonomisk vekst og utvikling stod ein i ryggen. Auka velstand og sosioøkonomisk utvikling danna grunnlag for ynskje om auka påverknad gjennom utdanning. Ikkje minst vart kvinnesakskampen og frigjering frå mannsdominansen og dei tradisjonelle kvinnerollene, av sentral tyding som ein pådrivar i kampen på akkurat dette tidspunkt (Melby, 2000). Med andre ord har konteksten rundt feltet hatt påverknad for denne kampens moglegheiter. Ein kan vurdere sjukepleiarens handlingar her som strategiske ut frå kva som har vore *moglege* handlingsalternativ i gitte situasjonar (Bourdieu 1980/2007, s.93, Wilken, 2008, s.49, Rogg, 1991).

Eit sentralt spørsmål som vi skal ta med inn i diskusjonen er om desse strategiar som kjem til syne gjennom sjukepleiarens vitskaplege arbeid er resultat av *medvitne* val tatt på eit sjølvstendig erkjeningsteoretisk grunnlag? Det vert ikkje anteke som sannsyneleg at dette arbeidet kan nærme seg eit uttømande svar på dette. Likevel takast det sikte på å stille nokre grunnleggande kritiske spørsmål vedrørande moglege samanhengar og påverknadskjelder som kan ha vore tilstades, sett i lys av den historie som sjukepleiaren som akademisk aktør ber med seg og må tilpasse seg i møte med den aktuelle kontekst.

5.2.1. Praksis som fokusområde for sjukepleievitskap?

”Sosiale agentar er produkt av historia, historia om heile det sosiale feltet og den røynsla som er oppsamla undervegs i eit livsløp som er bunde innafor det underfeltet som er til vurdering” (Bourdieu, 1987, ref. i Bourdieu & Wacquant, 1991/1993, s.121)

Når ein ser på studiens funn, er det eit interessant fokus for undring at over 95% av aktørane innan området sjukepleievitskap i dette tidsrom enno er kvinner (jmf. skjema, spm.2). Ein kan

stille spørsmål ved om dette er nok ein gjentakning av historia, frå sjukepleie som kvinnetradisjon, til at òg sjukepleievitskap vert ein kvinnetradisjon? Medbringer det faktum at dette felt innan sjukepleie enno er kvinnedominert, at det òg i dag føregår ein kamp for posisjon i høve mannsdominerte yrker og posisjonar, men no innan det akademiske felt? Denne diskusjon er interessant, men kan ikkje vere gjenstand for omhandling i denne omgang.

Heile 81% brukar eigen praksis som grunnlag for tema/problemstilling (jmf. skjema, spm. 6). Vidare sjåast ein klar tendens til at studien skal ha nytteeffekt for praksis. Kunnskapen som kjem fram skal bidra med å gjere praksis betre ved 86 % av desse arbeida (jmf. skjema, spm. 24). Sjølv dei oppgåvene som utover dette i større grad reflekterer eit teoretisk refleksjonsnivå, og som er av filosofisk karakter, impliserer kapittel om studiens praktiske implikasjonar. Løysing av praktiske problemstillingar innan sjukepleiepraksisen, framkjem som eit prioritert fokus. Ut frå gjeldande funn kan praksis angjevast som grunnlag for tema/problemstilling, som det objekt studiane i overordna omsyn tyding rettar seg mot og som grunnlag for den diskurs desse omhandlar (jmf. skjema, spm. 6, 23, 24). I samband med denne tendens, vert nærare 31% av studiane knytt til *sjukepleiaren* som populasjon, samt ytterlegare 7% til den meir generelle fellesnamninga helsepersonell (jmf. skjema, spm.16). Korleis sjukepleiaren/helsepersonell skal gjere sin praksis betre, er altså eit grunnleggande fokusområde. Dette er høge tal, og ein kan undre seg over at to år på universitetet ikkje resulterer i nye tankerekker og tema for kva som ynskjust fokus på. Kan historie og kontekst kaste lys over korleis desse tendensar kan forståast?

Marit Kirkevold, professor ved sjukepleievitskap ved universitetet i Oslo, med særskilt interessefokus for samanhengen mellom vitskap og praksis, kan ansjåast som ein sentral talsmann for kva sjukepleievitskap skal omhandle innan feltet i dag. Kirkevold er ein sentral førelesarprofil, redaktør i NSF sitt forskingsmagasin, *Sykepleien Forsking*, og er aktiv bidragsytar til læremateriale, særskilt retta mot grunnutdanninga i sjukepleie (UiO si heimeside, 2011). Ho meiner at sjukepleievitskapen sidan opprettinga har hatt eit klart sosialt mandat, nemleg å produsere kunnskap som kan underbygge og betre sjukepleiepraksis (Kirkevold, 1996, s.17). Sjukepleievitskapens legitimitet vert altså knytt til den legitimitet sjukepleie har som praksisfag. Etter dette synspunkt, skal sjukepleievitskap utvikle eit systematisert kunnskapsdomene som er naudsynt og relevant for sjukepleie som klinisk praksis (Kirkevold, 2002, i Østlinder et. al, 2009). Dette syn impliserer at det ikkje er disiplinen kunnskap om bestemte praktiske forhold som gjev den legitimitet. Legitimiteten ligg i at kunnskapen vedrører forhold som er relevante for å kunne utvikle sjukepleie på ein

betre måte, og er utvikla med utgangspunkt i aksepterte verdiar (Kirkevold, 1996, s.19). Ut frå denne argumentasjon er det tydeleg at sjukepleie som praksisfag skal vere styrande for sjukepleievitskapens fokus, og bidrag. Dette synspunkt deler òg Lerheim, tidlegare omtalt som sentral profil innan NSF og pådrivar for sjukepleias universitetstilgang. Ho held fram at sjukepleievitskap skal styrke sjukepleias faglege plattform og kunnskapsgrunnlag, vere ein kunnskapsbank som praksis skal trekke vekslar på, og som skal understøtte, avspegle og rikgjere praksis (jmf. pkt. 4.5.1., Lerheim, 2000). Dette perspektiv representerer eit syn på sjukepleie som ein kunnskapsbasert praksisdisiplin. Sjukepleias praksis skal vere ein forskingsbasert og profesjonell utøving av teneste til menneske i helsesamanheng og sjukepleieforskning er sjukepleievitskapens instrument i kunnskapsutviklinga, som primært skal omhandle sjukepleias praksis, og ha effekt for korleis praksis utøvast (Lerheim, 2000, s.22). Altså vert nytteeffekt for praksis vektlagt som det fokus sjukepleievitskap ved forskning skal omhandle. Tema knytt til pasient, sjukepleiefunksjonar og praksis må prioriterast i kunnskapsutviklinga, og den røyndom sjukepleie utøvast i innan sentrale praksissituasjonar må gjenspeglast gjennom sjukepleievitskapen (Lerheim, 2000, s.121-128, Kirkevold, 1996). I boka *Vitenskap på egne premisser* (1995) skriv Fjelland & Gjengedal, baa sentrale aktørar innan universitetskonteksten for helsefag og sjukepleievitskap ...”*målet med vitenskapliggjøring bør være å bedre kvaliteten på praktisk utøvelse av et yrke i den forstand at utøverne kunnskapsmessig står bedre rustet i sin arbeidssituasjon*” (Fjelland & Gjengedal, 1995, s.11). Dette tyder på ein allmenn aksept i fagmiljøet kring at sjukepleievitskap skal produsere kunnskap med praktisk nytteeffekt.

Inntil vidare kan det altså ansjåast at det i akademiske området sjukepleiaren trer inn i, ligg ein aksept og premisss for at sjukepleievitskapen skal ha praktisk nytteeffekt, noko som kan kaste lys over at funna framstår i denne retning. Sett ut frå eit historisk perspektiv, er dette heller ikkje overraskande. Som tidlegare skissert var representantar frå utdanningsorgana og NSF viktige pådrivarar for sjukepleias akademiske tilgang. Fagforbundet ynskte ein profesjonsmodell, ein yrkesretta profil på utdanninga, der det særsegne med sjukepleia sitt verkefelt vart vektlagt. Dette kan sjåast på som ei forlenging av den kamp NSF kjempa for profesjonalisering av sjukepleia (jmf. pkt. 4.3.4). 11

Går vi attende til dei opphavlege rammer som gjennom studieplanar vart strukturert i høve

11. Dette stod i motsetjing til deler av universitetsmiljøet som ynskte ein meir open modell, der òg andre helsefag kunne verte inkludert. Fagforbundet hadde utover dette ikkje ei klar haldning i høve fakultetstilknytning - kor vidt sjukepleie på universitetsnivå skulle tilknyttast det medisinske eller det samfunnsvitskaplege fakultet (Melby, 1990, s. 281).

kva sjukepleievitskap skulle omhandle, ser vi at sjukepleias praksis meir indirekte kjem fram i den fyrste studieplan som strukturerte etableringsfasen og dei fyrste år av sjukepleievitskap i Bergen, der Ulla Qvarnstrøm kan ansjåast som sentral representant (jmf. pkt. 4.5.2, Juvkam, 1985). Sjukepleievitskap skal etter dette perspektiv omhandle klinisk, empirisk forskning knytt til korleis det er å vere sjuk. Pasientvitskap, pasientologi, skal danne grunnlag for utleiing av metodar og teknikkar for omsorgsarbeidet (Juvkam, 1985, s. 88-89). Utover dette seiast det likevel lite om sjukepleiarens praksis og funksjon. Praksis og nytteeffekt for praksis vert i større grad tydeleggjort gjennom det andre forslag til studieplan, representert ved den fløy av sjukepleiemiljøet som utgjorde ein opposisjon mot rammene som gjennom første studieplan vart lagt for sjukepleievitskapens innhald (jmf. pkt. 4.5.2.). Sjukepleiepraksis vert her helde fram som sjølv grunnlaget for vitskap. Digernes og Kristiansen, sjukepleiarar og sentrale talsmenn for dette synspunkt, seier ”...i og med at sykepleie er en praktisk disiplin, må studiet av fagets teoretiske grunnlag ikkje skilles frå den kliniske virkelighet.Det bør være en gjensidig vekselvirkning mellom teoretisering og praktisk erfaring” (Kristiansen & Digernes, 1981, ref. i Juvkam, 1985, s.112). Det profesjonelle synspunkt stod sentralt i denne tankegang, der kunnskapen ikkje berre skulle utviklast, men òg leiast ut til praktisk bruk (Juvkam, 1985, s. 113). Handlingsaspektet og den praktiske dimensjon vert vektlagt ved vitskapleg arbeid, og sjukepleievitskapens endelege mål er å byggje praksis på vitskapleg grunn. Det vektleggast å legge grunnlag for sjukepleie vitskap som potensielt sjølvstendig vitskap, teori skal førast ut i praksis. Klinisk sjukepleie vert jamstilt med klinisk, der desse vert skildra som komplementære disiplinær med overlappende funksjonar (Juvkam, 1985, s. 118).

Som tidlegare nemnt, vert prinsipielle synspunkt ved båe desse forslag vidareført gjennom dei vidare studieplanar innan sjukepleievitskap (jmf. pkt. 4.5.2). Det er ut frå omfangsmessig avgrensing ikkje mogleg å gå inn på dei alle, men det er interessant i denne samanheng å nemne at som student innan sjukepleievitskap hausten 2009, vert du kort tid etter studiestart oppmoda om å velje ei problemstilling frå eigen kliniske praksis, gjerne som grunnlag for det framtidige masterprosjekt. At dette kjem på plass tidleg i studiet reknast som ein føremon, med tanke på normert studieprogresjon.

Praksis og praktisk nytteeffekt har såleis både ut frå historie, og ut frå kontekstuelle forhold blitt helde fram som *legitimeringsgrunnlag* for sjukepleievitskap, noko som kan ansjåast som å avspegle seg gjennom aktuelle studie sine resultat. Ut frå den framtrekande vektlegging dette har hatt frå fagorganisasjon, sentrale interesseorganisasjonar, utdanningsinstitusjonen,

sentrale representantar som forkjemparar for akademiseringskampen, faglitteratur og strukturert gjennom studieplanar, er det nærast gjort sjølvstøtt at sjukepleiarens praktiske verkefält skal ha fokus for sjukepleievitskapleg verksemd. Dette kan sjåast på som naturleg for eit fag som sjukepleie, praktisk i sin natur. Men, er likevel vitskapleggjing av eigen praksis noko som kan skje utan ei vidare problematisering?

Det er interessant å vurdere denne tendens opp mot Bourdieus habitusomgrep. Habitus omtalast som ei før kroppsleggjort inkorporering i både kropp og sinn som formast etter det liv vi har levd, og peiker på individets handlingsmønster ut frå si forståing av den situasjon dei er i (jmf. pkt. 2.3, Wilken, 2008, s.36-37). Bourdieu meiner at kroppen trur på det den gjer, den hugsar ikkje fortida – kroppen *er* fortida, og den opphever fortida ved å leve den ut (Wilken, 2008). Aktørane i feltet handlar på bakgrunn av sine erfaringar, som er erverva gjennom å leve i ein felles røyndom med normer og forventingar for handling. Habitus vil såleis danne rammene for praksisen i feltet (Petersen, 1997/98, Petersen, 1995 a, s. 126). Å ta sin eigen praksis inn i akademia, kan vere ein måte å gjere eigne inkorporerte handlingar forståeleg og handterbart innan det akademiske landskap og gjennom teori. Forfatarane har alle vore del av ein praksis - i eit system der arbeidsdelinga føregår etter eit viss mønster. Ut frå ein tankegang der habitus vert ansett som orienterande for handlingane i feltet, gjev det meining at nettopp den praksis ein sjølv har vore del av dannar grunnlag for sjukepleiarens fokus innan akademia, noko som aktuelle funn reflekterer.

Like fullt kan å gjere eigen praksis til gjenstand for vitskapleggjing omformulerast på fylgjande måte: sjukepleiaren påropar seg forskning i sjukepleie gjennom si praktiske verksemd som sjukepleiar. På denne måten gjerast teori om til eit framhald av praksis *Praktikarens kunnskap* vert med dette det epistemologiske grunnlag for den vitskaplege kunnskap innan feltet (Petersen, 1996, s.327). Eit grunnleggande spørsmål i høve dette vert om sjukepleiaren då som akademisk aktør er i stand til å vere sine handlingar medviten og erkjent? Dei *haldningar, handlingar og eiga oppleving av kva ein gjer* som er inkorporert som ein del av ein sjølv, vert ikkje naudsyntvis stilt kritiske spørsmål ved (Petersen, 1995 b, s.36). Ut frå dette er det av interesse å merkje seg at berre eit fåtal av desse oppgåvene, i overkant av 16% set eigen praksis i kritisk lys eller utfordrar den ut frå det som ligg i føreforståinga av denne (jmf. skjema, spm. 6). Dei omgrepssett og kategoriseringar som gjeld innan det praktiske felt, vert i stor grad overført, utan at det stillast grunnleggande kritiske spørsmål ved kva desse byggjer på, eller på kva grunnlag desse eksisterer i det heile.

I samband med dette er det interessant å trekke parallellar til den historie vi i forkant har skissert, som viser at sjukepleiarens grunnlagstenking i stor grad og svært lenge var forma av medisinen som overordna referanseramme (jmf. heile pkt. 4.3). På den eine sida kan ein stille spørsmål ved om dette er så integrert i praksis, og så inkorporert i sjukepleiaren at det vert vanskeleg å utfordre? På den andre sida kan ein undrast over om nettopp utfordringa av medisinen har medført at det gripast etter eit omgrepsett som tilleggast ei *motsett* tyding av det som ileggast ei medisinsk grunnlagsforståing, men at det likevel ikkje skjer ei utfordring av dei grunnleggande rammer for desse oppfatningar? Vi skal ta med oss desse refleksjonar til nærare handsaming seinare i diskusjonen.

Frå kritiske røyster vert det hevda at nettopp tendensen til å gjere praktisk kunnskap til det eine grunnlag for vitenskapleg forskning, kan *avgrense* det vitenskaplege felt ut frå ulike interesser, til dømes til fordel for fagforeiningsinteresser. Nettopp moglegheita til å stille dei grunnleggande spørsmål vedrørande fundament og innsats, vil såleis verte vanskeleg, og vitenskapsteoretiske diskusjonar vil kunne verte fråverande (Petersen, 1996, s.328).

Denne tendens til å nytte praksis som legitimeringsgrunnlag for vitenskapleggjering kan på ei anna side ansjåast å ikkje gjelde sjukepleie spesielt, men òg andre praktiske fag innan aktuelle periode. Det kan trekkjast parallellar til ein trend som vi utover 1980 og 1990 talet kan sjå i samfunnet elles, der praktikarens kunnskap om det han gjer vert framheva som eit grunnlag for vitenskapsgjering. Eit døme som kan representere denne retninga og som breidde vidt om seg, er den danske professoren innan byplanlegging, Flyvbjerg si lansering av omgrepet ”*det konkrete vitenskap*” i 1992 (Petersen, 1996, s. 321). Dette omgrep presenterer nærast ei ny tilnærming til vitenskapleg kunnskap. Motivet er å vise at forskarens innsirking av empirisk kunnskap kan ansjåast som situasjonsbunden og må utforskast gjennom eit utgangspunkt for å forstå og fortolke praktikarens kunnskap om det han gjer, kva tankar og meiningar han har om sitt gjeremål, korleis han faktisk gjer det og kva tyding dette får for den konkrete gjevne utforska praksis. Slik vert forskarens rolle å gjengjeve frå praksis korleis praktikaren opplever sin praksis gjennom forskarens auger, der målet med dette er forbetring av praksis. På denne måten skal altså praksis gjerast om til vitenskap (Petersen, 1996, s. 321).

Det nye i denne samanheng er at det vert forsøkt å legitimere at den praktiske praktikk skal omgjerast til vitenskap. Sett ut frå ein annan synsvinkel, er det likevel ein gamal tematikk som vert reist, der trådar kan trekkjast heilt attende til Aristoteles (384-322 f.kr) gjeldande diskusjonen kring praktisk klokskap og episteme (Aristoteles, 1973). Det problematiske

aspekt ved dette, er at der Aristoteles *skilde* mellom formene vitenskapleg kunnskap (*episteme*), handverkskunnskap (*techne*) og klokskap (*phronesis*), er ynsket ved dette ”nye” perspektiv å *opphøve* denne åtskiljing. I staden for å skilje praktisk klokskap og vitenskapleg erkjenning ut frå sin eigen rett, skjer det ein ureflektert freistnad på ei samanføyning av desse omgrep. Det kan stillast spørsmål ved om dette er ei *omdefinering* av vitenskap, på område der ein ikkje lukkast med å definere vitenskapen på tradisjonelt vis som episteme – vitenskapleg erkjenning? I staden omdannast vitenskap til å vedrøre praksiskunnskap - den gjeldande doxa. På den eine sida er altså praksis gyldig i sin eigen rett, på den andre sida må den gjerast til vitenskapleg praksis kunnskap for å vere fullt legitim. Dette perspektiv fekk gehør hjå praksisretta fag som ynskte å legitimere sin praksiskunnskap som vitenskapleg diskurs (Petersen, 1996, s.323).

Frå eit perspektiv der ein anerkjenner at det finnast ulike former for kunnskap, som eksisterer ut frå sin eigen logikk, og difor må skiljast åt og verdsetjast for sin eigen del, vert ei slik samanføyning av den moralske praksis og vitenskapens eigenlogikk vanskeleg (Petersen, 1996). Vi skal gå djupare i refleksjonen kring nettopp ulike former for kunnskap relatert til studiens funn og sett i lys av Bourdieus tenking i ein eigen del av diskusjonen (jmf. pkt. 5.5).

Samstundes kan sjukepleia på dette området samanliknast med akkurat det både medisin og andre para medisinske disiplinar har gjort – å forsøke å vise at den kliniske praktikk er vitenskapsfundert, men òg i sin konkrete praktiske gjennomføring vitenskapleg (Petersen, et. al. 2006 a, s.95) I så måte kan ikkje sjukepleie seiast å skilje seg ut korkje frå medisin eller andre helsefagsgrupper. Men, om så *klinisk* sjukepleiepraksis skal vere sjukepleievitenskapens grunnlag, kan ein undre seg over det manglande fokus på å prøve skilje ut pleie som eige område, der då særpreget ved den kliniske sjukepleiepraksis kan markerast? Kategorien som vert angitt som førebygging, pleie og behandling (jmf. skjema spm.17) er klart den mest dominerande i høve til oppgåvenes temaområde, over 76% av oppgåvene plasserer seg her. Men, svært få prøver å ha fokus på området pleie åleine. Hovudsakleg ligg fokuset på pleie og behandling eller på behandling. Som historia viser, har legen monopol på behandling (jmf. pkt 4.3.5). Vidare er det eit faktum at sjukepleiaren *deler* pleieområdet med andre helsefagsdisiplinar (Petersen, 1993, s. 48-50, Petersen et. al. 2006 a). Kan desse resultat så tolkast i den retninga at åtskiljinga av pleie og behandling vanskeleg kan late seg gjere?

Omgrepet *klinisk* går igjen i omtalen av sjukepleiehandlingar i praksis gjennom desse oppgåvene, og kan synast å vere av tyding i sambandet mellom praksis og vitenskapsgjering. Det kan ansjåast at klinisk ut frå aktuelle funn setjast i samband med eit deskriptivt,

skildrande, forståande og fortolkande perspektiv, då over 87 % av oppgåvene omtaler seg med dette føremål (jmf. skjema spm. 18). Samstundes kan det ansjåast at klinisk vidare har med stipulering av praksis å gjere, då kunnskap *for* praksis gjennom arbeida vektleggast (jmf. skjema, spm. 24). Kva tyder eigentleg klinisk og kva relasjon kan dette omgrepet synast mellom sjukepleias praksis og vitenskapsgjering?

5.2.2. Kva er klinisk sjukepleie?

Historia viser at studieplanar har namna *klinisk sjukepleie* som likestilt med klinisk medisin (jmf. pkt. 4.5.2, Juvkam, s.112-118). Omgrepet klinisk synast å gå att både i studieplanar, fagtekstar og i oppgåvenes formuleringar kring sjukepleiarens omtale av sin praksis. At klinikk nettopp peiker på sjukepleiarens praksisfelt, forståast. Vidare gjev dette assosiasjonar til *medisinens klinikk*. Likefullt kan det registrerast at ordet klinisk vert nytta òg i andre samanhengar gjennom dei undersøkte oppgåvene, som *klinikarrolla, kliniske avgjersler, kliniske intervensjonar, klinisk erfaringskunnskap, klinisk kompetanse i høve utvikling av "taus kunnskap" osv.* Dette dannar grunnlag for å sjå nærare på *kva er eigentleg sjukepleieklinikk?* Kva leggast i ordet – har klinisk sjukepleie ein annan meiningsdimensjon enn klinisk medisin? Kvar kjem dette omgrepet klinisk eigentleg i frå og korleis kan det forståast i sjukepleiarens akademiske samanheng?

Vi skal ta eit lite stopp frå diskusjonen kring dei aktuelle resultat, og gå ein liten omveg på reisa. Vi skal vende blikket attende - til den *medisinske klinikk*s fødsel, og velje sjå på denne historiske hendinga ut frå eit noko anna perspektiv enn det som vanlegvis framkjem gjennom historiebøkene. Foucault (1926-1984), fransk filosof og ide historikar, gjev ein interessant tilgang til historia ved sitt perspektiv på den moderne medisin si tilbliving. Dette kan òg gje eit interessant refleksjonsgrunnlag når det gjeld sjukepleias utvikling.

Foucault ser på historia som prega av brot og diskontinuitet, snarare en samanheng og utvikling. Brota markerer kortvarige tidsrom i historia, der ein spesiell *diskurs* erstattast av ein annan, og det skjer ei fundamental endring i sjølve erkjenningskodene (Rosenberg, 1978). Når det talast om diskurs, peiker dette på det gjenstandsområde – særskilt samlinga av meiningsfulle utsegn - som formulerast. Dei anonyme reglar bak diskursen strukturer erkjenninga i ei gitt periode – den avgjerande endring som kjem – og brotet mellom to diskursar som er så radikalt at diskursen endrast. I ein ny diskurs er det såleis ikkje tale om dei same gjenstandar i same tyding som i føregåande diskurs (Rosenberg, 1978).

Den skrivne, konvensjonelle legehistorie ser på den moderne legevitskaps tilbliving som ei historie om observasjonens siger over spekulasjonen. Foucault derimot, ynskjer vise at brotet er noko anna – ein har byrja å *sjå* på ein annan måte. Blikket er blitt annleis – *legens blikk*. Dette skjer som del av ei total omorganisering av praksisfeltet (Callewaert, 2003). Foucault uttrykkjer ein kritikk av medisinenes sjølvforståing ved å foreta ein historisk rekonstruksjon som konstruerer dei reelle moglegheitene for den kliniske erfaring. Han meiner at dei vitskapsmessige, politiske og sosiale strukturer i *saman* danna grunnlaget for klinikkens fødsel på slutten av 1700 talet (Foucault, 1993/ 2000). Foucault ser på klinikken som ein institusjon som utelukkande vart til for å kunne innsirkle og studere dei ulike sjukdomars vesen og undervise i å kunne gjenkjenne dei. Klinikane handla om akkumulering og formidling av kunnskap om sjukdomar, ikkje om å gjere frisk. Ein sa kva ein såg, sa – såg–vitskap. Erfaring vart konstituert som diskurs. Det legevitskaplege språk vart etablert ved å fortelje kva ein såg (Foucault, 1993/2000)

Den patologiske anatomi sitt gjennombrøt medfører at *døden* som term vert innført og får svært stor tyding. Frå å vere ei uoppklara natt skjult i kroppens mørke, vert *døden* no ei opplysende kraft som kastar lys over det organiske rom og sjukdomen i tid. Den vert omgjort til eit teknisk instrument som kunne avsløre sanninga om sjukdom og om livet (Foucault, 1993/2000). Den mørke side av sjukdomen trer fram i lyset , og er ikkje lenger assosiert med det mørke, vonde og død. Det som var skjult kjem no fram i blikkets klarleik, slik at det verker som det er eit resultat av eit godt gjennomført eksperiment, eller som at ein no kan observere meir presist. Det vert opplevd som legane på ein ny og banebrytande måte for fyrste gong kan bruke eit blikk fritt for spekulasjonar og innbillingar. Medisinen er endeleg blitt positiv – empiribasert og rasjonell (Callewaert, 2003). I kroppens djupne kunne ein altså no finne sjukdomens lokalisasjon, ikkje berre gisse samanhengar ut frå det overflatiske symptombilete. No kunne sjukdom erkjennast. Ei ny sjukdomsoppfatting og ei ny metode var konstituert - den anatomisk patologiske (Rosenberg, 1978).

Foucault sitt poeng er at det ikkje er berre dei nye teknikkar, til dømes obduksjon, som gjer at medisinen kan *sjå* betre. Det handlar om at det skjer eit samanbrøt i dei gamle kunnskapsformene som hadde sett grenser for *kva som var mogleg å sjå*. Det handlar om omorganisering av kunnskap og sjukdom. Det er ikkje røyndomen som trer fram uforfalska. Det handlar ikkje om sanning i staden for løgn – men om ei anna sanning. Grensene for det synlege og det ikkje synlege er forskyvde (Callewaert, 2003).

Samstundes, ved overgangen til 1800 talet, skjer eit vitskapsteoretisk språkvitskapleg vendepunkt der ein byrjar oppfatte språket som det mellomrom der ein kan tenkje røyndom (Callewaert, 2003). Ein bestemt måte å kombinere romet, kroppen, språket og døden – i den anatomisk kliniske metode, gjer krav på å verte oppfatta som positiv eigenskap, erfaringsvitskap eller empirisk vitskap (Callewaert, 2003). Det sentrale brot ligg altså i *måten å sjå på og måten å uttrykkje seg språkleg på og kombinasjonen av dette* (Foucault, 1993/2000), som resultat av ei rekkje sosiale, politiske og institusjonelle endringar. Den viktigaste endring i fylgje Foucault var omorganiseringa av hospitalas struktur slik at dei vart undervisingstadar, ei uendeleg kjelde til kunnskap. Ein ny måte å betrakte pasientane på og eit nytt forhold mellom offentleg omsorg markerte legevitskapens frammarsj (Foucault, 1993/2000).

Den nye medisinske diskurs oppstod altså ikkje, etter dette perspektiv, grunna at legen byrja observere den sjuke utan føreinntekne meiningar. Den nye klinikk var resultat av at blikket i høve sjukdom vart drastisk endra. Sjukdom vert ei samling symptom der teikna skildrar sjukdomen. Symptomas språk vert gjennom legens kliniske blick integrert til eit klinisk bilete der samanlikningar, den normale funksjon, tidsaspekt og hyppigheiter vert registrert. Det ein ser vert omsett via språk. Det kliniske blick må trenast til å presist sjå og merkje seg bilete i høve oppstand, utvikling og førelaup av sjukdom. Ei ny kode oppstår igjennom den sjukes kropp. Dette var likevel ikkje mogleg utan samtidig endring av hospitalfunksjonen og etablering av undervisningsinstitusjonen, klinikken (Rosenberg, 1978).

Foucault hevdar at den kliniske medisin byrjar bruke vitskapsomgrepet om den nye kunnskap om den sjuke kroppen, noko som inntil dette i Vesten var brukt om kunnskap om naturen. Vitskapsomgrepet vert no knytt til einskildindividet, ikkje lenger berre om ei bestemt klasse, art, slekt som i dei antikke utsegn. For fyrste gong taler mennesket vitskapleg om seg sjølv – subjekt og objekt samanfell for vitskapen. Mennesket gjev ein diskurs om seg sjølv i eit vitskapleg språk (Callewaert, 2003). Den kliniske medisin får ei enorm meining for humanvitskapens oppkomst. Dette grunna at den var fyrst ute med positivistisk empirisk vitskap som viser veg for empirisk metode, men og fordi *døden* vert plassert som den einskildes *endskap* - slik at det no er mogleg å tale om den einskilde og ikkje berre om mennesket generelt. Erfaring med døden gjorde medisinen mogleg som vitskap. Før var Gud, fornufta og sjela uendeleg. I den kliniske medisin er referansepunktet ikkje lenger Gud som den overordna eksistens, mennesket har dermed heller ikkje lenger i den kliniske medisin ei udødeleg sjel (Callewaert, 2003). No vert *det endelege* ei positiv stadfesting. Denne grensa

vert nærast det filosofiske grunnlag for dei positivistiske vitenskapane, samstundes som den er empirisk fundert og bringer det moderne og endelegskap saman. Dette får ei avgjerande tyding – kombinasjonen av filosofi og empiri gjer at den kliniske medisin vert den leiande av dei positivistiske humanvitenskapane. Her ligg medisinenens prestisje (Callewaert, 2003).

Dette perspektiv set radikale samfunnsendingar i samband med endring i dei erkjenningsmessige koder som ein diskurs kviler på, noko som skapar grunnlag for ein ny diskurs, der det ikkje lenger kan talast om det same gjenstandsområde på same vis som tidlegare. Vidare set medisinenens krav om namninga *vitenskap* på grunnlag av sin klinikk, fokus på endringane dette førte med seg i diskusjonen kring kva som inntil då hadde hatt namninga vitenskap. Vitenskap skulle no, i motsetjing til tidlegare, tilknyttast enkeltindividet både som subjekt og objekt, og på grunnlag av kva legen såg, sa og gjorde.¹²

Men, kva tyding kan dette så ha for sjukepleie og namninga klinisk sjukepleie som praktikk sett i samband med vitenskapsgjering og sjukepleievitenskapens innhald? Når klinikken vart fødd, kom òg sjukepleiaren inn i dette biletet, ved legens behov for ein assistent (Petersen, 2003, s.1). Sjukepleiaren vart – og heldt fram med å vere – legens hjelper innan det kliniske verke. Dette har forma hennar blikk og hennar språk - innan den medisinske diskurs. Som den skisserte historie viser, har sjukepleiaren ein lang tradisjon i å vere lydige og lojale i høve sin overordna; legen (jmf. heile pkt. 4.3). At sjukepleiaren ut frå denne bakgrunn i det heile påropar seg sjølvstendig kunnskapsgrunnlag, forskingstilgang og vitenskapleggjering, kan omtalast som ei *endring i diskurs*, eit brot der nye erkjenningskoder prøvast leggjast til grunn.

Dersom ein trekkjer parallellar til klinisk medisin, der klinikken danna grunnlag for vitenskap, kan nettopp omgrepet *klinisk* ansjåast som sentralt i òg sjukepleias freistnad på å leggje grunn for ein ny diskurs på sin veg mot vitenskap. Ut frå dette kan det forståast at dette omgrep i så stor grad vert nytta gjennom sjukepleias arbeid innan academia, i tråd med aktuelle funn i dei undersøkte oppgåvene. Som klinisk medisin er det på grunnlag av klinisk sjukepleie – det som skjer i klinikken - ein søker vitenskapsgjering. Kombinasjonen av blikket og språket kan i tråd med dette ansjåast som viktig i ein freistnad på å markere ein ny diskurs der ein ikkje lenger talar om det same gjenstandsområde som før, trass i om innhaldet er det same – det lidande mennesket. Som Foucault hevder, skjer det ei diskursending ut frå dei historiske moglegheiter til dette. Som den skisserte historie viser, kunne sjukepleia gå denne vegen mot

12.Perioden der medisinen vart rekna som positiv vitenskap, varte berre ei avgrensa periode. Frå 1850 vert medisinen rekna som positivistisk, noko den hovudsakleg endå er, der det ikkje lenger er rom for subjektiviteten.

vitskapleggjering nettopp fordi omstende og samfunnsforhold tidsmessig gjorde det mogleg (jmf. pkt. 4.3.1.). Sjukepleia kan altså ansjåast å gå i medisinens fotefar, og påropar seg det same grunnlag for vitskap.

Av relevans for den vidare diskusjon kring sjukepleie som klinisk verksemd, er det faktum at klinisk opphavleg peiker attende på forskings og undervisingseiningar, ikkje på pleie og behandling (Petersen, 2010, s.31-32). Med parallellar attende til Foucault, ser vi at klinikken dannast som grunnlag for ei omorganisering av kunnskap og vert ein stad ein skal få god opplæring, teoretisk - men fyrst og fremst praktisk. I samband med dette får omgrepet *empirisk* tyding, ved meininga praktisk utdanning i tyding empirisk ved sjukesenga. Som vist i framstillinga over, dannar dette utgangspunkt for ein ny måte å sjå og forstå sjukdom og å samle inn og utvikle kunnskap på. Pasienten vert flytta til det kollektive rom der ein kan sjå og studere sjukdomen, legen flyttar seg ut i klinikken som lærestad. Klinisk verksemd har altså ikkje i fyrste rekkje tilheling som mål, men observasjon og læring (Petersen, 2010, s.30).

Klinikk peiker altså på kunnskap av meir konstaterande karakter – slik gjer vi det, slik er det – for nye som skal lære praksis. Klinikken samlar og organiserer erfaringar, ein stad der ein kretsar inn, observerer og studerer fenomen forbunde med sjukdom og symptom, med føremål om å samle opp kunnskap og undervise om dette. Klinikk er kort sagt ut frå dette perspektiv ein særskilt måte å snakke om tinga på og ein særskilt måte å sjå på.

Når det talast om klinisk verksemd i ulike sjukepleiesamanhengar, så kan dette altså ansjåast som å tale om ”empiri ved senga”. Det kan såleis ansjåast å handle om ei systematisering av kunnskap, ein særskilt måte å bruke blikket og språket på og ei innsirkling av kunnskapen i høve undersøkingsobjektet. Det er såleis tale om opparbeiding av ei kompetanse ut frå erfaring og observasjon som skal danne grunnlag for den ”riktige” undervising vidare. Dette har samband med *fornuftig kunnskap*, ikkje tilfeldig erfaring vedrørande kva som er verdt å vite om sjukdom, pleie og behandling, men rasjonelt grunngeve; grunna i vitskap (Petersen, 2010, s.31-33). Den systematisk innsamla kunnskap, då gjort av forskarar, skal såleis danne grunnlag for den beste kunnskap – til praktisk bruk (Petersen, 2010). Eit sentralt spørsmål vert – er det såleis berre dei sjukepleiarar som ervervar ei mastergrad eller ei doktorgrad innan sjukepleie, og såleis kan opparbeide ei kompetanse gjennom systematisering av klinisk kunnskap som gjennom dette er kvalifisert til å formidle vidare den kunnskap som skal danne grunnlaget for praktisk verksemd? I så fall bør dette danne grunn for ettertenking og vidare merksemd frå både teoretisk og praktiske sjukepleie sin synsvinkel.

Det sentrale spørsmål i samband med dette vert likevel om sjukepleia har eit eige område som kan omtalast som *sin klinikk*? Er ikkje eigentleg sjukepleias kliniske verksemd del av medisinenens klinikk? Kva skal i så fall vere sjukepleias autonome område, med sin eigenlogikk? Profesjonalisering, til tross, sjukepleie kan ansjåast å vere ein praktisk semi profesjon underlagt den medisinske profesjon. Ut frå eit slik perspektiv, er ikkje sjukepleie etablert i form av ei eksklusiv kompetanse på eit område, men skapt nettopp av medisinprofesjonens behov for kvalifiserte hjelparar (Hofoss, 1980, ref i Juvkam, 1985, s.38).

Spørsmålet vert kva som skal vere sjukepleias klinikk, dersom denne ikkje skal ansjåast som del av medisinenens klinikk? Ut frå funna framkjem det tendensar til at omgrepet klinisk vert nytta i ei vid utstrekking. Det talast om klinisk kompetanse i samband med taus kunnskap og erfarings kunnskap så vel som klinisk i meir medisinsk forståing, ved til dømes klinisk kontrollerte forsøk. Likevel skjer åtskiljing av pleie frå behandling i svært lita grad (jmf. skjema, spm. 17). Vidare er oppgåvenes føremålsfelt hovudsakleg på eit skildrande og forståande nivå , dimensjonar som forklaring, omgrep, teori og metodeutvikling vert i svært lita grad omhandla (jmf. skjema, spm.18). Kan nettopp dette forståast som at det er vanskeleg å skilje ut eit område som kan omtalast som sjukepleiarens eige område, som grunnlag for eigen klinikk, og med eigne omgrep og teori? Vågast det ikkje å gå inn på ein forklarande dimensjon, på eit område som eigentleg tilhøyrrer medisinen?

I denne samanheng kan det ikkje gjevast svar på spørsmålet vedrørande kva som skal danne grunnlag for vår klinikk. Spørsmålet vert meir halde fram som eit grunnlag for vidare refleksjon over ein tendens som framkjem som vektlagt innan fagmiljøet og gjennom funn, og som tydeleg vert markert som eit fokusområde i samband med vitskapleggjering av sjukepleias praksis. Å nytte omgrepet klinisk, krev ei definering av kva som meinast med dette i samband med sjukepleiarens verksemd, både i praktisk og i vitskapleg samanheng. Dette generer til ein diskusjon som er større en denne masteroppgåva kan romme – eller i det heile underteikna er kvalifisert til å gå inn i. Men det aktualiserer spørsmål vedrørande klinikkens plass i sjukepleie. Kva skal eventuelt klinisk omhandle, og kan eigentleg sjukepleie omhandle eit eige klinisk grunnlag, som ikkje er del av medisinenens klinikk? Vert det gjort freistnad på å skape ein eigen klinikk på grunnlag av skildring og fortolking av erfaringskunnskap om korleis sjukepleie gjerast? Er dette ein måte å prøve gjere vitskap av til dømes den tause, praktiske kunnskap? Ein kan undrast – er dette forsøket mogleg? Er ikkje dette ein dimensjon av sjukepleia som må ansjåast som nettopp ei eiga form for kunnskap - som ikkje taler same språk som den vitskaplege logikk?

5.2.3. Pasienten som fokusområde for sjukepleievitskap?

Nærare halvparten av studiane i undersøkte periode har pasienten som populasjon (jmf. skjema spm.16). Sett i høve til at sjukepleie er eit praktisk fag der pasienten står i sentrum for fokus, er dette ein forståeleg tendens. Likevel kan ein undrast, korleis har dette fokusområdet blitt nytta i sjukepleias veg mot vitskap og innan sjukepleias forskning, og ut frå kva slags grunnleggande premissar? Korleis kan studiens funn knytt til pasienten som populasjon forståast ut frå sjukepleias historie og kontekst?

Sett i eit historisk lys, vert vektlegging av pasienten i aukande grad synleg i sjukepleiarens lærebøker gjennom 70 talet (jmf. pkt.4.4.). Dette kan ansjåast som ei tydeleggjering av freistnaden på å markere eit *eige* kunnskapsgrunnlag knytt til sjukepleie, til erstatting frå tidlegare medisinske referanserammer og legen som lærebokleverandør (Lerheim, 2000). Det haldast fram at sjukepleia søkjer ein ekspressiv tilgang til pasientens oppleving, som ei motsetjing til medisinenes tekniske, reduksjonistiske framgangsmåte (Juvkam, 1985, s.47-49). Dette skjer nettopp i ei tid der sjukepleia fører ein profesjonskamp, parallelt med kampen for forskning og akademisk tilgang, som tidlegare skissert kan ansjåast som ein strategi for å ta opp kampen mot det mannsdominerte lege åket (jmf. pkt.4.3., 4.4., 4.5, Juvkam, 1985). Samstundes harmonerast dette altså med ein kamp for verdiar – og *ynskje om betring av pasientpleia* vert halde fram (Juvkam, 1985, s.39).

Ved å vende blikket attende til sjukepleievitskapens fyrste rammer, synleggjerast ei vektlegging av pasienten som fokusområde ved baa dei to fyrste forslag til studieplan, men gjennom ulike synspunkt for metodisk tilnærming og teoretisk referanseramme. Klinisk, empirisk, forskning om korleis det er å vere sjuk, pasientologi ut frå eit heilskapssyn, vart vektlagt som sjukepleievitskapens grunnlag for dei fyrste sjukepleiarane som studerte sjukepleievitskap ved universitetet i Bergen (jmf. pkt. 4.5.2, Juvkam, 1985). Professor Qvarnstrøm, sentral innan sjukepleie på universitetsnivå i Bergen frå oppstart og gjennom 20 år, har blitt omtalt som ein representant for dette syn. Qvarnstrøm var open for at to ulike metodologiske paradigmer måtte trekkast inn i studie av pasienten, som ho seier ”Det ena haenførande sig till naturvetenskaperna och delar av samhälls- och humanvetenskaperna och den andra till delar av humanvitskaperna” (Qvarnstrøm, 1982, ref. i Juvkam, 1985, s. 96). Ut frå studieplan er det likevel tydeleg at pleie og omsorg vert namna som medisinsk avhengige funksjonar (Juvkam, 1985, s.97). Qvarnstrøm skil mellom fysiske og psykososiale fenomen, som krev *ulik* metodologi, dermed kan den heilskapsforståing kring pasienten som Qvarnstrøm formulerte som grunnleggande for pasientvitskap, etterspørjast. I Qvarnstrøms

artikkel *Vårdbehov, kunnskap och vetenskapsperspektiv* (1982), framkjem eit objektivistisk syn på vitskap - og dermed på sjukepleievitskap (Qvarnstrøm, 1982, ref. i Juvkam, 1985, s.104). Dette inneber eit motstridande vitskapsteoretisk fundament; *samstundes* som hermeneutisk tilnærming vert helde fram for å femne om pasientens oppleving og dei psykososiale aspekt, vert naturvitskapen ansett som eit overordna paradigme ved ei framheving av medisin som referanseramme for pleie og omsorg, og som eit ideal for forskning. Dei teoretiske referanserammer som skal nyttast for å belyse denne tematikk, skal hentast frå *andre* disiplinær, gjennom teoriar frå mellom anna psykologi, sosiologi, jus, administrasjon. I fylgje Juvkams analyse (1985), er desse teoriane av generell natur, der parallellar til sjukepleiarens praksis vanskeleg kan trekkast, samt dei representerer til dels motstridande syn på mennesket. Det vert ikkje vektlagt å sjå studieobjektet i ein historisk kontekst, noko som tilseier at pasienten sjåast i eit mikroperspektiv (Juvkam, 1985).

Det er grunn til å tru at dette tankegrunnlag fekk eit sterkt fotfeste ved UiB, nettopp grunna Qvarnstrøms sentrale stilling gjennom så mange viktige år av prosessen knytt til sjukepleievitskapens etablering. Juvkams analyse (1985) av studiar avlagt ved UiB dei fyrste år etter oppstart, viser klart å fylgje eit mønster som samsvarer med Qvarnstrøms synspunkt. Spørsmål som reisast gjennom studiane relaterast til pasientens oppleving, altså forståing og fortolking av denne på det psykososiale plan, der hermeneutisk metode ofte vert nytta. Men, det framkjem ein mangel på overeinskomst mellom det ein seier ein gjer, og det som faktisk gjerast. Når vitskap omtalast, skjer dette i termar som er karakteristisk for eit objektivistisk syn på vitskap (Juvkam, 1985, s. 104-105).

Empirisk tilnærming til pasientens situasjon og erfaring med sjukerolla er etter dette perspektiv likevel eit fokusområde for sjukepleievitskapen. Dette kan òg setjast i samband med miljøet kring livskvalitetsforskning som vaks fram under den periode Qvarnstrøm var sentral aktør ved UiB, og som i konteksten over tid har utgjort eit etablert forskingsmiljø og ein profil utover (jmf. pkt. 4.6). Dette var allereie eit satsingsområde innan sjukepleievitskap i 1992, då seksjon for sjukepleievitskap ved UiB fekk ei større løyving frå Norges Forskningsråd til eit stort prosjekt innan livskvalitetsforskning, der professor og prorektor Berit Rokne Hanestad var - og er sentral i dette arbeidet (Bondevik, 2004, s. 67). (jmf. vedlegg nr.6, profilomtale). Denne forskinga har fylgt kvantitativt mønster, og kan ansjåast å ha vore påverka av teoriar frå disiplinær frå både samfunnsvitskapen og naturvitskapen representert ved medisin. Utvikling, validering og reliabilitetstesting av måleskjema for livskvalitet har vore prioritert i arbeide, og blitt sett fokus på gjennom årlege seminar der pågåande studiar

innan gjeldande tematikk vart presentert (Bondevik, 2004, s.67). Lerheim (2000) held fram livskvalitetsforskning som eit prioritert hovudfokus ved sjukepleievitskap - UiB ved sin gjennomgang av forskingsstudiar på slutten av 90 talet.

Studianes resultat viser at det enno framkjem ein tendens til å ha fokus på livskvalitet, pasientens oppleving av sjukdom og kvantitativ tilnærming til dette, noko som kan forståast å ha samband med nettopp det etablerte forskingsmiljø kring livskvalitetsforskning ved UiB, som resultat av sterke interesseposisjonars kamp for dette fokusområdet. Dette viser seg òg å vere studiar som har blitt gitt økonomiske løyvingar til (Bondevik, 2004, s.67). Trass i fokus på å opne for teoretisk mangfald, kan medisinsk referanseramme ansjåast å vere eit overordna paradigme for synet på sjukepleievitskap ved desse utførte arbeid, der dei empiriske metodar er bruk av måleskjema, og der framgangsmåte og resultatpresentasjonen samsvarer med klinisk medisinsk forskning, med nytte av medisinsk statistikk, men med utgangspunkt i pasientens oppleving av situasjon. Funna viser òg ein tendens til å setje livskvalitet i samband med sosiologisk orientert empirisk forskning med fokus på stress og meistring, og Antonovskys empirisk målbare omgrep - oppleving av samanheng. Utover dette finn ein studiar utført etter mønster frå klinisk medisin, ved nytte av medisinsk statistikk, 19% av samla populasjon. Dette er kvantitative studiar, hovudsakleg utført ved nytte av standardiserte måleskjema, og resultatpresentasjon ved medisinsk statistikk (jmf. skjema, spm.26).

Men likevel er det ikkje i denne retning funna hovudsakleg peiker ved sitt fokus på pasienten som populasjon. Over 71 % av oppgåvene er kvalitative og funderast metodisk innan human og samfunnsvitskapen. Den dominerande tendens som her framkjem, viser at nærare 67 % vel fenomenologisk og eller hermeneutisk tilnærming til problemstilling (jmf. skjema, spm. 25). Skildring, forståing og fortolking i høve til opplevd erfaring som framkjem gjennom empirien har mest fokus i desse arbeida, ved over 64% av samla populasjon (jmf. skjema spm.18). Med klar referanseramme til fenomenologien er motivet som vert framstilt å setje den subjektive oppleving og erfaring i fokus og ut frå dette skildre oppleving og erfaring, samstundes som ein viser til hermeneutikken for å fortolke det ein ser. Dei teoretiske rammene som nyttast er komplekse og samansette, det kan refererast til svært mange ulike kombinasjonar (jmf. skjema spm.8). Ein sentral tendens er å vente med val av teori til *etter empiri* er samla inn eller etter kvart som ein ser kva retning dei empiriske funn peikar, for så å velje aspekt frå ulike teoriar og teoretiske retningar, noko som skjer i 50% av desse arbeida (jmf. skjema spm.9). Likefullt peikar ein dominerande tendens i retning av å nytte humanvitskap representert ved Martinsens omsorgsfilosofi fundert i Løgstrups nærleiksetikk, åleine eller

saman med helsefagslitteratur som peikar på praktisk kompetanse og erfaringskunnskap. Ofte vert dette kombinert med hjelpedisiplin, der sosiologi ofte vert valt (jmf. skjema spm.23 & spm.26). Omsorgsdimensjonen vert dermed vektlagt i desse arbeid, ut frå eit filosofisk ståstad, men relatert direkte til praksis - i stor grad til pasientens oppleving av sin situasjon som utgangspunkt for sjukepleiehandling.

At pasienten setjast fokus på i samband med sjukepleie som vitenskap, er som vist forståeleg ut frå både historie og kontekstuelle forhold. Men korleis forstå den vending i retning, både gjeldande metode, kunnskapsområde og teorigrunnlag arbeida her framviser? Ved tilbakeblikk til sjukepleievitenskapens byrjingsfase, er det av interesse å merkje seg at òg den retning som representerte ein opposisjon mot det mønster forskinga vart lagt opp etter ved sjukepleievitenskapens etablering ved UiB, sette fokus på pasienten og hans erfaringar, behov og opplevingar som utgangspunkt for vitenskapsgjering. Kjerneområdet for klinisk sjukepleie - samanlikna med klinisk medisin - skulle vere kunnskap om pasienten, pasientologi. Men, i staden for det som omtalast som medisinsk reduksjonistisk tenking, skal sjukepleie som vitenskap dreie seg om *heile* mennesket, og vere grunnlagt på eit anna paradigme enn medisinen (jmf.pkt.4.5.2., Juvkam, 1985, s. 123). Det søkast her å byggje opp ein spesifikk erkjenning for faget, eit særlege kunnskapsområde, der sjukepleievitenskapen skal definerast i ein sosialvitenskapleg kontekst, der hermeneutisk og fenomenologiske erkjenningsskildringar vektleggast, sjølv om òg naturvitenskap og åtferdsvitenskaplege erkjenningsskildringar inngår. Både utviklingshistorie, sjukepleieteori, særleg frå USA, samt rom for vitenskapsfilosofi får innan desse sine synspunkt ei breiare dekning, noko som òg let det gjere å trekkje trådar til omsorgstenkinga. Omsorg vert namna som sjukepleiarens primære instrument (Juvkam, 1985, s. 110). Representantar for dette syn, var som tidlegare nemnt delar av sjukepleiemiljøet som i motsetjing til ein akademisk struktur ynskte ein profesjonsmodell for sjukepleie som vitenskap. Nemnast kan sjukepleiarane Digernes og Kristoffersen, som sjølv var tilsette som amanuensis ved UiB gjennom dei fyrste år av etablering (Bondevik, 2004, s.86).

I samband med dette er det interessant å registrere at konteksten for sjukepleievitenskap ved UiB særskilt i tidsromet 1990-2000 utviklar seg til å inneha sterke fenomenologiske profilar der mellom anna *den levde kropp* står i sentrum for fokus, anti kartesianisme, heilskapssyn kring tilnærminga til mennesket i motsetnad til dualisme og det som vert omtalt som medisinenes reduksjonistiske og føremålsrasjonelle tenkegrunnlag. Det vert sett fokus på subjekt og den subjektive oppleving, noko som vert omtalt som å ha blitt forsømt gjennom medisinenes teknifisering og objektivisering. Både Kari Martinsen, Eva Gjengedal og Målfrid

Råheim kan assosierast med desse synspunkt, og er i dette tidsrom sentrale aktørar i denne kontekst (jmf. pkt. 4.6, vedlegg nr.6, profilomtale) . Dei kan ansjåast å representere eit forskingsmiljø innan den kvalitative tradisjon, fundert i fenomenologi og hermeneutikk..

19 av 42 oppgåver viser til Martinsens omsorgsfilosofi, hovudsakleg fundert i Løgstrups nærleiksetikk. Dette tyder på at hennar tenking har fått stor innverknad for arbeid innan sjukepleievitskapleg kontekst gjennom denne perioden (jmf. skjema spm. 26). Martinsen kan ansjåast å representere omsorgstenkingas største forkjempar i Noreg gjennom sjukepleieforskingas framvekst. Hennar kritiske spørsmål vedrørande mellom anna den byrjande sjukepleieforskinga som ho såg på som etter positivistisk mønster, vart *ikkje* godtatt i ei tid der sentrale organ som NSF og NSH klart tok ein posisjon der ynskje var utvikling av sjukepleiefaget gjennom forskning og vitskapsgrjering. Etter mange år fekk Martinsen ei orsaking og dørene vart igjen opna for hennar synspunkt. Gjennom åra som hadde gått hadde ho fått kjennskap til Løgstrups tenkingsgrunnlag, som ho tok med seg inn i si omsorgstenking (jmf. pkt. 4.6, vedlegg nr.6, profilomtale).

Studiens dominerande tendensar på dette området kan altså forståast ut frå ein kontekst der omsorg får eit sterkare fundament i høve pasienten, og peiker seg ut som eit kjerneområde sjukepleievitskap skal geskjeftige seg med. Dette setjast inn i fenomenologiske rammer, der den levde kropp, heilskapssyn og subjektiv oppleving vert sett som motsetjing til medisinenes redusering av kroppen i delar og den tilhøyrande forskings *objektivering* som ideal. Dette er fokus for eit miljø som er sterkt representert ved instituttet (jmf. vedlegg nr. 6, profilomtale og pkt. 4.6). Eit interessant fokus for merksemd er at trass i om dei ulike interesseposisjonar har ulike fokusområde, vert desse mindre framtrudande i forhold til deira representasjon for eit kvalitativt, fenomenologisk fundert miljø, som markerer eit anna tenkegrunnlag enn medisinen (jmf. vedlegg nr. 6).

Det sentrale spørsmål i vår diskusjon vert så om studiens dominerande funn antyder eit forsøk på å markere eit eige område *utan* medisinsk referanseramme som dominans, der pasienten og hans opplevingar og erfaringar står i fokus, noko som skal fangast inn, skildrast og fortolkast gjennom fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. Er dette eit forsøk på å markere eit eige område, der det tenkjast heilskap, subjekt og kropp som eit levd fenomen, ikkje berre delar som kan skiftast ut med medisinsk teknologi, eller det som kan teljast og målast? I den grad det kan omtalast å vere anløp til kritiske tendensar i desse oppgåvene, omhandlar desse nettopp spennet mellom biomedisin og subjektiv kroppsleg erfaring, og erfaringskunnskap

sett opp mot objektiv, kvantitativ kunnskap (jmf. skjema, spm.6). Men om dette så er tilfelle, kvifor vert det då ikkje gjort forsøk på å prøve *skilje* pleie som område frå behandling? Tendensen som framkjem gjennom dei aktuelle funn har tidlegare blitt omtalt. Over 76% av oppgåvene omhandlar tematisk området førebygging, pleie og behandling (jmf. skjema spm. 17), men få prøver å ha fokus på området pleie *åleine*. Hovudsakleg ligg fokuset på pleie og behandling eller på behandling. Dette gjev grunnlag for å spørje – *kan* sjukepleie utelukke det medisinske referanseområde utan at dette vil få negativ effekt for pasient? Dersom ein vurderer sjukepleie som ein praktisk semi profesjon under den medisinske profesjon – er det då mogleg å *proklamere* eit eige kunnskapsgrunnlag som ikkje inkluderer medisin? Vil ikkje her pleie og behandling utgjere ei kontinuum, som ikkje kan skiljast? (Petersen, 1993, s.48). Martinsen og Wærness seier at sjukepleias identitet grunnjevast nettopp gjennom avhengforholdet til medisinen (Martinsen og Wærness, 1979, ref i Juvkam, 1985, s. 42). Å utelukke medisin, vert såleis kanskje eit bilete på at pendelen har svinga for langt i samfunnsvitskapleg og fenomenologisk retning i høve kva grunnlag sjukepleievitskap skal funderast på?

Så kan det innvendast at dette *ikkje* er intensjonen. Det vert då av interesse å registrere at trass i om dei oppgåvene som vel fenomenologisk og eller hermeneutisk tilnærming meir eller mindre direkte omhandlar vitskapsteoretisk/filosofisk ståstad, kan det etterlysast ein vitskapsfilosofisk diskusjon. Denne kan ansjåast som fråverande til fordel for å framhalde fenomenologi og eller hermeneutikk som eit ideal og grunnjevnaad for val av kvalitativ metode (jmf. skjema spm.10 og spm. 15), som ei oppdemming mot naturvitskapens kvantitative målestokkar. Dette munnar ofte ut i ei framhalding av subjektiv oppleving som gyldig kunnskap og som motsetjing til reduksjonistisk objektiv kvantifisering.

Det kan stillast spørsmål ved om det ved dette dannast eit motsetjingsforhold, snarare enn syn på desse tradisjonar som supplerande. Funna viser òg at berre ved eitt tilfelle vert kvalitativ og kvantitativ metode kombinert (jmf. spm.11). Dette står i så fall i kontrast til eit synspunkt ytra ved seksjonsleiar for sjukepleievitskap, UiB, ved sjukepleievitskapens 25 årsdag i 2004, der det vart uttrykt at kvantitative og kvalitative tilnærmingar ikkje lenger vert ansett som konkurrerande, men komplementære (Kristoffersen, 2004, ref. i Bondevik, 2004, s.6).

Omsorgas renesans, og den vektlegging denne får innan dei undersøkte arbeida relatert til pasient, kan forståast i lys av særskilt Kari Martinsens sentrale stode i konteksten gjennom aktuelle periode, og ut frå historia som vektlagt punkt innan delar av sjukepleiemiljøet,

særskilt interesseposisjonar som ynskte strukturere universitetsfeltet for sjukepleievitskap etter profesjonsmodellen (jmf. pkt. 4.5.2). Men, det kan òg hevdast at sjukepleiaren *sjølv* har med ei historie gjeldande å bringe omsorg inn i det akademiske felt. Med røter attende til diakonissetradisjonen, som ein sentral del av sjukepleias opphavlege grunnlag, kan sjukepleiaren ansjåast å vere medviten kva som vert kravd av dei; at dei er sett til å vakte om omsorgsverdiar (Juvkam, 1985). At omsorg får ei så sentral rolle, òg som fokusområde for sjukepleievitskap, kan ansjåast som naturleg og som i tråd med sjukepleias grunnverdiar.

Sett ut frå eit anna perspektiv, kan nettopp omsorg sjåast på som eit omgrep som har medført ei rollekonflikt for sjukepleiaren. Omsorgsideologien kan tidvis ansjåast som å ha vore brukt for å sikre *legen* nettopp det patriarkalske herredømme overfor sjukepleiaren (Martinsen og Wærness, 1979, ref. i Juvkam, 1985, s.45). Ut frå eit historisk perspektiv, kan det tyde på at legen har *ynskt* at omsorgsideologien skal vere dominerande i sjukepleia, noko som kan ansjåast å ha hatt konsekvensar for sjukepleiaranes rollemønster. Sjukepleiaren har ei historie prega av å vere morserstattar og omsorgsgjevar, men må i stadig større grad vere teknikar og utføre sjukepleietekniske oppgåver etter legens ordinasjon, som fylgje av den medisinske framgong (Wærness, 1982, ref. i Juvkam, 1985, s.45). Rolla som morserstattar og teknikaren vil alltid vere forskjellig, noko som markerer ein kamp som går utover omsorga i pleia. Samstundes er sjukepleiaren med på å forsterke konflikten ved sin kamp for verdiar som profesjonalisering, forskning og universitetstilgang, der mannsdominerte verdiar kjem i fokus, ved dei etablerte profesjonar som modell (Alvsvåg, 1981, ref. i Juvkam, 1985, s. 47).

Sett i forhold til den framtrudende tendens omsorgstenking relatert til pasient har i dei undersøkte arbeida, skal vi sjå litt nærare *korleis* omsorgsomgrepet vert handsama og det grunnlag dette vert festa i. Martinsen meiner omsorg har eit relasjonelt, praktisk og moralsk perspektiv, og er knytt til ei ueigennyttig handling i relasjon til den andre som lid og treng hjelp (Martinsen, 1989). Med si fundering i teologen Løgstrups metafysiske forfatterskap, forankrar Martinsen si omsorgstenking i filosofi, metafysikk og jødisk-kristen skapingshistorie (jmf. pkt. 4.6). Ut frå aktuelle funn, framkjem ein tendens til å *ikkje* nytte Martinsen berre som refleksjonsgrunnlag på filosofisk nivå. Hennar omsorgsfilosofi vert sett inn i ein praktisk samanheng, nytta på praktiske problemstillingar frå klinikken, ofte kombinert med annan helsefagsteori som vektlegg klinisk kompetanse og den tause kunnskap (jmf. skjema spm. 23, 24 og 26). Benner er eit døme på det siste.

Det er grunn til å dvele litt ved denne tendens, der Martinsen og Benner sitt tenkegrunnlag vert nytta i same andedrag, utan tilkjenning kritisk refleksjon over dette. Benner funderer sine teoretiske tankar i Dreyfus & Dreyfus (1986) sine fem stadium for ferdigheits tileigning, og vektlegg at klinisk kompetanse på denne måten utviklast gjennom klinisk praksis. Kort skildra går dette ut på at ein startar som nybyrjar, novise. Så går ein vidare til avansert nybyrjar, vidare til kompetent og kyndig for å så nå det høgaste nivået, som ekspert (Benner, 1995). Som Benner viser Martinsen ofte til Dreyfus & Dreyfus sin omvendte kompetansestige. Ho meiner at omsorg i yrkessamanheng kan lærast, der ein startar læring ut frå reglar, instruksjon og utviklar seg mot å handle ut frå erfaring med tilhøyrande intuisjon. Persepsjonen utviklar seg frå fokus mot deler til meir heilskap. Det skjer ei utvikling frå distanse til større grad av engasjement. Intuisjonen forbunde med ekspertrolla vert sett på som høgaste ferdigheitsnivå, noko som utgjer ei motsetjing til vårt rasjonelt tenkande samfunn. Martinsen held fram den uartikulerte kunnskap som viktig kunnskap knytt til høgaste ferdigheitstrinn, som ekspert. Denne kjem ikkje fram gjennom bøker, fakta og reglar, men er inkorporert, tause kunnskap som kjem til uttrykk som intuisjon. Denne kan ikkje, etter Martinsens meining, kombinerast med regelstyring. Klinisk skjønn kan ikkje erstattast med teknologi, seier ho. Denne tause kunnskap - òg omtalt som klinisk skjønn og erfaringskunnskap, er knytt til intuisjon i høve å vete og å "sjå" kva pasienten verkeleg treng (Martinsen, 1989).

Martinsen og Benner kan ansjåast å dele synspunkt i høve korleis den tause kunnskap, erfaringskunnskap og intuisjonen utviklar seg gjennom praksis. Men, det må òg visast merksemd overfor vesentlege skilnader i synsvinklar. Der Benner meir set fokus på utvikling av praktisk, klinisk kompetanse, òg som eit område for vitskapsgrering, uttrykker Martinsen skepsis til vitskapsleggjing innan sjukepleie, og meiner at den tause kunnskap og skjønnnet berre delvis kan fangast inn og artikulertast (Martinsen, 1989). Det er liten tvil om at Martinsen kan ansjåast som ein viktig referanseperson i Noreg i høve å setje omsorg på agendaen i sjukepleiesamanheng, og at hennar kritiske røyst har hatt stor tyding som ei påminning om kva sjukepleias grunnleggande verdiar skal vere gjennom den utvikling sjukepleia har vore gjennom. Likefullt bør det utøvast refleksjon ved *korleis* Martinsens tankar vert nytta. Hennar omsorgstenking er fundert i filosofi, i teologi og i kristen -jødisk tradisjon. Det kan stillast spørsmål ved om dette reflekterast over i tilstrekkeleg grad når hennar tenking i så stor grad vert nytta i kombinasjon med teori som vektlegg praktisk kompetanse, og direkte tillempast praktiske problemstillingar i sjukepleia? Filosofi skal danne

utgangspunkt for refleksjon – å tenkje *med* og *om* – men skal ikkje romme løysinga på praktiske problem.

Fokus på pasient og hans oppleving med vekt på omsorg kan altså forståast ut frå historie og kontekstuelle forhold. Det same kan den dominerande tendens til å trekke brotstykke frå teori med svært ulike perspektiv og ut frå ulike tradisjonar inn for å kaste lys over empirien i samband med dette (jmf. skjema spm.8). Rammer for teoretisk mangfald kan ansjåast å ha blitt vektlagt heilt sidan sjukepleievitskapens etablering, ut frå eit perspektiv på heilskapssyn i studiet av pasient (jmf. pkt. 4.5.2. Juvkam, 1985). Å nytte ulike perspektiv som ”briller” ved lyssetjing, kan vere fruktbart, men medvit og refleksjon i høve det teoretiske grunnlag som vert dratt inn, må likevel vurderast som av vesentleg tyding. Det må ansjåast at det gjennom oppgåvene i liten grad reflekterast nettopp over desse grunnleggande spørsmål – kvar kjem denne teori i frå og ut frå kva posisjon taler denne forfattaren?

5.3. Subjekt versus objekt

Så langt har vi sett at trass i fokus på empiri, praksis og pasientologi som kjerneområde i sjukepleievitskap, så kjem det til syne særdeles motstridande meiningar knytt til metodologiske paradigmer, og kva som skal vere idealet for sjukepleieforskning gjeldande syn på vitskap. Vi skal dvele litt ved denne tendens, og gå litt djupare til verks for å prøve forstå bakgrunnen for desse motsetjingar, og korleis dei kan ha påverknad innan sjukepleievitskap.

Motsetjingane i høve metodisk framgangsmåte i dei to fyrste forslag til studieplan, har tidlegare blitt omhandla. Det har blitt vist til at dei fyrste rammer for sjukepleievitskap ved UiB, representert ved Qvarnstrøms sentrale påverknad, opnar for hermeneutisk tilnærming, men vektlegg samstundes naturvitskapen ved den medisinske referanseramme og set objektivistisk syn på vitskap som ideal (jmf. pkt.4.5.2., Juvkam, 1985, s.105-106).

Opposisjonen til dette, representert ved deler av sjukepleiemiljøet som ynskter ein profesjonsstyrking, vektlagde sosialvitskapleg referanseramme og fenomenologisk - hermeneutisk tilgang, trass i om det òg vert opna for andre erkjenningsteoretiske retningar. Ynskje om å utvikle eit grunnlag for sjukepleievitskapen som er *motsett* det medisinske, som vert helde fram som reduksjonistisk, vert tydeleggjort (jmf. pkt.4.5.2., Juvkam, 1985, s.119-123). Eit interessant spørsmål som skal takast med vidare i diskusjonen er *kvar* denne tankegong kring medisinen som reduksjonistisk, som òg vert tydeleggjort gjennom studiens funn, har sitt opphav?

Som tidlegare omtalt, kan studiens funn ansjåast å spore konturane av båe desse retningar. Metodisk vert 19% ansett som empirisk forskning der medisinske grunnlagsrammer og medisinsk statistikk nyttast, livskvalitetsforskning og fokus på stress, meistring og oppleving av samanheng er representert (jmf. skjema spm. 26), men hovudsakleg visast ein tendens til å setje pasient, sjukepleiar og eigen praksis relatert til dette inn i ein sosialvitskapleg kontekst, der fenomenologiske og hermeneutiske erkjenningsmodellar nyttast og dette vert knytt opp mot omsorgstenking (jmf.pkt.5.2.3).

Når funna frå undersøkte tidsrom viser at over 71% vel kvalitativ tilgang fundert i human og samfunnsvitskapen, må dette ansjåast å vere meir enn ein tilfeldig tendens og ein bør dvele litt ved dette si tyding. Denne tilgang har sitt fotfeste i fenomenologiske og hermeneutiske tradisjonar, og har vore helde fram som ei motsetjing til kvantitativ tilgang, som opphavleg tilknytast det objektive, det som kan teljast og målast (Malterud, 2003). Slik vert det òg framstilt gjennom oppgåvene, fenomenologien vert nytta som fane for vektlegging av den subjektive oppleving som gyldig kunnskap og som ei tilnærming nytta som motsetjing til objektiv og føremålsrasjonell kunnskap. Nærare 67 % av oppgåvene funderast i fenomenologi og eller hermeneutikk, og dette vert trekt opp som grunnlag for val av kvalitativ tilgang.

Det interessante her er at det vert trekt trådar til det filosofiske og metateoretiske grunnlag ved desse tilgangar. Metode forankrast i filosofi/ metateori, men *nyttast empirisk* for å søkje og fortolke opplevd praktisk subjektiv erfaring (jmf. skjema, spm 10). Til motsetjing kjem ikkje denne tendens fram i dei oppgåvene som meir fylgjer klinisk medisinsk mønster; her vert empirisk metode omtalt, med resultatpresentasjon i form av medisinsk statistikk, utan at det vert gjort forsøk på å forsvare sitt metodiske val. Men, trass i om desse oppgåvene gjev rom for vitskapsteoretisk omhandling, er *diskusjon* kring det vitskapsteoretisk fundament fråverande. Fenomenologi vert meir sett fram som eit ideal som demmer opp *mot* naturvitskapleg objektivisme, snarare enn etterfylgt av diskusjon kring vitskapsfilosofisk ståstad. I ei tid der vitskapsteori i stadig større grad har kome inn i undervisningssamanheng, og gjennom fleire år har vore ein eigen modul ved fellesdelen ved hovudfag/ mastergradsutdanninga innan helsefag, er det interessant å merkje seg at vitskapsteoretisk tilknytning sjeldan vert artikulert. Berre i overkant av 7% artikulerer seg klart i høve vitskapsteoretisk/ filosofisk tilknytning, og tydinga dette har for aktuelle arbeid (jmf. skjema spm.15). Likevel vert vitskapsteoretisk ståstad omhandla i dei oppgåvene som vel fenomenologisk og/eller hermeneutisk tilnærming, men då hovudsakleg presentert ved nettopp å halde fram den subjektive erfaring og oppleving som gyldig kunnskap *versus* den

objektive, reduksjonistiske kunnskap, ofte referert til som naturvitskapleg/medisinsk. *Kvalitet* vert framheva i motsetjing til *kvantitet*, noko som vert fundert i filosofi, men heilt klart knytt opp mot metode og omtalt som metodologi (jmf. skjema spm.15). Trådane heilt attende til Husserl og Heideggers filosofiske synspunkt trekkjast for å markere ein opposisjon mot naturvitskapens paradigme som ikkje hadde rom for subjektets oppleving. Snarare enn vitskapsteoretisk diskusjon kring komplementære tradisjonar kan det altså ansjåast at det gjennom oppgåvene synleggjerast ei *framheving* av fenomenologiske grunnlagstankar som ei motsetjing til objektiv og målbar kunnskap, som vert assosiert med reduksjonistisk og føremålsrasjonell. Dette kan omtalast som ei *åtskiljing* av subjekt og objekt.

Det må presiserast at dette ikkje er tendensar som gjeld vitskapleg tilnærming innan sjukepleiefeltet spesielt. Åtskiljing av objekt og subjekt byggjer på ein lang tradisjon der ein må ha ei grunnleggande forståing for dei ulike tradisjonar som har hatt påverknad på dette området. Dersom ei slik grunnlagsforståing manglar, kan ein heller ikkje forstå den store påverknad fenomenologien etter kvart fekk. Nok ein gong kan det vere føremålstenleg å ta eit tilbakeblikk på historia, nettopp for å prøve forstå korleis denne kløfta mellom det subjektive og det objektive kan ha seg?

Descartes (1596-1650) vart rekna som naturvitskapens grunnleggar og representerer *rasjonalismens* vektlegging av fornufta som erkjennings og kunnskapskjelde, i motsetnad til sansane som var mindre pålitelege. Han bidrog til å vidareføre det mekanistiske verdsbilete, der kroppen vart framstilt som ei maskin, med delar som kunne skiftast ut (Thornquist, 2003, s.18). Den medfylgjande dualisme sette sine djupe spor i vesten i høve åtskiljing av kropp og sinn. Det mekanistiske verdbilete vart òg eit kunnskapsideal for moderne medisin. Medisinens reduksjonisme og kropp - sjel dualisme kan leiast attende til nettopp Descartes sitt tenkingsgrunnlag, som vi enno finn sterke spor av i tenking kring kropp, sjel, helse og sjukdom i vårt moderne samfunn (Råheim, 1997). Descartes sin kropp er ein avpersonifisert kropp, som ikkje har noko med erfaring og erkjenning å gjere. Kroppen er ikkje ei kjelde til kunnskap for subjektet sjølv (Thornquist, 2003, s.23-24).. Dette kan seiast å ha hatt konsekvensar for vestleg erkjennings teori generelt, og har prega den allmenne oppfatting av kva som er kunnskap (Thornquist, 2003, s.17).

Dei empiristiske og positivistiske tradisjonar har hatt svært sterk influens i vesten, ikkje minst i samband med moderne medisin, og som premissgjevarar for forskingsverksemd (Thornquist, 2003, s.39). I motsetnad til rasjonalistane uttrykkjer empiristane skepsis og mistru til fornufta.

Sansedata står her i staden sentralt. Vitskapleg kunnskap kan berre nåast gjennom metodisk observasjon av røyndomen. Subjektet vert ansett å stå *utanfor* erkjenningsprosessen. Objektet derimot ansjåast som uavhengig frå einkvar medvitsmessig aktivitet frå subjektet si side. Data vert dermed ansett å vere teorifri - og forskning verdifri, med andre ord ei distansert verksemd. Empiristane ser berre *ein* mogleg framgangsmåte for vitskapleg verksemd, uavhengig av kva slags fenomen som utforskast, derav namninga *einskapsvitskap* (Thornquist, 2003, s.40).

Av dette grunnlag utleiast namninga *positivisme*, ved Comte (1798-1857), som var opptatt av å utvikle samfunnsvitskap ved å anvende einskapsvitskapens tenking på sosiale forhold.

Matematikk skulle altså òg her vere språket som var styrande for verksemda, og eksperimentet var metoden, under kontrollerte forhold (Thornquist, 2003, s.41).

Positivismestriden er namninga som gjerne vert nytta om den kritikk som vart reist mot positivismen og den intense debatt som fylgde på 60 og 70 talet. Positivisme var ei periode nærast rekna som eit skjellsord i visse kretsar. Særskilt var samfunnsvitskapen, som sjølv strevde for å oppnå legitimitet, ein kritikal. Innan humaniora var det annleis, her vart ein stort sett tilskodarar til det heile. Helsefaga var i denne perioden i si spede forskingskarriere, og gjekk kanskje i stor grad glipp av denne diskusjonen. Likevel heng nok skuggar frå positivistisk tenking att - særskilt i høve vurdering av forskingsresultat og sanningsgehalt – òg i helsefagas forskning (Thornquist, 2003). Denne bakgrunnsforståing kan vere eit naudsynt grunnlag for å *forstå* den framveksten fenomenologien fekk i Europa og i USA, som særleg har vore tydeleg i dei siste tiår av det 20 år hundre, ikkje minst innan samfunnsfag, men etter kvart òg innan helsefag .

Det er inga enkel oppgåve å gje ei kortfatta skildring av kva fenomenologi er - eller ikkje er. Dette arbeid rommar heller ikkje intensjonar om eit forsøk på dette. Fenomenologi kan ansjåast å vere ei samling av mange ulike retningar. Nemnast kan Schütz si forankring i kvardagslivets tenkjing, Maurice Merleau-Pontys kroppsfenomenologi, eksistensialistisk fenomenologiske retningar og hermeneutikkens utvikling på eit fenomenologisk grunnlag. Men lat oss gå ut frå nokre *standpunkt* i høve kva fenomenologien kan ansjåast å vere - eller ikkje vere - i den vidare i diskusjonen. Husserl (1859-1938) vert rekna som grunnleggaren av fenomenologien, som eigentleg tyder *det som viser seg* (Thornquist, 2003, s.85). Husserl sitt prosjekt er å erstatte den moderne positivistisk inspirerte naturvitskapens tenking om objektivitet *uavhengig* av mennesket, med eit *avhengeforhold* mellom subjekt og objekt, noko han omtaler som ein protest mot reduksjonisme (Thornquist, 2003, s.86). I Husserl sin filosofi får subjektet den sentrale posisjon, subjektivitet vert føresetnaden for forståing i det heile

(Thornquist, 2003, s.14). Det er på denne bakgrunn subjektivitet vert knytt til fenomenologien som eit sentralt kjenneteikn. Den verda vi lever i til dagleg kallast i fenomenologien for livsverden. Denne er ikkje underlagt analyse, men går forut for all kunnskap og all vitenskap. Husserl si forståing av fenomenologi vert helde fram som ei teoretisk, omgrepsfri og systematisk skildring av ein persons tankar, kjensler og åtferd (Thornquist, 2003). Likevel vert fenomenologi ansett som å vere ein *medvitsfilosofi*. Det vert difor feilaktig å redusere den til psykologisk introspeksjon (Skjervheim, 1996, ref. i Thornquist, 2003, s.85). Fenomenologi er då *ikkje* det same som å leve seg inn i andre menneskes verden, som ein intuitiv empati. Vidare kan det hevdast at fenomenologi ei heller er ei einseitig dyrking av vitenskapleg og intellektuell refleksjon på kostnad av livserfaring og praktisk erfaring (Thornquist, 2003, s.85).

Diskusjonen kring kva tyding som tilleggast dei ulike perspektiv innan fenomenologien skal ikkje omhandlast i denne omgang. Ei heller er fenomenologiens stode innan helsefag eit tema som fortener ei overflatisk handsaming. Kanskje bør dette vere tema i eit eige studie, og av krefter som sit inne med langt større kvalifikasjonar til ytring gjeldande dette enn underteikna. Intensjonen i denne samanheng er å vise til retningar som har hatt påverknad i høve vår grunnlagsforståing av kva premisser forskning og kunnskap skal byggje på. På bakgrunn av den vektlegging fenomenologi som vitenskapsteoretisk posisjon, metode, teoretiske rammer og grunnlag for empirisk vitenskap får i dei undersøkte oppgåvene (jmf. skjema spm.21), er ynskje vidare å skissere opp det grunnlag fenomenologien vaks fram på, og at det innan denne retning finnast ulike forståingar - og rom for mistydingar - i høve kva fenomenologi er – og ikkje er. Det som i alle fall kan slåast fast, er at subjektet får ein sentral posisjon som føresetnad for forståing i det heile, og retninga har si tilbliving som ein motsats mot den tids naturvitenskaplege objektive tenkingsgrunnlag, som vi har sett har vore medisinens ideal, og som har røter i eit dualistisk tankegrunnlag der kropp - sjel vert skilt åt.

Dette genererer fleire spørsmål. Dersom fenomenologi er ein filosofi, korleis transformerast dette til empirisk vitenskap? Og - korleis forstå denne tendens til å gjere fenomenologisk filosofi til metodisk tilnærming for å fange subjektiv oppleving og erfaring innan sjukepleievitenskap? Dette er store spørsmål, som krev inngåande omhandling. I denne omgang må vi nøye oss med å fastslå at det herskar ulike perspektiv på om og korleis fenomenologi som *filosofi både* kan danne grunnlag for *metodisk tilnærming* – og *empirisk vitenskap*. Innan mellom anna helsefag framkjem ein tendens til å nytte fenomenologi som ein freistnad på innleving for å fange det undersøkte si oppleving. Vidare ansjåast den fenomenologiske innsikt som eit

grunnlag for agering og direkte intervensjon i praktisk samanheng. Fenomenologi vert ansett som eit systematisk forsøk på å sameine filosofi, vitenskap og liv (Thornquist, 2003, s. 86, Gjengedal og Fjelland, 1995). Frå anna hald vert det hevda at det bør markerast *skilje* mellom den fenomenologiske filosofi og ein fenomenologisk måte å tenkje på. Desse bør skiljast åt som eigne diskursar med eigne objekt, metodar og gyldigheit, i staden for å samanblande ulike innfallsvinklar (Callewaert, 1986). Studiens resultat viser at 81 % av oppgåvene som nyttar fenomenologi, omtaler dette som å inkludere vitenskapsteoretisk posisjon, filosofi, metodisk tilgang og empirisk vitenskap (jmf. skjema, spm.21). Dette viser ein tendens til å *ikkje skilje* mellom ein fenomenologisk måte å tenkje på som grunnlag for empirisk vitenskap og den fenomenologiske filosofi. Om – og korleis dette er mogleg, kan ved eit seinare høve danne eit interessant grunnlag for omhandling, noko som òg kan ha påverknad for måten fenomenologi nyttast innan sjukepleievitenskap. I denne omgang må vi berre ut frå funn konstatere at det *ikkje* skjer ei skiljing mellom desse som ulike diskursar, noko som kan danne grunnlag for diskusjon.

Vi skal vende attende til fokuset på subjekt versus objekt. Korleis så forstå denne dominerande tendens som framkjem gjennom funn, der fenomenologi kan ansjåast å forsvare det subjektive som *motsetjing* til og på kostnad av det objektive? Kan ikkje denne tendens danne grunnlag for å stille spørsmål om dette er *nok* ei form for åtskiljing mellom subjekt og objekt, der det veljast ein *anten eller* posisjon? Dersom det er dette som skal vere det *riktige* grunnlag for sjukepleie som vitenskap, kan det då trekkast parallellar til den eineherskande stode empirismen – med si objektivisering har innehatt? Er dette nærast ei *anna* form for dualisme, der objekt og subjekt vert ståande like langt frå kvarandre som før?

Det er av interesse å trekkje Bourdieus perspektiv inn for å kaste lys over desse omtalte tendensar, ikkje som ein normativ peikepinn mot det som framkjem gjennom desse resultat, men som eit *anna perspektiv* på forholdet mellom subjekt og objekt enn dei tradisjonar som har forma vår oppfatting av vitenskapleg kommunikasjon. Nettopp dette motsetjingsforhold kan ansjåast å vere eit kjerneaspekt ved hans praxeologiske teori. Av alle motsetnader som kunstig deler sosialvitenskapen, er den mest fundamentale og mest øydeleggjande den som er sett opp mellom subjektivismen og objektivismen, seier Bourdieu (Bourdieu, 1980/2007, s.53). Faktumet at dette skiljet konstant dukkar opp i praktisk talt same form er tilstrekkeleg til å indikere at typane av kunnskap som det skiljar åt er av like stor tyding, og bør ikkje reduserast til korkje sosial fenomenologi eller til sosial fysikk (Bourdieu, 1980/2007, s.53).

Bourdieu ynskte å ta eit oppgjær nettopp med dei herskande teoretiske paradigmer i reindyrka form som fenomenologisk vitenskap, objektivistisk vitenskap og hans eigen teori om praksis - praxeologisk vitenskap (Petersen, 1994 i Callewaert et. al., 1994/2008, s.70). Den fenomenologiske tradisjon oppfattar den sosiale verda som naturleg, og set den subjektive primære erfaring av den sosiale verda i sentrum. Difor vert den ikkje sjølvrefleksiv. Ei erfaring som er henta frå eit kjent miljø går naudsyntvis ikkje bak den forståing ein har av verda som tatt for gitt. Den set ikkje spørsmål ved *kvifor* forholda er som dei er. Den skaper ikkje vilkår for ei refleksiv tilbakevending til erfaringas doxa (Bourdieu,1980/2007,s. 54, Callewaert et. al., 1994/2008, s.14-15). På den andre sida, utelukkar den objektivistiske vitenskap den spontane erfaring. Dei objektive strukturer er gjenstand for fokus, *uavhengig* frå individuell medvit og vilje. På same vis som den fenomenologiske tilgang, vil dette redusere samfunnsvitenskapen ved å ”godta” konstruksjonane som sanningar. Fenomenologien ”godtek” individets erfaringar av konstruksjonane som sanningar, medan objektivismen ikkje tek omsyn til dei grunnleggande erfaringane, som både er grunnlaget for og produktet av objektet. Den mislukkast altså med å objektivere den sjølvrepresenterte opplevinga av verda. Etter Bourdieu sitt syn gjer dette det umogleg å kunne analysere produksjonen og funksjonen av det sosiale spel som mogleggjer at individa tek *meininga* i dei objektiverte institusjonar for gitt (Bourdieu, 1980/2007, s. 54-59, Petersen, 1994 i Callewaert et. al., 1994/2008, s.72-74).

Bourdieu meiner at for å kunne oppnå kunnskap om logikken i praksis, må både kunnskap om det erfarande subjekt og dei objektive strukturar inkluderast. Det må skje eit brot både med den grunnleggande erfaring *og* den objektivistiske posisjon. Såleis ynskjer Bourdieu å femne både ein ”utanfrå” og ein ”innanifrå” posisjon i sin forskingsmessige tilgang. Bourdieus praxeologi er eit paradigme *om praktikk* som er opptatt av dialektikken mellom dei objektive strukturar og dei strukturerande disposisjonar som dei produserer og tenderer til å reprodusere som ein dualistisk prosess (Petersen, 1994 i Callewaert et. al, 1994/2008, Bourdieu, 1980/2007, s. 60-90). Bourdieus synspunkt kan vere eit tankekors for nettopp sjukepleiaren som tuftar sin sjukepleievitenskap på praksisens grunnlag. Det gjev eit mogleg perspektiv på korleis skape vilkår for verkeleg vitenskap om ein praktikk.

Den akademiske tradisjons tendens til å verdsetje teori i verditermar større enn praksis, har vanskeleggjort analyse av praktikkens logikk meiner Bourdieu. Praksis har sin eigen logikk, som er annleis enn den teoretiske logikk, der tid og rytme er ulik. I det praktiske ”spel” vil spelaren tilpasse seg det som er mogleg, og det som ser ut til å kunne oppnåast. Han vil relatere seg til dei andre ut frå den posisjon han har, og den posisjon andre har (Bourdieu,

1980/2007, s. 130-131, Bourdieu, 1994/1996, s. 135-136). Å presentere eit teoretisk syn *på* praksis som skal gjenspegle den praktiske relasjon *til* praksis er i fylgje Bourdieu å gjere ein stor feil. Bourdieu meiner denne feilen òg har rot i motsetnaden mellom tida for vitenskap og tida for handling, noko som tenderer til øydelegging av praksis ved å påtvinge den ...vitenskap. Skiftinga frå praktisk skjema til teoretisk skjema, frå praktisk sans til den teoretiske modell, gjer at særtrekket ved den praktiske røyndom vert borte (Bourdieu, 1980/ 1990, s.81, Bourdieu, 1980/2007, s. 144-145). Den praktiske kunnskap framkjem ikkje *berre* ved den objektivistiske tilgang og framstilling i kurver og diagram, ei heller med *berre* ved den menneskelege erfaringskunnskap (Bourdieu, 1980/1990). Praktikken er ikkje seg medviten dei prinsipp som styrer den. Dette kan berre tydeleggjerast gjennom eit langvarig perspektiv, då det er tale om praktisk sans inkorporert i kroppen gjennom tid. Praktikkens logikk kan berre verte ”gripen” gjennom handling (Bourdieu, 1980/1990, s.92). Dersom ein skal kunne forstå den sosiale røyndom, må nettopp ein rekonstruksjon av denne røyndom skje (Petersen, 1993).

Bourdieu's misjon er å byggje bru over denne historiske åtskiljinga av objekt og subjekt – ikkje som ei samansmelting, men som ei syntese som utgjer komplementaritet (jmf. pkt. 3.1, Wilken, 2008, s.90). Dette skal danne grunnlag for den praxeologisk teori, med ynskje om å yte rettvis til den praktiske logikk så vel som strukturane denne førgår innan (Petersen, 1993). Dette perspektiv kan såleis utgjere ei utfordring av vår forståing av vitenskap og kva grunnlagsrammer dette skal bygge på, der vi etter Bourdieu's syn må bryte med vår grunnleggande forståing. Ein må bevege seg forbi motsetnaden mellom desse to typar av kunnskap, samstundes som ein bevarer målsetjingane til kvar av dei, noko som føreset ei kritisk objektivisering til dei epistemologiske og sosiale forhold som gjev både ein refleksiv tilgang til den subjektive erfaring av verden, samt objektivisering av dei objektive forhold av denne erfaring (Bourdieu, 1980/1990).

Den dominerande diskurs vil velje eit språk som bekreftar eigen eksistens og verdisyn, medan andre ord vil nyttast i skildringa av motsetnadar. Språket nyttast til å skildre ”spelereglane” for det sosiale spel innan sin diskurs (jmf. pkt.2.3., 3.1). Når det veljast eit språk der subjektet og den subjektive kunnskap vert sett som den overordna referanseramme igjennom sjukepleievitenskaplege arbeid, kan forståast som eit ynskje om å utelukke objektet. Istadenfor å kjempe mot den kløfta som kropp -sjel dualismen har skapt, ved si åtskiljing av subjekt og objekt, kan dette ansjåast som nærast å oppretthalde denne, i motsett lei. Spørsmålet er om

sjukepleie som vitenskap tener på dette, dersom det er den praktiske logikk som er ynskjeleg å gjere til gjenstand for vitenskap?

5.4. Teoretisismen og metodologismen

”Forskning uten teori er blind, teori uten forskning er tom.” (Bourdieu og Waquant, 1992/2009, s. 145).

Det er av interesse å merkje seg at undersøkte studiar kan ansjåast å fylgje ein mal for gjennomføring, der ein punktvis framgangsmåte gjeld så vel for dei kvalitative som dei kvantitative studiane. Noko som kan kaste eit forståande lys over denne tendens, er truleg at som masterstuderande vert du presentert for design for gjennomføring av både kvalitative og kvantitative forskingsdesign gjennom felles studiemodul – *forsknings metode og etikk*. Denne byggjer på anerkjente akademiske prinsipp i dette miljøet for korleis desse forskingsstudiar skal gjennomførast, både i høve innhald og struktur (jmf. pkt. 4.6).

Ved dei kvantitative oppgåvene som metodisk fylgjer mønster frå klinisk medisin, 19% av samla populasjon (jmf. skjema spm.25), vert både metodisk framgangsmåte og dei empiriske resultat meir vektlagt enn teoretiske rammer, som i hovudsak er medisinsk fagterminologi. Det vert her ikkje via rom for vitenskapsteoretisk omhandling, men gått direkte på metodisk framgangsmåte; korleis data er framskaffa og behandla, noko som gjevast brei omtale. Resultata, ofte produkt av standardiserte målemetodar, vert trekt opp mot tidlegare klinisk forskning, ofte frå medisin.

I motsetjing gjev dei kvalitative oppgåve, som hovudsakleg er forankra i fenomenologi og eller hermeneutikk, nærare 67% av samla populasjon, ei brei omtale om metateori/filosofi, knytt opp mot metodeval, ofte i form av intervju (59,5% samt ytterlegare i kombinasjon med andre empiriske metodar) (jmf. skjema, spm. 25 og spm.12). Korleis intervjuet vert gjennomført, standardprosedyrar og omgrep i høve kva som fokuserast på ved utvalet, gjennomføring av metoden, datasamlinga og ikkje minst analysen, utgjer ein svært stor del av desse arbeida. Eit interessant aspekt er at det på det metodiske området hovudsakleg visast til same type referansar. Altså leggast dei same perspektiv til grunn metodisk for svært mange av desse arbeida. Malterud og Kvale, åleine eller i kombinasjonar, vert hovudsakleg vist til ved metodisk gjennomføring gjennom over 87% av dei kvalitative arbeid (jmf. skjema, spm.13). Det er vidare av interesse å registrere at 64,5% av dei kvalitative oppgåvene viser til Giorgis fenomenologiske analysemetode for gjennomføring av analyse av empiri (jmf. skjema

spm.14). Dermed framkjem ein dominerande tendens til å binde seg opp til ein spesiell framgangsmåte og spesielle referansepersonars synspunkt for analysen av datamaterialet.

I heile 50% av samla populasjon vert teori trekt opp *etter* empiri er samla inn (jmf. skjema, spm.9). Ein kan fundere på kvifor. Enkelte av oppgåvene oppgjev at dette har samband med fenomenologisk perspektiv som tilseier at ein skal nærme seg empiri *utan* å vere teoristyrte (jmf. pkt. 5.3). Like fullt får teori ei svært sentral stode og vert via mykje rom for omhandling i *etterkant* av den empiriske innsamling, ein tendens som kjem til syne i dei kvalitative oppgåvene. Det er ei kompleks samansetjing av aspekt frå ulike teoriar som vert nytta (jmf. skjema, spm.20). Eit tankekors her er at teoriane som vert nytta ofte kjem frå ulike disiplinær og kan ha eit særst ulikt syn på både mennesket, helse og sjukdom, noko det ikkje viast rom for refleksjon ved.

Det er av interesse å trekkje desse funn opp mot Bourdieus motstand mot det han omtaler som ”teoretisisme” og ”metodologisme”, som er sentrale aspekt ved hans praxeologiske tenkjesett (Bourdieu & Wacquant, 1991/1993, s. 40- 44). Som tidlegare omhandla (jmf. pkt. 2.1, 2.3, 3.1) må Bourdieus ”teori” og metodiske tilgang sjåast i samband med hans empiriske framgangsmåte. Han held fram metodologismen og teoretisismen som to motståande former for avgrensingar som trugar vitskapen. Metodologismen kan definerast som tendensen til å skilje metode frå den faktiske bruken av den i det vitskaplege arbeidet, og dyrke metoden for sin eigen del (Bourdieu & Wacquant, 1991/1993, s. 41). Metodekurs eller vitskapsteori som særlege områder som er lausriven frå ein forskingspraksis, er i Bourdieus auger ei form for ”akademicisme” som medfører at problemet vert redusert til eit reint teknisk forhold om empiriske data og observasjonar (Bourdieu og Wacquant, 1992/1996, s.38). Han minnar om at metodologien *ikkje* er ein læremeister for den lærde, men alltid eleven hans. Dersom metodologien vert læremeister, vert den til kunst for kunstens eiga skuld og objektet søkt definert ved hjelp av eksisterande analyseteknikkar og eit sett av tilgjengeleg gjevne storleikar. Dette vil avgrense vitskapen (Bourdieu & Wacquant, 1991/1993, s.41).

Bourdieu har ei djup mistillit til metodolisk einsporing som han meiner fører mange forskarar ut i det han omtaler som absolutisme. Han forkastar avvising av den eine eller den andre forskingsmetoden (Bourdieu og Waquant, 1991/1993,s. 42) og anbefaler metodolisk fleksibilitet. Men dette inneber ikkje at han meiner at alt kan gå an. Difor understrekar han gjentekne gongar tydinga av den praktiske dimensjon i eit kunnskapsområdes praksis og det praktiske aspekt av teori som kunnskapsproduserande aktivitet (Bourdieu & Wacquant,

1992/1996). Bourdieu er i mot ei teoretisering som svever fritt utan å vere i kontakt med studiens praktiske realitet. Han set seg mot teoretisk arbeid for si eiga skuld, som han ser på som teori frigjort frå alle band til dei verkelege tilstandar. Hans eige forhold til teoretiske omgrep, er at han ser på dei som ”verktøykasser” til bruk empirisk (Bourdieu & Wacquant, 1992/1996, s. 39-40, jmf. pkt. 2.3, 3.1).

Hans kritikk mot det han kallar teoretiserande teori kan sjåast i samband med ein reaksjon overfor det akademiske miljø som tradisjonelt har premierte det filosofiske og teoretiske som idealet, medan dei samstundes har nørt oppunder ein sterk motstand mot empirismen. Dermed har han ikkje tru på metateoretiske vurderingar som ikkje er forankra i konkrete forskingsprosjekt (Bourdieu & Wacquant, 1991/1993, s. 43). Bourdieu held fast på at ei kvar forskingshandling samstundes er *empirisk* – i forstand av å observere eit fenomen i verda - og *teoretisk* i forstand av at ho naudsyntvis forpliktar seg til hypotesar om den underliggende struktur av samanhengar som observasjonen ynskjer å gripe. Det finnast ikkje ein minste observasjon, val av ein målestav, ei avgjerd gjeldande koding, konstruksjonen av ein indikasjon eller innlemminga av eit tema i eit spørjeskjema som ikkje inneber medvitne eller umedvitne teoretisk val (Bourdieu & Wacquant, 1992/1996, s.42).

Bourdieu har altså markante haldningar til forholdet mellom teori, metode og praksisfelt, og tek avstand frå å skilje ut metode og teoriomtaling frå den måte metode og teori brukast på i forskinga - og dyrke dei for deira eigen del. Bourdieu meiner at metoden skal vere sambunde med den teoretiske konstruksjon av gjenstanden og at desse kontinuerleg skal takast opp til revisjon i prosessen. Korkje metode eller teori skal sveve fritt utan kontakt med forskingsprosjektets praktiske realitetar. I staden ynskjer han ein fusjon mellom det teoretiske konstruksjonsarbeidet og dei praktiske forskingsprosedyrar, då han ser på den forskingsmessige praksis som ei konstant overlapping mellom teori og undersøkings gjenstand, mellom refleksjon og observasjon (Bourdieu & Wacquant, 1992/1996, s. 41). Såleis vil det teoretiske innebere eit praktisk siktemål.

Dersom ein trekkjer trådar frå funna til Bourdieus perspektiv, kan den teori som fyrst veljast etter empiri ansjåast å ikkje verte sett i samband med den metodiske framgangsmåte. Den kan kanskje kaste lys over funna og medbringe ein diskusjon, men ein kan undrast om teori då vert brukt for å bekrefte teoretiske antakingar, eller utvalt særskilt for å styrke aktuelle funns resultat? Eller – er dette ein måte å sette det heile inn i teoretiske rammer som ein antek skal vere på plass i eit akademisk arbeid som ynskjer vitenskapleg karakter? Desse spørsmål skal

ikkje utfordrast ytterlegare i denne samanheng, men ut frå aktuelle funn kan ein driste seg til å stille nokre grunnleggande kritiske spørsmål vedrørande denne tydelege tendens. Vidare kan det ansjåast som grunnlag for å stille spørsmål ved om nettopp *metodolisering* er ein tendens gjennom desse arbeid? Både dei kvantitative og dei kvalitative oppgåvene vier mykje rom for korleis metodisk framgangsmåte vert gjennomført, som etter ei oppskrift. Dei kvalitative oppgåvene nyttar hovudsakleg dei same referansar ved den metodiske gjennomføring, og analyse vert gjennomført etter ein oppsett framgangsmåte (jmf. skjema, spm.13 og 14). Vert nettopp metoden, her representert ved Kvale sin framgangsmåte og Malterud si forståing av Giorgis analysemåte, snarare enn det presenterte idealet om verdifri eller verdimedviten tinærming, ei ”tvangstrøye” der punktvis framgangsmåte og presenterte ideal styrer det heile?

I mot desse varsame antakingar, kan det kanskje hevdast at behovet for å fylgje nettopp ein spesifikk framgangsmåte er tilstades for ein nybyrjande forskar. Ja vel. Dette kan forståast, til dels akseptert. Men, likefullt er denne tendens til å utføre forskingsarbeid synleg utanfor studentarbeid, i etablerte forskingsmiljø. Det er tydeleg at dette er ein akseptert måte å gå fram på, ein måte som setjast i samband med vitskapleg kvalitet. Dei referansane som nyttast står på pensumlista for sjukepleievitskap innan første studiemodul, forskingsmetode og etikk (jmf. pkt. 4.6). Det er tydeleg at desse referansepersonar innehar ein kapital som gjev ein sentral posisjon i feltet. Dermed kan tendensen til å utføre oppgåvene i tråd med ein dominerande tendens i den etablerte doxa, ansjåast som ein måte å spele spelet på, i tråd med gjeldande spelereglar (jmf. pkt. 2.3, 3.1). I så fall er det grunnlag for undring over om dette vil avgrense den kunnskap som vert produsert gjennom den sjukepleievitskaplege forskning? Vert metoden og den metodiske gjennomføring dyrka for si eiga skuld? Og - vert teorien lausriven frå både empiri og metodisk tilgang, men samstundes brukt for å pakke inn det heile etter datamaterialet er framskaffa? Slike tendensar ville nok nærme seg nettopp dette som Bourdieu namnar som metodolisering og teoretisering og som han ynskte ta eit oppgjær med. Dette kan vere eit tankekors som dannar grunnlag for diskusjon kring om det er rom for å *utfordre* måten å gjere eit forskingsarbeid på, og kva som hemmar eller fremmer vitskapens vilkår? Det må presiserast at underteikna ikkje legg opp til normativ definerings i høve korleis korkje metode eller teori bør nyttast i dei sjukepleievitskaplege arbeid. Ynsket er å kaste lys over denne tendens som gjennom funna trer fram så tydeleg, og forsøke forstå kvifor, ut frå dei rådande forhold innan den gjeldande kontekst.

5.5. Ulike former for kunnskap

....avstanden finnes kanskje ikke så mye der man som regel kikker etter den, nemlig i skillet mellom kulturelle tradisjoner, men i kløften mellom to relasjoner til verden, den ene teoretisk og den andre praktisk (Bourdieu 1980/90, ref. i Wilken, 2008, s.18.)

Tydelege tendensar som ut frå funn så langt peiker seg ut for korleis sjukepleievitskap materialiserer seg gjennom aktuelle periode, synast å vere at det handlar om den *kliniske* kunnskap som allereie ligg i praksisfeltet, ved den opplevde erfaringa av kva sjukepleiaren gjer – og fokus på pasientens opplevde behov i det praktiske felt. Ved å setje fokus på dette gjennom forskning, skal det gjerast vitskap *av* praksis, samstundes som denne kunnskap skal vere til nytte *for* praksis.

Korleis det kan ha seg at desse tendensar framkjem i funna, har blitt freista belyst ut frå den historiske og institusjonelle kontekst, og moglege relasjonar har blitt antyda. Ulike interessesympunkt kan ansjåast å gjere seg gjeldande i dette biletet. Som vist, er sjukepleiarens praksis og nytteeffekten for denne, blitt helde fram som sjølve legitimitets grunnlaget for sjukepleievitskap (Juvkam, 1985, Kirkevold, 1996), noko som har blitt vektlagt gjennom faglitteratur, gjennom studieplanar og ved tydeleg stillingstaking frå fagorganisasjon. Eit aspekt av tyding kan òg vere at det i perioden før og under etableringa av sjukepleievitskap skapast betre vilkår for anvend vitskap, noko som tydeleggjerast gjennom politikk og økonomiske ytingar. Dette var med på å støtte opp under sjukepleias forskingsverksemd på praksisgrunnlag (Lerheim, 2000, s.71). Ein kan velje eit perspektiv som *avviser* ein vidare diskusjon kring om sjukepleieforskinga på dette område er eller skal vere vitskapleg. Marit Kirkevold, som kan ansjåast som ein sentral aktør i høve å markere sjukepleievitskapens tiltenkte praktiske nytteeffekt (jmf. omtale pkt.5.2.1), reiser nettopp spørsmål ved grunnen til *kvifor* akkurat sjukepleievitskapens rett som vitskap i så stor grad gjerast til gjenstand for diskusjon? (Kirkevold, 2002 i Østlinder et. al, 2009). Ho meiner at definisjonen av kva som skal gjelde som vitskapleg diskurs har nært samband med dei kriterium som *makteliten* stiller for definisjon, noko ho meiner skapar ein ufruktbar distanse mellom vitskap og praksis. Sjukepleiaren må difor utfordre denne vitskapsforståing, og sjølv ta til orde for å definere sin vitskaplege diskurs, fundert på praksis (Kirkevold, 2002 i Østlinder et. al, 2009). Ut frå dette syn bør det fakta at sjukepleievitskap gjennom ei lengre periode og i ei rekkje land *har* ei etablert stode som universitetsfag, takast til etterretting. *Kvifor* skal diskusjonen enno omhandle sjukepleias vitskaplege rett framfor andre praktisk

orienterte grupperingar i samsvarande situasjonar?

I det fylgjande vil dette *kvifor* verte diskutert. Det må understrekast at dette ikkje har utgangspunkt i å prøve *undergrave* sjukepleie som korkje praksis, teori eller vitskap. Det har heller ikkje intensjon om å diskutere om sjukepleiaren skal forske, eller uttrykk for ein motstand mot at forskning skal vere til nytte for sjukepleiepraksis. Snarare er ynskje å setje fokus på korleis vi skal kunne ivareta både vitskapens og ikkje minst *praksisens eigenart*. I dette tilløp til diskusjon skal vi freiste setje det heile litt på hovudet, og sjå det frå ein annan vinkel, sett i lys av Bourdieus tankar kring teori og praksis.

Når sjukepleie, som opphavleg praktisk fag, ynskjer gjere vitskap av sin praksis, eller for å nytte Kirkevold sine ord - skal utfordre ei vitskapsforståing som opprettheld ei uproduktiv distanse mellom vitskap og praksis, vil dette generere til diskusjon kring *ulike former for kunnskap*. Denne diskusjon er korkje av nyare dato eller tilknytt sjukepleias akademisering spesielt. Den har røter heilt attende til Aristoteles (384-322 f.kr) sine tankar, 300 år før Kristi fødsel. Teori og praksis byggjer på *ulike* former for kunnskap, meinte Aristoteles, og skilde mellom formene vitskapleg kunnskap (*episteme*), handverkskunnskap (*techne*) og klokskap (*phronesis*). Vitskap er det som *ikkje* kan vere annleis, meinte Aristoteles. Det som kan vere annleis, var handverkskunnskap og klokskap (Aristoteles, 1973). Handverkskunnskap, *techne*, vurderast som ei instrumentell handling der målet skil seg frå åtferda, medan *phronesis* er den praktiske visdomen knytt til moralske vurderingar i stadig endrande situasjonar. Gjennom historia har nettopp skilnad mellom teoretisk og praktisk kunnskap vist seg i høve organisering av samfunn og utdanning. Universitetet sin grunntanke var omhandling av teori om menneskeleg aktivitet og natur, eit grunnlag for vitskapleg kunnskap som eksisterte for sin eigen del. Dette var kunnskap som skulle forstå og forklare, utan praktiske konsekvensar (Callewaert, 1998). Gjennom etterkrigstida skjer ei endring, nettopp knytt til praktiske profesjonars tilgang til academia der desse oppnår forskingsposisjon. Universitetet vert i dag frå visse hald nærast omtalt som eit "masse universitet" som femnar om alle former for praktiske etterutdanningar. Det vert stilt spørsmål ved om ei slik fjerning frå universitetets grunntanke, og om samanblandinga av ulike kunnskapsformer er lite fremjande for *både* den teoretiske og den praktiske kunnskap (Callewaert, 1998).

Dette viser at ein allereie i antikken skilte mellom ulike kunnskapsformer, og at det ved dei praktiske fags tilgang til academia og oppnåing av forskingsposisjon har skjedd ei *endring* i høve korleis kunnskapsformer utdanningsmessig vert organisert. Innan det vitskap syn som

Kirkevold ynskjer at sjukepleiaren skal *utfordre*, har vitskapen vore definert ved at kunnskap søkast for sin eigen del, utan praktiske konsekvensar. Vitskapens føremål har vore å *forstå* og *forklare* opphavet til eit system og kva årsakene er til at det ser ut som det gjer i dag. Såleis er vitskap opptatt av historie og notid, ved si interesse i forklaringar og opphav av årsaker, funksjonar og verknader. Dette må byggje på systematisk observasjon, ikkje berre empiriske inntrykk (Durkheim, 1975).

Det som her altså kjem til syne er svært motstridande perspektiv. Det framkjem ut frå funn at nærare 86 % av oppgåvene har fokus på teknologi i tydinga korleis gjere sjukepleiepraksis betre, og den resterande del som har eit meir teoretisk reflekterande forhold, kjem likevel inn på praktiske implikasjonar (jmf. skjema, spm. 24). Vidare viser sentrale talsmenn både i notid og fortid til betring av praksis som sjølve legitimitetsgrunnlaget for sjukepleievitskap, noko som tyder på ei akseptert oppfatning av at sjukepleievitskapens føremål skal medbringe nytteeffekt for praksis. Samstundes strir dette i mot eit syn på vitskap, og på ulike former for kunnskap – som då sentrale talsmenn innan fagmiljøet og vitskapsgjering hevdar skal utfordrast

Det er tydeleg at dette kan framstå som ei konflikt mellom ulike perspektiv som aktualiserer sentrale spørsmål. Er det – og bør det vere skilnad på sjukepleieforskning og sjukepleievitskap? Er teori som er tiltenkt praktisk nytteeffekt vitskap? Er det skilnad i å utøve og å utforske ei verksemd? Er vitskap definert etter for strenge kriterium som den moderne, akademiske sjukepleiar bør ignorere? Konfliktane dette medfører kan kanskje synleggjerast ved å setje dei i perspektiv på fylgjande måte - å studere sjukepleias funksjonar, og på denne måten vise at sjukepleie er nyttig, kan ansjåast som noko anna enn å forklare kvifor sjukepleie har oppstått eller kvifor sjukepleia er som den er. Det store spørsmål vert om sjukepleie som *vitskap* uproblematisk kan romme det heile, og dermed gjere alle spørsmåla stilt over overflødige?

Petersen, professor i sjukepleievitskap og pedagogikk som jobbar ut frå eit historisk epistemologisk grunnlag og som trekker på Bourdieus tenking, kan gje eit innspel i høve desse spørsmål. Ho påpeiker nettopp skilnaden mellom å *utforske* og å *utøve* ei verksemd, noko ho ser på som ulike former for sosial praksis, og namnar dei som *praktikarens praksis* – og *teoretikarens praksis*. Ho viser til at å stille spørsmål ved kva nokon gjer i jobben sin, gjev svar på korleis vedkomande opplever det han gjer, noko som kan gje grunnlag for å skape teori *for* praksis, til bruk for å gjere praksis betre. Vitskap *om* praksis, er etter dette syn noko anna. Dette vert helde fram som teoretikaranes konstruerte teori (Petersen, 1995 a, s. 124).

Petersen er nettopp kritisk mot den tendens som ho opplever å råde innan sjukepleie – at teori skal vere både skildrande, forklarande, fortolkande/forståande og samstundes retningsgjevande for praksis. Med dette meinast at teori *samstundes* skal vere skildrande for korleis sjukepleie er, forklare kvifor den er slik, forstå/fortolke korleis den oppfattast og gje anvising til korleis den bør vere. Ut frå dette vert teori forstått som *tillempa teori* for den kliniske praksis. Det som forståast som sjukepleieteori skal altså vere direkte retningsgjevande for sjukepleiarens aktivitet i praksis i form av å finne den ”rette” sjukepleiehandling (Petersen, 1993, s. 35). Vil dette medføre at kulturen vert prega av at berre finnast *ein* sjukepleiepraksis, ein måte å forvalte praksis på, ein måte å formidle praksisteori på og ei vitenskapelig metode som skal danne utgangspunkt for diskusjonar om sjukepleie? Er det då berre *sjukepleieforskaren* som kan formidle og skape den ”rette” kunnskapen? (Petersen, 1995 b, s. 34). Ut frå dette perspektiv vil teori ikkje naudsyntvis vere direkte retningsgjevande for praksis, sjølv om den er skildrande, forklarande, forståande og/eller fortolkande og dermed normativ i høve korleis den gode kliniske sjukepleiepraksis bør vere. Praktisk kunnskap er såleis heller ikkje anvendt teoretisk kunnskap. Praktisk kunnskap eksisterer for seg sjølv, i sin eigen rett og er ei eiga form for kunnskap (Petersen, 1993, s.51-52).

Med haldepunkt i Durkheim (1858-1917), fransk sosiolog, held Petersen i denne samanheng fram tydinga av å skilje mellom sjukepleie som *kunst*, sjukepleie som *praksisteori* og *vitenskap* om sjukepleie. Sjukepleie som kunst peiker i denne samanheng på praksis utan teori, den kliniske praksis eller det vi gjer her og no. Praktikkteori peiker på teori for praksis; idear og refleksjonar over handlingar og som kan være normative for korleis praksis bør vere. Noko anna er vitenskap om praksis, der kunnskapen søkast for sin eigen del og ikkje interessar seg i praktiske konsekvensar. Dette er forskjellige sosiale praksisar. Alle desse tre skal vere tilstades og er viktige ut frå sin eigenart. Dei kan gjensidig befrukte kvarandre, både teoretisk og praktisk. Men, deira eigenart må skiljast åt, ikkje samanblandast (Petersen, 1995 b, s.40-41).

Det talast ut frå denne posisjon nettopp om ei åtskiljing av kunnskapsformer, og ei streng forståing av kva vitenskap skal omhandle. Dette syn vil òg kunne få konsekvensar for kva ein kan omtale som sjukepleievitenskap. Kunnskap *for* praksis, som er ein hovudtendens ut frå studiens funn (jmf. skjema, spm.24) og som har sin rettmessige stode, kan ut frå dette perspektiv nok omtalast som praksisteori. Men, snarare enn at dette skal medføre eit *tap* for

sjukepleie som vitenskap, som teori og som praksis, kan tanken bak dette perspektiv sjåast på nettopp som eit *vern* kring dei ulike formene for kunnskap.

Bourdieu's tenkesett og hans teori om praksis ynskjer nettopp å fange inn den kompleksitet som sosial praksis rommar. Hans kriterium for vitenskap er klare, og kan ansjåast som strenge. Sett i lys av studiet sine resultat, er det i fylgje denne tankegong korkje nok å spørje pasientane, pårørande eller sjukepleiarane om deira kjensler og opplevingar, eller basere seg på objektive resultat som eit grunnlag for vitenskapleg kunnskap. Dersom en søker kunnskap på vitenskapleg nivå må forskaren gå vegen om objektivisering og konstruere sine objekt, noko som vil medføre ei framandgjerding som er naudsynt for å fange kva det eigentleg dreier seg om (Petersen, 1995 b, s. 39-40). Kvardagskunnskapen og dei allment godkjente kategoriar må utfordrast. Det må skje eit brot med den spontane sjølvforståinga for kva det heile handlar om (jmf. pkt.2.3 og 3.3.1, Petersen, 1993, s.39). Vitenskap ut frå dette perspektiv har altså ikkje berre med klinikk å gjere, men omhandlar sosial praktikk der den menneskelege aktivitet og handling som er inkorporert i den sosiale praksis må femnast om (Petersen, 1995 a). Dette kan ansjåast som ein langt meir omfattande prosess som står sterkt i kontrast til den anvende forskinga som kan hevdast å vere dominant i forskingskulturen i sjukepleiefaget i dag, og som gjenspeglast i resultatata frambringa gjennom denne studien. Å arbeide med vitenskap om sjukepleie, kan altså ikkje berre omfatte ei vurdering av praksis slik den tilsynelatande framkjem. Det heile må vurderast for si art og grad, nettopp ut frå sin eigen logikk. Slik kan dei ulike posisjonane gjensidig befrukte og utvikle kvarandre (Petersen, 1995 b, s. 40-41), med føremål å handtere sjukepleiepraksis med audmjuke og respekt i alt sitt mangfald. Kanskje kan *kvifor* diskusjon kring sjukepleie som vitenskap såleis endrast – til *difor* diskusjon kring sjukepleie som vitenskap?

5.6. Sjølvstendig, ja vel – men ikkje heil fri?

”De som snakker om like muligheter, glemmer at sosiale spill (...) ikke er rettferdige spill (Bourdieu 1997/2000, ref i Wilken, 2008, s. 67)

Aktuelle studie har hatt fokus på *korleis* sjukepleievitenskap materialiserer seg gjennom masterarbeida gjennom eit spesifikt tidsrom 25-30 år *etter* etablering, og korleis dette kan forståast? Ut frå historia har vi sett at eit eige kunnskapsgrunnlag og fridom frå den medisinske dominans har vore viktig aspekt i sjukepleias profesjonskamp og kamp for universitets- og forskningstilgang (jmf. heile pkt. 4.3., Juvkam, 1985). Den akademiske tilgang for sjukepleiarar vert av forkjemparar markert som sjølvve provet på nyvunnen fridom og

oppnåing av eit *sjølvstendig* kunnskapsgrunnlag (Lerheim, 2000, s- 5-6).

Master/hovudfagsarbeid og doktorgradsarbeid har blitt helde fram som eit viktig grunnlag for oppbygginga av ein kunnskapsbank på sjukepleievitenskapleg område (Lerheim, 2000). *Om* sjukepleie er eit sjølvstendig kunnskapsfelt eller ikkje, let vi ligge for diskusjon i denne samanheng. Dette tema *har blitt* diskutert og vil nok stadig *bli* gjenstand for diskusjon, ein diskusjon som ofte viser seg å ende opp i dei same perspektiv frå ulike synsvinklar. Anten *nei* sjukepleia har *ikkje* eit eige gjenstandsområde, og *nei* sjukepleie har heller *ingen* eigen vitenskaplege metode, eller på den andre side *ja* sjukepleie kan vurderast som ein anvendt vitenskap, som skal frambringe nytteeffekt for praksis. Om denne diskusjon kan tilførast ytterlegare avklarande argument, eller ei forsoning mellom dei ulike perspektiv, overlatast til framtida å vise. Sjukepleiarens akademiske tilgang og moglegheit til å forske *er* ein realitet, og om sjukepleiaren har ei rettmessig stode på universitetet, vert ikkje diskutert vidare i denne omgang.

I denne samanheng skal vi velje ein annan innfallspørt til å sjå nærare på sjukepleias proklamering av sjølvstende, ved å stille spørsmålet - er sjukepleia verkeleg *fri* i sine val på dette området som omtalast som sjølvstendig? Er det frie og erkjeningsteoretisk reflekterte val som framkjem som grunnlag for desse undersøkte arbeida? I så fall - korleis *viser* dette proklamerte sjølvstende og fridomen seg igjennom desse arbeida i aktuelle periode?

Ut frå Bourdieus tenkesett er relasjonane mellom individ/grupper av grunnleggande tyding (jmf. pkt.2.3 og 3.1, Bourdieu & Wacquant, 1992/1996).¹³ Han meiner at den sosiale verda ikkje består av interaksjon mellom aktørar, men av objektive relasjonar som eksisterer uavhengig av den enkelts medvit og vilje. Dei potensielle moglegheiter for handling ligg dels i individet som kroppsleggjorte strukturar og dels i sosiale, objektive strukturar i dei situasjonar individa handlar innanfor. Relasjonane mellom desse fenomen vil gjensidig påverke kvarandre og dannar grunnlaget for moglege handlingsval (Bourdieu, 1994/1997, s.11-12). Mennesket vil såleis korkje stå fritt til å handle eller berre vere styrt av sosiale strukturar. Handling kan såleis oppfattast strategisk, ut frå kva som er *mogleg* handlingsalternativ i ein gitt situasjon, men dette er ikkje naudsyntvist medvitent (Rogg, 1991). Einkvar situasjon må forståast i lys av møte mellom tidlegare historie og individets

13. Det må presiserast at trass i om det i det fylgjande trekkjast parallellar til Bourdieus felttenking og relaterte omgrep i høve dette, er ikkje intensjonen å nærme seg ei feltanalyse, då dette hadde kravd eit meir fullstendig rekonstruksjonsarbeid, og at ein hadde måtte plassert dei ulike relativt autonome felt i motsetjing til andre felt – ikkje minst i forhold til dei overordna økonomiske og politiske felt.

inntatte posisjon her og no. Dette påverkar kva tankar, kjensler og val som *mogleggjerast* for individet. Dermed er vi ikkje så frie som vi gjerne trur (Halskov et al., 2008, s. 276).

Relasjonane påverkast av forhold som ulike former for makt og kapital som vil medføre dominans eller underkastning og kan såleis vere påtvinga aktørane og institusjonane. Det står noko på spel, det kjempast om vederlag, fordeler og godar (Petersen, 1997/98, s. 6).

Bourdieu samanliknar ved fleire høver det som skjer i feltet med eit spel. Feltet er definert ved heilt grunnleggande reglar som spelarane i feltet må akseptere. Bourdieu omtalar desse reglane som feltets *doxa* (jmf. pkt. 2.3 og 3.1, Wilken, 2008, s. 42). Doxa peiker altså på dei udiskutable premissane som agentar handlar i forhold til som gjer kampen i feltet meiningsfull, det paradigme som herskar og som takast for gitt (Wilken, 2008, Callewaert, 2003, s.123). Doxa er berre gjeldande *innan* eit felt, men det særskilte felt er bunden av doxa, noko som gjer visse posisjonar mogleg og andre umogleg. Dette tyder at berre dei som aksepterer spelereglane er med i kampen. Det finnast legitime og illegitime måtar å kjempe på i feltet, og doxa fungerer i dette samband som eksklusjonsmekanisme. Dersom doxa vert dratt i tvil, endrast situasjonen, kampen gjeld då ikkje lenger det som er sjølvinnlysande, men meir spørsmålet om kva dei heile eigentleg handlar om (Callewaert, 2003, s.123). Utfallet av bestemte kampar avgjerast ikkje berre i feltet, men òg i relasjon til andre felt og i relasjon til kampen om kvar feltets grenser går (Wilken, 2008). *Illusio* peiker på det som står på spel, og skaper ei tru på ei sjølvfylgje i feltets forhold, og mogleggjer reproduksjon. *Illusio* medfører at ein dragast med i spillet og dei grunnleggande spelereglar aksepterast (Bourdieu, 1994/98 ref. i Wilken, 2008, s. 47)

Det handlar om individuell og konstitusjonell historie, om makt, dominans, underordning, kamp og gyldige spelereglar snarare enn absolutt fridom, spør ein Bourdieu. Med dette utgangspunkt kan ein stille spørsmålet - kva tyder det, eigentleg, når funn viser at 71% vel kvalitativ tilgang, vidare nære 67% funderer dette i fenomenologi og eller hermeneutikk og trekkjer fram det subjektive kunnskapsgrunnlag som gyldig kunnskap? Og - kva kan det *eigentleg* tyde at 81% av oppgåvene gjer eigen praksis til grunnlag for vitenskap og 86% relaterer føremålet med sitt studie til nytte for praksis? Korleis kan det forståast at omsorgsfilosofi vert trekt inn i så stort monn men kombinert med klinisk praktisk kompetanseutvikling? Og, kvifor veljast i så stor grad dei same referansar for metodisk gjennomføring og analyse ved kvalitativ tilgang? Fleire dømer kunne verte nemnt ut frå aktuelle funn, men vi skal dvele litt ved desse, som vi tidlegare har omhandla i diskusjonen og stille spørsmålet – er desse tendensane valt ut frå erkjeningsteoretisk reflekterte og frie val?

Eller - er det heller feltets doxa som på det umedvitne og udiskutable plan har forma spelereglane for det spel som her føregår? Dersom spelereglane på dette plan allereie er utforma, kan det stillast spørsmål ved om Bourdieus namning *illusio* kan nyttast som eit bilete på desse framkomne tendensar, som ei akseptering av kva spelereglar som gjeld, og ei deltaking i spelet ut frå desse Men, kvifor er det i så fall nett *desse* spelereglane som har gjort seg dominante?

Ved vårt tilbakeblikk på historia har vi sett at bak både kampen for universitetstilgang og for utforming av rammene for kva studietilbodet innan sjukepleievitskap skulle romme, stod sterke personinteresser. Nettopp desse sentrale personar hadde ein kapital i form av utdanning, forskingskompetanse og metodelære, som gjorde at dei kan ansjåast å kunne ta ein dominerande posisjon for påverknad (jmf. heile pkt.4.3. og 4.4). Vi har sett at særskilt ein fløy av sjukepleiemiljøet som ynskte profesjonsstyrking og som utgjorde ein opposisjon mot dei fyrst etablerte rammene for sjukepleievitskap, fokuserte på utvikling av eit eige kunnskapsområde for sjukepleievitskap, grunnlagt på eit anna paradigme enn det som omtalast som medisinenes reduksjonistiske tenkingsgrunnlag. I staden skulle sjukepleievitskap definerast i ein sosialvitskapleg kontekst. Human og sosialvitskapleg tradisjon trekkjast fram, der hermeneutisk og fenomenologiske erkjenningsmodellar vektleggast, og der òg omsorgstenkinga får breiare rom som aspekt ved sjukepleievitskap (jmf. pkt. 4.5.2, Juvkam, 1985). Utover 80-90 talet brer fenomenologien om seg (Thornquist, 2003). Sentrale retningar og profilar i universitetsmiljøet som representerer denne tankegong er blitt omtalt (jmf. pkt. 4.6 & vedlegg nr. 6). Desse har ansvar for opplegging av undervising, strukturering og organisering av studentkvardagen og som vegleiarar, noko som set dei i ein sentral posisjon for påverknad av sine synspunkt. Desse vil òg setje sitt preg på pensumlister, der dei som vert rekna å inneha anerkjente synspunkt for feltet vil nyttast. Med andre ord bidreg dette til å forme og strukturere det miljø og dei vilkår desse arbeid skal vekse fram under. Slik kan ein reproduksjon av spelet/kunnskapen skje (jmf. Wilken, 2008, s. 73-74).

Difor stillast det spørsmål ved om dei tendensar i funna som vart framstilt over, er resultat av frie, erkjeningsteoretiske val - eller *illusio* hjå den einskilde student? At denne tendens framkjem i så dominant grad, kan - sett gjennom Bourdieus briller - ansjåast som at det spelast etter spelereglar som er utforma i tråd med den regjerande doxa, sjølvinnlysande sjølvsaugt og utanfor rekkevidde for diskusjon.

Men funna viser at òg andre tendensar peiker seg ut – i ei anna retning enn det omtalte. Korleis skal dette forståast i høve ein doxa, som skildra over? Etter Bourdieu sitt syn utelukkar ikkje doxa usemje innan eit felt, som jo nettopp er definert som ein kamparena der det kjempast om grunnleggande premisser for feltets eksistens (Wilken, 2008, s. 43). Utfallet av kampen avgjerast ikkje berre i feltet, men òg i relasjon til andre felt og kvar feltets grenser skal gå. Som historia viser har ikkje sjukepleiens kamp gjeldande teori og vitskap vore ein samla kamp. Heller kan dei ulike interesseretningane ansjåast som *splittande* for sjukepleias kamp, då perspektiva som dei ulike retningar til dels har vore svært motstridande jmf. pkt. 5.1, Juvkam, 1985). Når vi òg gjennom funna ser ein noko mindre dominerande, men likevel ein tendens til å gå i medisinens fotspor, der det nyttast medisinsk referanseramme, klinisk medisinsk forskning og klart empirisk fokus, kan vi òg relatere dette til historia (jmf. heile pkt. 4.3). Sjukepleia vaks fram som yrke som fylgje av legens trong etter ein hjelpar. Medisinen har vore sjukepleias referanseramme og legen den overordna autoritet. Gjennom dei fyrste rammer for kva sjukepleievitskap skulle omhandle, kan ein avsløre eit objektivistisk syn på vitskap, og ei vektlegging av medisin som referanseramme sjukepleie, trass i at hermeneutiske tilnærmingar haldast fram (jmf. pkt. 4.5.2, Juvkam, 1985). Dette perspektiv kan ansjåast å ha blitt vidareført gjennom studieplanar, òg representert ved interesseposisjonar i dette aktuelle universitetsmiljø ved tidlegare omtalte retningar og profilar. Desse har òg hatt ein sentral posisjon for påverknad ut frå dette aktuelle miljø, som førelesarar, rettleiarar og som påverkarar av pensumlitteratur og undervisingstema (jmf. pkt. 4.6; profilomtale vedlegg nr.6).

Kampen har altså vore styrt av motsetjing, snarare enn fellesskap kring synet på kva sjukepleievitskap skal handle om. Dette kan ansjåast som ulike spel, med ulike spelereglar som innan det spesifikke felt må godtakast. Interessant i denne samanheng er å registrere at 54, 5 % av dei reint kvantitative oppgåvene resulterer i artikkel, ofte forsøkt publisert i utanlandske tidsskrift innretta mot medisin og klinisk sjukepleie, medan berre vel 23 % av dei reint kvalitative oppgåvene vert formulert som artikkel, i stor grad er det ukjend kvar denne vil bli forsøkt publisert (jmf. skjema, spm, 4 og 5). Sjølv om dette ikkje er innlemma i kategorisystemet, er det av interesse å registrere at både Martinsens omsorgstenking og det subjektive kunnskapsgrunnlag vert tona ned i artikkelform, sett i høve til tydinga dette hadde i sjølve masterinnleveringa. Formuleringane i artikkelform er meir i medisinens språk. Ein kan undrast på kvifor? Er det grunna at medisinen enno er ein autoritet, trass i freistnaden på å markere det motsette, og difor vert å tale medisinens språk antatt som ein måte å nå fram på og få aksept for si forskning?

Ut frå dei funn som framkjem gjennom denne studien, kan det stillast spørsmål ved om sjukepleiaren likevel er fullstendig fri til å velje, men meir vert orientert ut frå dei strukturerte handlingsval som er mogleg. Vala kan ansjåast å bli prega ut frå dei presenterte spelereglar for spelet, som må akseptast dersom ein vil delta. Og, spelereglane kan ansjåast å vere trekt opp gjennom studieplan, gjennom undervising, gjennom rettleiaren ein får tildelt og den interesseposisjonen denne representerer. Likevel står ikkje ytre strukturar ansvarleg for handlingsval åleine. Den kapital sjukepleiaren bringer med i form av disposisjonar frå tidlegare posisjonar samt si individuelle historie, vil òg vere delaktig i moglegheitene for dei val sjukepleiaren tek. Deler av denne historia vil vere prega av å vere underordna legen i det praktiske felt, der legens samla kapital har gitt honom dominans, noko som har hatt påverknad for sjukepleiarens reelle handlingsval (jmf. pkt. 2.3 og heile pkt. 4.3). Kampen om sjølvstende og fridom frå medisinen kan ut frå historisk perspektiv forståast. Men, er det verkeleg mogleg for sjukepleiaren å markere si uavhengige fridom frå medisinen anna enn i ordet forstand?

Som legen gjorde vitenskap ut frå sin klinikk, med eit medfylgjande nytt perspektiv på den tids syn på vitenskap (Foucault, 1993/2000), framkjem ein tendens til at òg sjukepleiaren ynskjer å bygge på sin klinikk som grunnlag for vitenskap. Men, trass i det faktum at sjukepleiaren gjer ein viktig jobb i praksis, og at organiseringa av eit spesialisert helsevesen er avhengig av sjukepleiaren for å fungere, kan det vanskeleg ansjåast at sjukepleiaren har eit *eige område* som er uavhengig frå medisinen. Slik sett kan ein kanskje seie at sjukepleiarens klinikk, er den same som legens. Dermed kan det stillast spørsmål ved om sjukepleiaren likevel er fri til å kunne vitenskapleg gjere ein praksis (som klinikk) som allereie er medisinen klinikk og medisinen vitenskaplege grunnlag? Dersom sjukepleiaren verkeleg er fri og ynskjer markere sin klinikk som sjølvstendig og uavhengig, kvifor då denne mangelen på forsøk på å avgrense og definere kva som skal vere det spesifikke område sjukepleiaren skal bidra på? Kvifor gjer ikkje sjukepleiaren større grad av forsøk på å *skilje* pleie frå legens særområde behandling? (jmf. skjema spm.17). Kvifor er fokuset hovudsakleg skildrande og ikkje meir orientert mot utvikling av omgrep som er grunnleggande for sjukepleie? (jmf. skjema spm. 18). Ein kan undrast, kan denne tendensen forklarast ut frå at sjukepleie *nettopp* er ein praktisk semi profesjon underlagt medisinen, og når det kjem til stykket er sjukepleiarens fridom til å velje nettopp avgrensa av det faktum at pleie og behandling er eit kontinuum som aldri kan skiljast (Petersen, 1993, s. 48). Kan sjukepleiarens rolle baserast på kunnskap som ikkje inkluderer medisin? Det er lite sannsyneleg, og spørsmålet er om ikkje dette stillteiane må godtakast, sjølvstendig i namnet, tiltross.

Sett i dette lys, er kanskje ikkje sjukepleiaren som akademisk agent likevel så fri i sine val, proklamering av sjølvstende tiltross. Spelereglane er utforma, og må fylgjast dersom ein vil delta i spelet.

6.0. Oppsummering

6.1. Å samle trådane

Korleis kan ein så samle trådane i høve dei funn som har kome fram, den diskusjon som i høve desse har blitt trekt opp og bruken av Bourdieus tenkesett som rammer for dette? Denne diskusjonen kom til å romme så mangt, eit spenn frå vitskap til praksis, subjekt og objekt og fridom eller underordning. Likevel har ynskje vore å fylgje studiens resultat, prøve å forstå *kvifor* tendensar tydeleggjerast og generere til diskusjon kring dette. Og, kanskje når alt kjem til alt, kan likevel trådane samlast til nokre sentrale tema.

Det må presiserast at intensjonen ikkje har vore å halde fram korleis sjukepleievitskap *bør* vere, men korleis det faktisk materialiserer seg gjennom ei viss periode. I diskusjonen er det blitt trekt parallellar til Bourdieus tenking kring sosiale praksisar som felt, der *relasjonar* vert sentralt i høve dei val som er *moglege* å ta (jmf. pkt. 2.3 og 3.1, Bourdieu & Wacquant, 1992/1996, s.27-28). Aspekt ved historie og kontekst er blitt trekt inn for å prøve forstå dei tendensar som har kome fram. Sjukepleiarens posisjon i det akademiske felt kan ut frå dei aktuelle tendensar ansjåast å vere påverka frå fleire hald. Sjølv om det vert presentert *som om* sjukepleiaren gjer sine val ut frå eit erkjenningsteoretisk reflektert og fritt ståstad, kan det likevel antydast at sentrale relasjonar innan dette området har påverknad for korleis sjukepleievitskap materialiserer seg, kva spelereglar som gjeld og kva val som faktisk er mogleg å ta i den praktiske utføringa av arbeida.

Inn i si akademiske agering, ber sjukepleia med seg ei historie som lenge har vore forma av rolla som legens underordna hjelpar (jmf. pkt. 5.1.). Dette kan kaste lys over kampen for eit sjølvstendig kunnskapsgrunnlag og ynskje om frigjering frå medisinen, ein tendens som tydeleggjerast gjennom studiens funn. Samstundes ser vi at frigjering frå medisinen ikkje vert fullstendig gjennomført i desse arbeida. Det har blitt stilt spørsmål om det er både mogleg, føremålstenleg eller faktisk ynskjeleg, anna enn i ordets forstand.

Sentrale profilar innan fagforbund og utdanningsorgan kan ansjåast å ha innehatt ein særskilt kapital i form av utdanning som gav ein posisjon med relasjonar for påverknad i sjukepleias kamp for universitetstilgang. Både forskning, profesjonalisering og grenser kring eige

kunnskapsområde og verkefelt var sentrale kampsaker, der nytte for praksis og ekspressiv tilgang til pasientens opplevingar og behov har vore legitimeringsstrategiar. Desse fokusområde kjem òg klart fram gjennom studiens resultat, der pasientens oppleving og erfaring, eigen praksis og praktisk nytte effekt er hovudtendensar som materialiserer seg gjennom desse sjukepleievitenskaplege arbeid. Samstundes kan det ansjåast at sjukepleia ikkje har ført ein samla kamp, men snarare prega av ulike interesseposisjonar og verdisyn. Dette tydeleggjerast mellom anna gjennom dei fyrste studieplanar, der til dels motstridande perspektiv kjem fram gjeldande både fokusområde og metodisk tilgang for sjukepleievitenskapens rammer (jmf. pkt. 4.5.2). Desse ulike retningar kan ansjåast å ha blitt vidareført innan dette aktuelle universitetsfelt, noko som gjenspeglast i studiens resultat. Sentrale interesserepresentantar for desse kan ansjåast å ha vore i posisjon til å kunne påverke innhald i studieplan, ha påverknad på utforming av undervising og i rettleiingssamband. Desse er sentrale aktørar som sjølv skriv lærebøker, held føredrag, forskar og publiserer artiklar (jmf. pkt. 4.6; profilomtale, vedlegg nr. 6). Deira synspunkt kan ansjåast å bli tillagt verdi som referansemateriale, og som retningsgjevande for kva referansar og metodiske/analytiske framgangsmåtar om vert godtekne og nytta. Den framtrudande tendens til å vise til same referansar for metodisk gjennomføring og same framgansmåte for analyse, kan forståast i lys av dette (jmf. pkt. 5.4). Dette kan bidra til ein reproduksjon av dei anerkjente rammer for kva som skal gjelde i dette felt. I samband med dette har vi trekt parallellar til Bourdieus tankar om det som skjer innan feltet som eit spel, der særskilte spelereglar gjeld og utgjer den rådande doxa. Den som vil vere med i spelet må fylgje desse reglar (jmf. pkt. 5.6, Wilken, 2008, s. 46-49).

Hovudsakleg tydeleggjerast ei fenomenologisk –hermeneutisk orientering, der den subjektive kunnskap vektleggast i form av oppleving og erfaring frå klinisk praksis. Dette kan forståast i lys av at eit fenomenologisk miljø har vore sterkt representert innan den aktuelle universitetskontekst gjennom det undersøkte tidsrom, der òg omsorgstenking har hatt eit solid fundament(jmf. pkt. 4.6). Gjennom arbeida sjåast ein tendens til å halde fram subjektiv erfaring som gyldig kunnskap og som ei *motsetjing* til medisinenes objektivisering og reduksjonisme. I diskusjonen har denne tendens blitt kasta lys over ut frå ein historisk tradisjon der subjekt og objekt har blitt skilt åt (jmf. pkt.5.3). Innan sjukepleie kan dette synast å romme ein opposisjon mot medisinen og legens dominans over sjukepleie, der den subjektive kunnskap vert brukt i kampen for eige kunnskapsgrunnlag - mot medisinenes objektivisering og redusering av kroppen i delar, noko som kan ansjåast å vere ein strategi i

kampen frå lege –åket og markering av eit eige, sjølvstendig kunnskapsområde (jmf. pkt.5.2.3, 5.3). I diskusjonen har motsetjinga subjekt – objekt blitt sett på ut frå eit Bourdieusk synspunkt, der ein heller enn å forsterke denne tendens, ynskjer å byggje bru imellom (Wilken, 2008, s.90).

Ut frå gjeldande funn kan praksis angjevast som grunnlag for tema/ problemstilling, som det objekt studiane i overordna tyding rettar seg mot og som grunnlag for den diskurs desse omhandlar (jmf. skjema, spm. 6, 23, 24). Fokus på praksis som sjukepleievitskapens hovudmoment kan forståast både ut frå historie og kontekstuelle aspekt. Dette har vore vektlagt frå sentrale talsmenn innan fagforbund og utdanningsorganisasjon, innan den fløy av sjukepleiemiljøet som ynskte ei profesjonsstyrking ved kva sjukepleievitskap skulle omhandle, og av sentrale talsmenn innan sjukepleiemiljøet i dag, samt blitt vektlagt gjennom studieplanar og studiestrukturar (jmf. pkt. 5.2.1). Denne tendens har blitt diskutert i lys av Bourdieus tenking kring vitskap og praksis som ulike former for kunnskap (jmf. pkt. 5.5). Hans perspektiv vert ansett som fruktbart i høve å yte rettvisse til nettopp den praktiske logikk som sjukepleiaren innan dette felt orienterast etter, der vitskap om sjukepleie vil omfatte meir enn ei vurdering av praksis slik den tilsynelatande framkjem. Det heile må òg vurderast for si art og grad, nettopp ut frå sin eigen logikk (Petersen, 1995 b, s. 40-41). Slik kan dei ulike posisjonane gjensidig befrukte og utvikle kvarandre, med føremål å handtere sjukepleiepraksis med audmjuke og respekt i alt sitt mangfald.

Å antyde at sjukepleiaren ikkje er fri i sine val som akademisk aktør, men at ulike historiske og kontekstuelle premisser orienterer deira arbeid, si utviklingshistorie tiltross, kan forståeleg nok påkalle harme frå ulike posisjonar. Kvifor så denne gravinga i historia og i arbeid det er sett inn tid og krefter ved, for å halde fram at det kan stillast spørsmål ved sjukepleiarens fridom? Det må presiserast at intensjonane er dei aller beste. For – når sjukepleie talar om sjølvstende, må det visast medvit i høve kva grunnlag sjølvstende skal kvile på, og refleksjon kring kva som kan problematisere dette. Når sjukepleia talar om eit motsett kunnskapsgrunnlag frå medisinen, må det visast ettertanke for kva ein prøver ekskludere frå sjukepleias grunnlag, og refleksjon kring om det faktisk er mogleg. Og når det talast om vitskapsgjering av praksis, må det diskutert *om* – og *korleis* den praktiske logikk i samband med dette kan vernast om..... Å grave i dette har intensjon om å prøve forstå korleis det kan ha seg at det som vert presentert som enkelt og beint fram eigentleg er tilslørt med rom for mange tolkingar (Bourdieu & Wacquant, 1991/1993, s.11).....med von om at dette i neste

omgang kan medføre eit grunnlag for diskusjon og refleksjon som kan føre med seg det beste for sjukepleie som praksis – og som vitskap.

6.2. Ord til avslutting

Når ein så, omsider, nærmar seg avsluttinga på ei reise, er det på sin plass å seie noko om korleis *vegen* har vore. Det kan seiast så mangt. Velvalte ord kan skildre at det har vore ein spanande og lærerik prosess. Det har det, utan tvil. Men det har òg vore så mykje meir. Ord som krevjande, utfordrande og vanskeleg, høyrer òg med til prosessen dette arbeidet har bringa med seg. Reisa vart korkje lagt via lettaste rute, eller til raskast tilgjengeleg reisemål. Det reisefylgje eg valte å ta med, kravde mykje av meg. Det vart både omvegar, tilbakesteg og stopp undervegs, når ein valte å gå denne vegen - i fylgje med Pierre Bourdieu.

Å *tenke med Bourdieu* medfører ei nytenking innan sjukepleie som sosial praksis - og i dette studiets samanheng - korleis vi tenkjer kring *sjukepleievitskap* som sosial praksis. Det krev mot å skulle bevege seg *utanfor* dei tradisjonsrike stiar som allereie er trakka opp for sjukepleiaren i det akademiske terrenget. Ikkje minst har det vore utfordrande for oss som skulle verte dei *fyrste* til å stake ut ein kurs ved vår presentasjon av ei ny tilnærming og ein annan måte å tenkje kring både vitskap og praksis. Denne bryt med det føregåande, innan eit område som ein sjølv står i ferd med å tre inn i. Når ein set seg i posisjon for å utfordre det etablerte, noko som kan opplevast som ein kritikk av det etablerte, må ein òg belage seg på sjølv å hauste kritikk, ei erfaring som nok har fylgt dei fleste omstende kring etablering av nye tradisjonar og paradigmer.

Å tenkje med Bourdieu gjennom studiens framvekst, har kravd ei utfordring av gamle ”sanningar” om kva ein gjer. Det har kravd at ein ikkje umiddelbart godtek den sjølvframstilling som vert presentert, og dei allemenn godtekne kategoriar, men prøver søkje *bakom* desse for å sjå kva det eigentleg handlar om. Dette har blitt forsøkt ved å stille spørsmål til oppgåvenes innhaldsmessige aspekt, og prøve trekkje trådar til korleis dette kan ha seg? Ikkje minst har det medført ei utfordring i høve meg sjølv og kvifor eg har gjort mine val. Ein har måtta sjå bakover i tid og vere refleksiv, ikkje berre kring det som har skjedd og dei val ein har gjort, men stille spørsmål ved kvifor akkurat *eg* tok desse vala? Ein må innsjå at eiga historie på godt og vondt har vore med å forme både den veg ein har gått, og dei vegskilje ein har valt.

Det må presiserast at motivasjonen bak å halde fram Bourdieus tenking som ramme for arbeidet primært har romma meir enn ein kritikk mot etablerte mønster. Snarare enn

undergraving har ynskje vore å presentere ei tilnærming som *kan tilføre* vårt fag og vårt tenkingsgrunnlag noko av tyding, både i vitskap og i praksis. Det er nettopp den *praktiske logikk* Bourdieu freistar å fange ved si tilnærming, ein logikk som er ulik teori, og som difor må fannast både ved struktur og symbolikk – med andre ord gjennom å romme paradokset mellom *både* objektiv gjentaking og subjektiv handling (Petersen, 1993). Ynsket er at dette perspektiv på korleis romme praksis som vitskap, kan nå utover den vesle praxeologiske skare ved UiB og etter kvart danne eit konstruktivt grunnlag for diskusjon gjeldande teori og praksis på sjukepleias område. Bourdieus tenkjesett må sjåast i eit heilskapleg perspektiv. Ein kan ikkje omhandle hans omgrep utan at dei vert sett i lys av hans måte å arbeide empirisk på. Det er ei gjensidig vekselverknad mellom teori og empirisk tilnærming som ikkje kan skiljast åt. For å forstå Bourdieus perspektiv, må ein studere korleis han utførte sine arbeid.

Dei sentrale spørsmål som kan omtalast som den raude tråden i dette studiet er korleis *kan det ha seg, kva var dette si tilbliving og korleis kan det forståast? Kva er det eigentleg dette handlar om? Kva var vilkåra for tilblivinga av den erkjenning som trer fram gjennom studiens resultat for kva sjukepleievitskap skal omhandle? Kvar kjem det ifrå? Desse grunntankane, i Bourdieusk ånd, danna grunnlaget for formuleringa av spørsmål i kategorisystem og lyssetjing av historiske hendingar og kontekstuelle aspekt som kan belyse kvifor ting er som dei er, tilblivinga og utviklinga. Difor er ikkje hovudmotivet i dette studiet å seie noko om korleis sjukepleievitskap bør vere, men meir korleis materialiserer det seg, kva tendensar kjem til syne og korleis kan dette forståast?*

Ein del av den kritikk Bourdieu rettar mot vitskapen, dreier seg om mangelen på innsikt i eige spel, noko som gjer handling til eit spørsmål om reflektert avgjerd eller om mekanisk lojalitet. Dersom ein ser bak spegelen i den vitskapelege praksis, vil ein få auge på ei rekkje gjentakande praksisformer som er med på å oppretthalde både disiplinær og hierarki. Dersom ein verkeleg ynskjer fanne den praktiske sans inneber dette at ein gjer freistnad på å overvinne den klassiske motsetjinga mellom teori og praksis og mellom distanse og deltaking og prøver finne den praktiske logikk som får menneske som sosiale aktørar til å yte innsats og deltake i det spel som føregår (Bourdieu, 1980/2007, s.18).

Det gjenstår å sjå om ein har lukkast i forsøket, noko som får verte opp til lesaren å bedømme. Kanskje har spørsmåla blitt fleire enn svara. Å verte kjent med Bourdieu, og å fange hans måte å arbeide på er i seg sjølv ein omfattande og krevjande prosess. Å bruke hans tenkesett i eit arbeid som omhandlar eit komplekst tema vedrørande korleis sjukepleievitskap

materialiserer seg, kan ansjåast som dristig. I tråd med Bourdieus tenkjing kan det seiast at arbeidet nok har vore orientert både av meg som forskar og mi medbringande historie, og ulike ytre strukturelle rammer. Likevel er det eit forsøk på å bryte med mi tilgrunnleggande forståing og søkje bak om for å prøve å finne korleis det kan ha seg at dette området viser seg nettopp på denne måten.

Studiet er difor ikkje gjennomført etter den oppskrift for forskingsdesign som vart presentert og måtte fylgjast gjennom fyrste studiemodul. Dei gjengse referansar og metodiske framgangsmåtar er ikkje å finne i dette arbeidet. Korkje disposisjon, innholdsmessig struktur eller metodisk oppsett fylgjer eit opplegg sjølvinnlysande akseptert av den gjeldande doxa . Så kan ein spørje om dette arbeidet då kan framvise ein vitskapleg kvalitet? Kva med validitet og reliabilitet ved dette studiets funn? Det må igjen vektleggast at kategoriseringsarbeidet vart gjennomført med respekt, audmjuke og med ynskje om lojalitet til det desse oppgåvene gav uttrykk for. Fyldige arbeidsnotar kan framvisast i høve til dei framkomne talverdiar og dei kategoriske plasseringar. Sjølv kategoriskjemaet byggjer på spørsmål som er gjennomført ved tilsvarande studiar. Resultata ansjåast ikkje som representative utover dette undersøkt tidsrom ved akkurat dette aktuelle universitet. Vidare er oppgåvene offentleg tilgjengelege og kan gjennomgåast på sjølvstendig initiativ. Studieplanar, pensumlistar, vegleiaroversikt og forfattaroversikt for oppgåvene er tilgjengeleg ved ISF, og er vidare samla og tilgjengeleg som eiga mappe pr. mail ved etterspørsel. Arbeidsnotatar for kategoriseringsarbeidet er òg her tilgjengeleg. Måten å arbeide på undervegs har hatt eit ynskje om å framvise openheit.

Om Bourdieu og hans praxeologiske tenking etter kvart vil finne eit større rom ved universitet i Bergen, overlet vi til framtida å vise. I denne omgang ender vår reise her, med nokre avsluttande ord frå Wittgenstein, ein filosof Bourdieu sjølv refererte til i sine verk.

”Det, der er svært, er at få fat i den vanskelighed, som ligger dybt nede. Får man fat i den tæt oppe ved overfladen, vedbliver den at være den same vanskelighed, som den var. Den skal rykkes op med rode; og det forudsætter, at vi begynder at tænke på en ny måde. Den endring er lige så avgjørende, som da man eksempelvis gikk frå en alkymistisk til en kemisk måde at tænke på. Det, der er svært, er at få den nye tankegang accepteret. Når først den nye tankegang er accepteret, forsvinder de gamle problemstillinger; man har faktisk svært ved å gjenkalde sig dem. For de er en del av vores måde at udtrykke os på, og ifører vi os en ny udtryksform, kasseres de gamle problemstillinger sammen med de gamle klæder” (Ludwig Wittgenstein, Vermischte Bemerkungen ref i Bourdieu & Waquant, 1992/2009, s. 15

Litteraturliste

- Alvsvåg, H. (1981). *Har sykepleien en framtid? – et oppgjør med den teoretiske sykepleien*. Oslo, universitetsforlaget
- Antonovsky, A. (1987/2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. På dansk ved Amnon Lev. København: Hans Reitzel Forlag. Kap 1 – 5
- Aristoteles (1973). *Etikken*. Oslo: Gyldendal.
- Bengtsson, J., (2006). *Å forske i sykdoms og pleie erfaringer. Livsverden fenomenologiske bidrag* Høyskoleforlaget AS – Norwegian Academic Press, Kristiansand
- Benner, P. (1995). *Frå novise til ekspert. Dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Tano Aschehoug
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Addison – Wesley. Pub. Co.
- Bjerkreim, T., Mathisen, J. & Nord, R. (1996). *Visjon, viten og virke*. Universitetsforlaget UiO
- Bondevik, M. (2004). *Sykepleievitenskap i Bergen gjennom 25 år 1979-2004. Fra den første visjon til dagens virkelighet. Jubileumsskrift*, Universitetet i Bergen
- Bourdieu, P. (1979/1995). *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. PAX Forlag AS, Oslo, 1995
- Bourdieu, P. (1980/1990). The Logic of Practice i *The Logic of Practice*. kap. 5, s.80-97, 17 s. Polity Press , 1990
- Bourdieu, P (1980/2007). *Den praktiske sans*. Hans Reitzels Forlag, 2007
- Bourdieu, P. & Wacquant, L.J.D. (1991/1993). *Den kritiske ettertanke*. Det Norske Samlaget, 1993,Oslo,
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1992/1996). *Refleksiv Sociologi*. Hans Reitzels Forlag.

- København, 1996
- Bourdieu, P. (1994/1996). *Symbolisk makt*. Pax Forlag, 1996
- Bourdieu, P. (1994/1997). *Af praktisk grunde. Omkring teorien om menneskelig handlen*
Hans Reitzel Forlag. Danmark, 1997
- Bourdieu, P. (1996). *Homo Academicus*. Brutus Östlings Bokförlag, Symposium: Stockholm.
- Callewaert, S. (1998). The Idea of a University, I. *Society, Education and Curriculum*,
Department of Education, Philosophy and Rhetoric, University of Copenhagen, s. 75-93
- Callewaert, S. (2003). *Fra Bourdieu og Foucaults verden. Pædagogikk og sociologi, diskurser og praktikker efter det modern*. Akademisk Forlag A/S, 2003. s. 7-197
- Callewaert, S. (1986). Till kritikken av den pædagogiske teorin . I Gustafsson – Ference Marton (red) *Pedagogikens granser och möjligheter*, s. 150-170
- Callewaert, S. Munk, M. Nørholm, M. & Petersen, K.A. (1994/2008). *Pierre Bourdieu. Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. Redigert og oversat af Staf Callewaert, Martin Munk, Morten Nørholm og Karin Anna Petersen. Bogsforlaget Frydenlund A/S
- Danielsen, A. & Hansen, M., N (1999). Makt i Pierre Bourdieus sosiologi i Om makt. Teori og kritikk. Engelstad, F.(red). Ad Notam Gyldendal AS 1999
- Durkheim, E. (1975). Pædagogikens væsen og metode. I *Opdragelse, uddannelse og sociologi*. Carit Andersens Forlag & Finn Sueson Forlag. Kap. 2, s. 60-80.
- Dreyfus, H. & Dreyfus, S. (1986). *Mind over Machine – the power of human intuition and experience in the era of computer*. New York , Free Press, 1986
- Fjelland, R. & Gjengedal, E. (1995). *Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. Ad Notam Gyldedal, Oslo
- Fjelland, R. (1999). *Innføring i vitenskapsteori*. Universitetsforlaget AS 1999
- Foucault, M. (1975/94). *Overvåking og straff*. Gyldendal, Oslo

- Foucault, M. (1993/2000). *Klinikkens fødsel*. Oversatt av Henning Silberbrandt. København: Hans Reitzels Forlag (2000). s. 7-21.
- Gjengedal, E. (1994). *Understanding a world of critical illness: a phenomenological study of the experience of respirator patients and their caregivers*. Bergen. Universitetet i Bergen
- Halskov, G., Lundin, S. & Petersen, K. A. (2008). "Homologier", I *At sette spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu - æresbog til Staf Callewaert.*, Forlaget Hexis, København, s. 273-293: 20 s.
- Heyman, I. (1995). "Gånge hatt till ...Omvårdnadsforskningens framväxt i Sverige åren 1974 till 1991". (1995). Daidalos, Göteborg, 346 s.
- Juvkam, R. A. (1985). *Sykepleie -forskning i Norge. Vitenskapsteori og praksis*. Gyldendal Norsk Forlag
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis? Ad Notam*, Gyldendals Forlag, Oslo, Norge
- Kirkevold, M. (2002) *Hva slags vitenskap er sykepleievitenskapen?* I: Östlinder, G., Söderberg S, Öhlen J. (2009). *Omvårdnad som akademiskt ämne*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, s. 11-20.
- Kvale, S., (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo
- Lerheim K, & Norsk sykepleierforbund (1967). *Lærebok for sykepleieskoler*, Bind I: generell sykepleielære. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag, 1967.
- Lerheim, K. (2000) : *Sykepleieforskningen i Norge – i fortid og nåtid*. Forlaget Sykepleien
- Magnus, P., & Bakketeig, L.S., (2003). *Epidemiologi*. Gyldendal Norsk Forlag AS, 3 utgave, 3 opplag, 2007
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget , Oslo 2. utgave
- Martinsen, K. (1972). *Sykepleie som sosial -moralisk praksis*. Pedialogen, Tidsskrift for sykepleielærere. NSFs landsgruppe for sykepleielærere.
- Martinsen, K. & Wærness, K. (1979). *Pleie uten omsorg?* PAX forlag A/S, Oslo
- Martinsen, K. (1984). *Sykepleiens historie. Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsyrke vokser fram 1860-1905*. Oslo: Aschehoug/Tanum-

- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historiske -filosofiske essays*. Tano
- Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Kari Martinsen og Tano Aschehoug
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie. Ideer – mennesker – muligheter*. Oslo; Gyldendal Akademisk, 2006.
- Melby, K. (1990) *Kall og Kamp*. J. W. Cappelens Forlag A.S
- Nørholm, M. (1994/2008). ”Det dobbelte brud”, In: *Pierre Bourdieu. Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. Callewaert, S. Munk, M. Nørholm, M. & Petersen, K.A. (1994/2008). Redigert og oversat af Staf Callewaert, Martin Munk, Morten Nørholm og Karin Anna Petersen. Bogsforlaget Frydenlund A/S Frydenlund, s.109-110, 2.
- Petersen, K. A. (1993). ”At konstruere en teori om sygepleje” I *Overvejelser og metoder I sundhedsforskningen*, Akademisk Forlag, pp. 35-55, 20 s
- Petersen, K.A. (1994/2008). De tre former for teoretisk viden, I *Pierre Bourdieu Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. Callewaert, S. Munk, M. Nørholm, M. & Petersen, K.A. (1994/2008)..Redigert og oversat af Staf Callewaert, Martin Munk, Morten Nørholm og Karin Anna Petersen. Bogsforlaget Frydenlund A/S
- Petersen, K. A. (1995a). ”Hvorfor Bourdieu?” i *Fokus på sygeplejen 1996*, pp. 123-143
- Petersen, K. A. (1995b). ”Kunst, praksisteori og videnskab” i *FS13 NYT nr. 1*, s.34-45.
- Petersen, K. A. (1995c). Indledning: At udforske medicinske praktikker. I *Praktikteori i sundhedsvidenskab*. Akademisk forlag: Köpenhamn. s. 14-28 Petersen, K. A., Nørholm, M., Kampmann, J., Larsen, K. , Callewaert, S., Siegumfeldt, B., Eriksen, T. R., Nielsen, K., Madsen, L., Jørgensen, E. B., Martinsen, K., Gøtenborg, B., Jacobseb, K. H. & Muschinsky, L.J. (1995c). At udforske medicinske praktikker. I *Praktikteori i sundhedsvidenskab*. Akademisk forlag: Köpenhamn.
- Petersen, K. A. (1996). ”Den situationsbundne kundskab – om praktikernes egenlogik” i Jørgensen, Emmy Brandt (Ed): *Sundhedsvidenskabelige praktikker*. Akademisk forlag, s.321
- Petersen, K. A. (1997/98). *Sygeplejevidenskab – myte eller virkelighed? Om genese og*

- struktur af feltet af akademiske uddannelser og forskning i sygepleje i Danmark.*
Center for Videreuddannelse, Viborg Amt,
- Petersen, K. A. (2003). Sygepleje – Sygeplejeforskning – fra plejeassistent til forskningsassistent eller teoretisk empirisk forsker om sygepleje i *Akademiske sygeplejersker*, nr. 7, marts 2003, pp. 45-70, 25 s.
- Petersen, K. A., Beedholm, K., Engström, L., Gunvik-Grönbladh, I. & Larsen, L. (2006 a). (eds.): *Objektiveringer. En dansk -svensk-norsk antologi om vård, omvårdnad, sygepleje, omsorg og medicin. At tænke med human- og samfundsmedicin.* ESEP: Ethos in Society, Education and Practices, rapport nr 7, pp. 72-106. Pedagogiske institutionen, Uppsala Universitet, 163 p. www.ped.uu.se/projekt.aspx, 34 s.
- Petersen, K. A. (2006 b). "How to construct nursing theories, concepts and techniques from the empirical nursing practices?". I *Proceedings – Interpersonal Relationships in Nursing*, pp. 43-61, 18 s.
- Petersen, K.A.(2010). Klinisk betyder empirisk I *Gjallerhorn Tidsskrift for professionsuddannelser* Nr.12. 2010. Enhed for Proffesionsforskning VIA UC, Risskov. www.viauc.dk/udvikling.
- Rogg, E. (1991). Kjønn og klasse i høyere utdanning – gir Bourdieu ny innsikt? I *Sosiologi i Dag* 4- 1991. Årgang 21
- Rosenberg, R. (1978) . Foucault – Klinikens fødsel. *Agrippa. Psykiatriske tekster.* Årgang 1, nr.1, 1978. 23.s
- Råheim, M. (1997). Forståelse av kroppen som fenomen. Kritikk og utfordringer helsefagenes grunnlagsforståelse. I Alvsvåg, H., Anderssen, N., Gjengedal, E., & Råheim, M. *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer.* Kap. 4, s. 95-123. Oslo: Ad Notam, Gyldendal AS.
- Thornquist, E. (2003). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsesektoren.*

Kap 7, 11 – 12. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Universitetet i Bergen. (2011). <http://www.uib.o/persons/Karin.Petersen>, henta frå URL

30.11.2011

Universitetet i Bergen (2011)

<http://www.uib.no/rektoratet/artikler/2011/04/prorektor-berit-rokne>, henta frå URL

30.11.2011

Universitetet i Oslo (2011). <http://www.med.uio.no/helsam/personer/vit/maritk/index.html>.

henta frå URL 30.11.2011

Wilken, L. (2008): Pierre Bourdieu. Tapir Akademiske Forlag, Trondheim

Waage, H.R. (1914). *Lærebok i sykepleie*. Kristiania: Aschehoug & Co

Aamodt, L. G (2005): Familien mellom mange hjelpere. Refleksjoner i sosialfaglig arbeid.

Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

Vedlegg nr. 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Karin Anna Petersen
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Kalfarveien 31
5018 BERGEN

Vår dato: 11.04.2011

Vår ref:26710 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

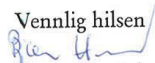
Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.03.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26710	<i>Kamper i akademia - Sjukepleiaren i det akademiske felt - kva er sjukepleievitskap?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Karin Anna Petersen</i>
Student	<i>Wenche Sortvik</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen


Lis Tenold

Kontaktperson:Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Wenche Sortvik, Glasskaråsen 63, 5106 ØVRE ERVIK

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 26710

Prosjektet omfatter analyse av 44 mastergradsavhandlingar avlagt innan sykepleievitenskap ved Institutt for samfunnsmedisinske fag i perioden 2005-2010. Formålet med studien er å analysere hva egentlig sykepleievitenskap er og hva som preger sykepleiernes kunnskapsproduksjon innen akademia i dag.

Mastergradsavhandlingene er offentlig tilgjengelige.

Studien medfører ikke innsamling og registrering av personopplysninger jf. personopplysningsloven § 2 1).

På bakgrunn av dette finner personvernombudet at prosjektet ikke er omfattet av meldeplikt all den tid den beskrevne prosedyren følges og undersøkelsen gjennomføres anonymt.

Vedlegg nr. 2. Spørsmål og variabler i kategorisystemet

Spm 1. Kva *språk* oppgåva er utgitt på?

Antal Samla populasj. 42 oppg. 100%

1. Innleiing norsk, artikkel engelsk .

2. Innleiing norsk, artikkel norsk .

3. Innleiing engelsk, artikkel engelsk .

4. Innlevering masteroppgåve - norsk .

5. Innlevering masteroppgåve - engelsk .

Spm.2. Kva kjønn har oppgåvas forfattar?

Antal Samla populasj. 42 oppg. 100%

1. Mann .

2. Kvinne .

Spm.3. På kva måte er oppgåva offentleggjort?

Antal Samla populasj, 42 oppg. 100%

1. Innlevert som master og publisert
som artikkel i fagforeining – NSF .

2. Innlevert som masteroppgåve
men ikkje kjent publisert .

3. Innlevert som master og publisert
som artikkel i tidsskrift .

4. Innlevert som master og
artikkel –uklart kvar publisert .

5. Innlevert som masteroppgåve,
publisert på nett –Bora/ Brage og i
Sykepleien Forsking .

6. Innlevert som master og publisert
på nett- Bora/Brage

7. Innlevert som master og publisert på nett

Brage, samt artikkel, uklart kvar publisert .

Spm. 4. Angjev artiklar av kvalitativ populasjon

Antal Samla populasj. 31 oppg. 100%

1. Antal artiklar .

Spm. 5. Angjev artiklar av kvantitativ populasjon

Antal Samla populasj. 11 oppg. 100%

1. Antal artiklar .

Spm.6. Angjev kvar forfattar hentar inspirasjon for studiets problemstilling?

Antal Samla populasj. 42 oppg. 100%

1. Problemstilling bygger på erfaringar

frå eigen kliniske praksis .

Rommar:

erfaring frå praksis

eigen praksis sett i kritisk lys

2. Problemstillinga har utvikla seg

gjennom masterstudiet .

3. Anna .

Spm. 7. Angjev om studiet har eit spesifikt sjukepleiefokus

Antal Samla populasj. 42 oppg. 100%

1. Studiet har eit spesifikt sjukepleiefokus .

2. Studiet har eit tverrfagleg

helsepersonell fokus .

3. Studiet har eit tverrfagleg helsepersonell

fokus, men sjukepleiar nemnast

spesifikt innimellom .

Spm 8. Angjev oppgåvas status.

Antal Samla populasj. 42 oppg. 100%

1. Empirisk/teoretisk-eklektisk .

2. Teoretisk .

3. Empirisk/teoretisk .

4. Empirisk –med med.fagterm, som teori .

Spm 9. Angjev om teori vert bestemt før eller etter innhenting av empiri (konstruerer ein sin teori etter dei erfaringar ein gjer ved empiriinnsamling?)

Antal Samla populasj. 42 oppg. 100%

1. Teori klargjerast før innhenting av empiri .

2. Medisinsk fagterm klargjerast før
innhenting av empiri .

3. Teori veljast ut frå empiriske funn .

4. Teori veljast delvis etter empiri, klargjerast før
men ny hovudteori trekkjast inn etter empiri .

5. Teori trekkjast inn gjennom prosessen –omtalt som
i tråd med hermeneutisk fortolkingsprosess .

6. Uklart om teori veljast før eller etter empiri .

Spm 10. Angjev oppgåvas generelle metode.

Antal Samla populasj. 42 oppg. 100%

1. Empirisk fundert .

2. Empirisk fundert men viser til metodisk
bakgrunnsteori .

3. Filosofisk/ metateoretisk forankring, men
nytta empirisk for å søkje/fortolke opplevd

praktisk erfaring/subjektiv oppleving (inkludert fenomenologisk og/ eller hermeneutisk forankring i høve kvalitativ metode); _____.

Fenomenologisk

Hermeneutisk

Fenomenologi og hermeneutikk _____.

Spm 11. Angjev oppgåvas kvalitative/kvantitative metode.

Antal Samla populasj. 42 oppg. 100%

1.Kvalitativ _____.

2.Kvantitativ _____.

3.Kvalitativ/kvantitativ _____.

Spm 12. Angjev kva empiriske metoder som nyttast i oppgåva.

Antal Samla populasj. 42 oppg. 100%

1.Tekstanalyse (dokumentanalyse og kulturhistorisk, biografisk) _____.

2.Systematisk litteraturgjennomgang _____.

3.Intervju; _____.

Fokusgruppeintervju

Brukarstyrt fokusgruppeintervju

Djupne intervju

Livsverdens intervju

Kvalitativt forskingsintervju

Halvstrukturert utforskande intervju _____.

4.Spørjeskjema _____.

5.Observasjon _____.

6.Eksperiment/kvasieksperiment _____.

7.Registrering av data/kartlegging _____.

8.Kombinasjon av metodar:

Djupneintervju og observasjon

Spørjeskjema og fokusgruppeintervju

Individuelle intervju og analyse av statlege direktiv

Metodetriangulering: (dokumentanalyse, observasjon/
feltforskning og kvalitativt forskingsintervju)

Survey, journalgjennomgang og standardisert måleapp.

Spørjeskjema og standardisert måleapparat

Journalgjennomgang og spørjeskjema

Spm.13. Angjev om særskilte referansar nyttast i høve gjennomføring av kvalitativ metode

Antal Samla populasj.31 oppg.100%

1.Malterud og Kvale _____.

2.Malterud _____.

3.Kvale _____.

4.Krueger & Casey _____.

5.Malterud, Kvale, Krueger & Casey _____.

6.Malterud, Krueger&Casey & Wibeck _____.

7.Malterud, Kvale & Wibeck _____.

8.Andre _____.

Krueger&Casey & Wibeck nytta ved fokusgruppeintervju

Spm.14. Angjev om det nyttast særskilt framgangsmåte for analyse (ved fenomenologisk tilgang)

Antal Samla populasj.31 oppg.100%

1.Giorgi fenomenologiske analysemåte
(v/Malterud systematisk tekstkondensering) _____.

2.Kombinasjon Wibeck, Krueger & Casey,
Giorgis fen.analysemodell _____.

3.Krueger & Casey- long table approach .

4.Kombinasjon Krueger & Casey, Knodel .

5.Kvales analysemåte .

6.Markerer ynskje om å ikkje bruke spesifikk analyse

framgangsmåte/nemner ikkje spesifikk analysemåte .

(Wibeck, Krueger & Casey nytta ved fokusgruppeintervju)

Spm. 15. Angjev om vitskapsteoretisk ståstad vert klargjort i oppgåva

Antal Samla populasj.42 oppg.100%

1.Vitskapsteoretisk ståstad vert klargjort tydeleg,

artikulert (i eige kapitel), samt trekt opp som

grunnlag for metodeval .

2.Vitskapsteoretisk ståstad framkjem tydeleg, men vert

ikkje artikulert - viser til metodologi eller grunnleggjnad

for metodeval og omhandlar fenomenologi og/eller

hermeneutikk (i større eller mindre grad) .

3.Vitskapsteoretisk ståstad vert ikkje omhandla/artikulert,

men nemnast kort at kval. metode har utspring i

fenomenologisk og hermeneutiske.tradisjonar, samt nyttar fen.

analyse og fen. teori. .

4.Vitskapsteoretisk ståstad vert ikkje omhandla, heller

ikkje omtalt i samband med metodeval .

Spm.16. Angjev kva populasjon som er dominant i oppgåva.

Antal Samla populasj.42oppg.100%

1.Helsepersonell .

2.Pasient .

3.Pasient og sjukepleiar .

4.Sjukepleiar .

- 5.Sjukepleiarlærer .
- 6.Studerande .
- 7.Pårørande .
- 8.Sjukepleiar -politikar .
- 9.Sjukepleiar -lege .
- 10.Annan populasjon .
- 11.Ingen populasjon .

Spm. 17. Angjev oppgåvas temaområde

Antal Samla populasj.42oppg.100%

- 1.Brukarmedverknad .
- 2.Førebygging, pleie og behandling .
- av desse:
- førebygging
- pleie og behandling
- behandling
- hovudtyngda på pleie, men ikkje ansett
- som åtskilt frå behandling .
- 3.Undervising/utdanning .
- 4.Administrasjon .
- 5.Forsking .

Spm. 18. Angjev oppgåvas føremålsområde

Antal Samla populasj.42oppg.100%

- 1.Skildrande/forståande/fortolkande .
- 2.Deskriptiv .
- 3.Evaluering .
- 4.Teori og metodeutvikling -
- metodisk verktøy til empirisk bruk .

5.Forklarande _____.

Spm. 19. Angjev oppgåvas vitskapsgrein- metodisk

Antal Samla populasj.42oppg.100%

1.Angjev ikkje vitskapsgrein metodisk _____.

2.Humanvitskap (Filosofi/omsorgsfilosofi, historie,
fenomenologi, hermeneutikk) & Samfunnsvitskap
(sosiologi, sosial antropologi)

Av desse

Fenomenologi

Hermeneutikk

Fenomenologi & Hermeneutikk _____.

Sosiologi – Antonovsky SOC _____.

3.Psykologi (eige fakultet v. UiB
(pedagogikk, samfunns psyk., klinisk psyk. ect) _____.

4.Medisin – Odontologi (klinisk medisin,
indremedisin, helsefag...) v/med. statistikk _____.

5.Matematikk, naturvitskap (biologi ,kjemi, farmasi..) _____.

6.Kombinert Samfunnsvitskap & Medisin

Komb. Antonovsky – soc & med. kvant.

livskvalitetsforsk og Funks barriereskala &

med. statistikk _____.

Spm. 20. Angjev oppgåvas vitkapsgrein/vitkapslege synsvinkel for teoretisk referanseramme som nyttast for lyssetjing av empiri

Antal Samla populasj.42oppg.100%

1.Humanvitenskap (filosofi, omsorgsfilosofi, fenomenologi) _____.

2.Humanvitenskap (filosofi, omsorgsfilosofi, fenomenologi komb. med sjukepleieteori som vektlegg praktiske ferdigheiter utvikla i klinikk _____.

3.Humanvitenskap (filosofi, fenomenologi) & psykologi _____.

4.Humanvitenskap (filosofi, omsorgsfilosofi, fenomenologi) & helsefagteori som vektlegg praktiske ferdigheiter utvikla i klinikk & sosiologisk teori _____.

5.Humanvitenskap, samfunnsvitenskap og psykologi, ved kombinasjon filosofi, psykologisk teori og sosiologi _____.

6.Humanvitenskap, samfunnsvitenskap og medisin, ved filosofi, sosiologisk teori og medisin _____.

7.Samfunnsvitenskap (sosiologi- Antonovsky -soc) _____.

8.Komb. psykologisk teori & medisin & helsefagsteori som vektlegg klinisk ferdigheiter _____.

9.Medisin, samfunnsvitenskap og psykologi, ved kombinasjon medisin, sosiologi teori (Soc og psykologisk teori) _____.

10. Medisinsk fagterm, statistikk &
Samfunnsvitenskap & psykologi & humanvitenskap ved
Omsorgsfilosofi og helsefagsteori
Sjuepleieteknikk (nursing science) .

Med. fagterm og statistikk
Med fagterm og statistikk & samfunnsvitenskap &
psykologi
Med. fagterm og statistikk & humanvitenskap (omsorg-
filosofi og helsefagsteori/mod

11. Medisin & sosiologi v/
medisin, helsefagsteori og sosiologisk teori
Antonovskys salutogenese, Soc. .

12. Praxeologi .

Spm.21. Ved val av fenomenologisk tilnærming, talast det om fenomenologi som:

Antal Samla populasj.21 oppg.100%

1. Kombinasjon filosofi, vitenskap syn, metodisk
tilgang og empirisk vitenskap .

2. Kombinasjon vitenskapsteoretisk ståstad,
metodisk tilgang og empirisk vitenskap .

3. Som metodisk tilgang .

Spm.22. Ved val av hermeneutisk tilnærming, åleine eller i saman med fenomenologi, forståast dette som:

Antal Samla populasj.22 oppg.100%

1. Kombinasjon filosofi, vitenskap syn, metodisk
tilgang og empirisk vitenskap .

2. Kombinasjon vitenskapsteoretisk ståstad,
metodisk tilgang og empirisk vitenskap .

3. Som metodisk tilgang .

Spm 23. Diskursbestemming

Antal Samla populasj.42oppg.100%

1.Filosofi/omsorgsfilosofi
sett inn i historisk forståingsramme .

2.Filosofi/omsorgsfilosofi
sett inn i klinisk forståingsramme .

3.Hjelpedisiplin nytta på sjukepleietenking .

4.Filosofi, omsorgsfilosofi/teologi, fenomenologi
& praktiske ferdigheiter utvikla klinisk & hjelpedisiplin .

5.Praktiske ferdigheiter utvikla
klinisk & hjelpedisiplin .

Spm 24. Bestemming av oppgåvas objekt

Antal Samla populasj.42oppg.100%

1.Sjukepleie som teoretisk omsorg
Hovudvekt på omsorg/ivaretaking på *refleksjonsnivå*
(ved filosofi) men trekkast praktiske implikasjonar .

2.Sjukepleie som teknologisk omsorg
Hovudvekt på omsorg eller ivaretaking, men teknologisk
orientert – skal kome til nytte for praksis/gjere praksis betre .

3.Sjukepleie som teoretisk anna - ikkje særskilt vekt på omsorg

4.Teknologisk sjukepleie med fokus på tiltak som skal gjere
praksis betre – etter mønster frå klinisk medisin .

5.Sjukepleie som teknologisk anna - omsorg ikkje spesifikt
nemnt, men peikar på nytteeffekt for praksis .

Spm.25. Kva forskingsmiljø trer fram som dominant ved ISF – avdeling sjukepleievitenskap – perioden 2005 – 2010 metodisk

A

Antal Samla populasj.42oppg.100%

1.Kvalitativ metode .

2.Kvantitativ _____.

3.Kvalitativt/kvantitativt _____.

B

1.Fenomenologi og eller hermeneutikk _____.

2.Metode frå med. statistikk _____.

3.Samfunnsvitenskap, ved sosiologi. _____.

4.Kombinasjon – samfunnsvitenskap & med. _____.

5.Angjev ikkje vitenskapleg metode _____.

Spm. 26. Kva forskingsmiljø framtrer som dominant ved ISF – avdeling sjukepleievitenskap – perioden 2005 – 2010 – tematisk?

Antal Samla populasj.42oppg.100%

1.Filosofisk, omsorgsfilosofisk, fenomenologisk/teologisk påverknad _____.

Martinsen

Martinsen og Eriksson

Andre

2. Filosofisk, omsorgsfilosofisk, fenomenologisk påverknad kombinert med praktisk kompetanse relatert til klinikk _____.

Martinsen & Benner/ Benner & Wrubel

Martinsen, Eriksson, Benner/Benner & Wrubel

Martinsen

3.Filosofisk, omsorgsfilosofisk, fenomenologisk påverknad & helsefagteori som vektlegg praktiske ferdigheiter relatert til klinikk & sosiologisk teori _____.

Martinsen, Benner, Eriksson, sos

Eriksson, sos

Martinsen, Benner & Wrubel/ Benner & sos

Martinsen, sos

4.Psykologisk teori & medisin & praktiske ferdigheter

relatert til klinikk .

Benner, psykologi og medisin

5.Filosofisk, fenomenologisk & psykologisk påverknad .

6.Filosofisk, sosiologisk & psykologisk påverknad .

Martinsen & fenomenologisk filosofi, sos & psyk

7.Filosofisk, sosiologisk & medisinsk påverknad .

8.Medisinsk, sosiologisk og psykologisk påverknad .

9.Medisinsk fagterm, statistikk .

10.Medisinsk fagterm, statistikk & sosiologi &

psykologi .

11.Medisinsk fagterm, statistikk & humanvitenskap (omsorg-

filosofi og helsefagsteori/mod .

Martinsen, med. fagterm & helsefagsteori

12.Sosiologisk påverknad - Antonovsky -soc) .

13. Medisinsk & helsefagsteori & sosiologisk påverknad -

Antonovskys salutogenese, Soc.

14. Praxeologi

Vedlegg nr. 3. Forklaring av spørsmål ved kategorisystem

Datasamlinga er innhenta gjennom ein systematisk gjennomgang med fokus på vitenskapsteoretiske aspekt av avhandlingane, der variablar innehar ulike kategoriar for systematisering av data. Kategorisystemet som nyttast, byggjer på same systematisering som Heymann (1995) og Petersen (1997/98) brukte i sine studiar i Danmark og Sverige vedrørande samsvarande problematikk. Tillating til å nytte dette ligg til grunn. Ved påbyrjing av gjennomgangen av oppgåvene, vart kategoriane meir tilpassa norske forhold, samt nokre nye kategoriar kom til for å gje større datarikdom. For å fange kompleksiteten, er kategoriane utforma i tråd med den framkomne hovudtyngda i materialet (jmf. vedlegg nr.2).

Alle arbeida er lest frå perm til perm, og har vore gjennomgått tre gongar på grundig måta. Kategoriskjema vart fylt ut for hand ved fyrstegangs gjennomlesing, for så å bli kontrollert og supplert ved andregangs gjennomlesing. Ved den samla kategorisering, der alle verdiar har blitt oppsummert, har arbeida på ny blitt gjennomgått to gongar som ein endeleg kontroll over dei val og plasseringar som er blitt gjort.

Stor grad av arbeid har blitt lagt ned for å gjengjeve det kategoriane søker svar på mest mogleg korrekt. Gjentekne gongar har eige inntrykk blitt utfordra og krysskontrollert. Tala vert framstilt skjematisk i prosentdel av samla populasjon. Alle teoriar, referansar og hovudtendensar er nedteikna, og kan framvisast som støtte for dei val som er gjort.

Kategorisystemet er utarbeida med tre aspekt som bakgrunn - området sjølvforståing/kvardagslege framstilling av eiga verksemd, meir administrative og institusjonelle oppdelingar og oppgåvenes teoretiske omgrepsett. Det takast sikte på å framskaffe ei oversikt over dei innhaldsmessige aspekt i tekstmassen, kva som *faktisk* gjerast under det akademiske sjukepleievitenskapfag, kanskje til skilnad frå den sjølvforståing som vert presentert. Tanken er at både agentanes måte å arbeide på og tekstanes innhald og framstilling uttrykkjer ei stillingstaking vedrørande den sjukepleievitenskaplege akademiseringsprosess. Kategoriane for systematisering av dei data som ynskjust belyst, har som siktemål å gjennom ulike synsvinklar få tak på kompleksiteten i materialet.

Ut frå kategorisystemet gjerast ein systematisk gjennomgang med fokus på vitenskapsteoretiske aspekt ved masteroppgåvene innan aktuelle periode, med føremål å finne hovudtendensar ved korleis sjukepleievitenskap gjennom desse materialiserer seg.

Skisser og notatar kan ved etterspørsel framleggast for korleis sjølve kategoriseringsarbeidet og samordninga av resultatata frå oppgåvene vart føreteke. Det vart òg søkt råd hjå vegleiarar og hjå medstudentar i forskargruppa for råd og korrigeringsprosesser undervegs.

Studiens datamateriale er behandla kvantitativt og framstilt skjematisk utrekna i prosentdel av samla populasjon. Dette er i tråd med studiens intensjon, å søkje kva hovudtendensar som trer fram gjennom materialet, med siktemål å sjå kva val som i *hovudsak* gjennom aktuelle periode orienterer sjukepleiaren som akademisk aktør. Det innhaldsmessige aspekt i tekstmassen, kva som *faktisk* gjerast under det akademiske sjukepleievitskapsfag kanskje til skilnad frå den sjølvforståing som gjennom arbeida vert presentert, vert søkt gjengjeve. Tanken er at både aktørane måte å arbeide på og tekstanes framstilling uttrykkjer ei stillingstaking vedrørande den sjukepleievitskaplege akademiseringsprosessen.

I det fylgjande vil dei ulike kategoriar gjennomgåast, der det gjevast ei forklaring på kva dei omhandlar og kva som ved dette er ynskje å fange inn.

Spm. 1.

Spørsmålet er frå opphavleg kategorisystem, og viser til kva språk oppgåva er utgitt på, og dersom artikkel føreligg, kva språk denne er utgitt på. Variabelen har fem moglege kategoriar, innleiing norsk – artikkel engelsk, innleiing norsk – artikkel norsk, innleiing engelsk – artikkel engelsk, masterinnlevering norsk og masterinnlevering engelsk. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm. 2.

Spørsmålet er frå opphavleg kategorisystem, og angjev kjønn til forfattaren av oppgåva. Variabelen har to kategoriar, kvinne eller mann. Samla populasjon er 42 oppgåver

Spm 3.

Spørsmålet er frå opphavleg kategorisystem, og viser til om og korleis oppgåva og eventuelle artiklar er blitt skriva og offentleggjort/publisert. Variabelen har 7 kategoriar, ut frå dei ulike kombinasjonane innlevert som master og publisert gjennom fagforeining, innlevert som master men ikkje publisert, innlevert som master og publisert som artikkel i tidsskrift, innlevert som master og publisert som artikkel men ukjent om/kvar den er publisert, innlevert som master og publisert på nett i Bora/Brage samt Fagforeiningspublikasjon, innlevert som master og publisert på nett i Brage samt skriven artikkel men ukjent om/ kvar publisert. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm 4.

Spørsmålet vart tillagt opphavleg kategorisystem, og angjev del av artklar i høve dei kvalitative oppgåvene. Variabelen har ein kategori. Samla populasjon er 30 kvalitative oppgåver.

Spm 5.

Spørsmål vart tillagt opphavleg kategorisystem. Spørsmålet angjev del av artklar i høve dei kvantitative oppgåvene. Variabelen har ein kategori. Samla populasjon er 11 kvantitative oppgåver.

Spm 6.

Spørsmål vart tillagt opphavleg kategorisystem. Spørsmålet søkjer å finne *kvar* forfattar har henta inspirasjon for studiets problemstilling. Bakgrunn er ynskje om å finne tendensar til kva sjukepleiaren ynskjer gjere vitskap av, kva som inspirerer til vitskapsgjering. Har tema vakse fram gjennom den kliniske praksis, eller gjennom masterstudiet? Ser ein på eigen praksis i kritisk lys, eller vidareførast praksis som eit grunnlag for vitskapsgjering? Variabelen har tre hovudkategoriar, der ein av desse kategoriane har ein underkategori der berre tal, ikkje prosentdel vert ført. Kategoriane omhandlar om problemstillinga byggjer på erfaringar frå eigen kliniske praksis, om problemstillinga har utvikla seg gjennom masterstudiet, eller om anna har lagt til grunn for val av problemstilling. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm 7.

Spørsmål vart tillagt opphavleg kategorisystem. Variabelen byggjer på ynskje om å finne ut om det ansjåast som viktig å fremje eit særskilt sjukepleiefokus i oppgåvene innan dette felt som nettopp kallast sjukepleievitskap, eller leggjast det opp til eit tverrfagleg fokus? Dette ansjåast som eit interessant moment for fokus dersom sjukepleievitskap skal ansjåast som eit resultat av eller forsøk på sjølvstendigjering av sjukepleiefaget. Variabelen har tre kategoriar som omhandlar om studien har eit spesifikt sjukepleiefokus, om det har ei tverrfagleg orientering, eller om det har ei tverrfagleg orientering der sjukepleiaren tidvis nemnast spesielt. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm 8.

Spørsmålet er frå opphavleg kategorisystem, og er formulert som å omhandle oppgåvas status. Dette var i utgangspunktet tenkt skulle omhandle om oppgåva var empirisk, teoretisk, eller empirisk – teoretisk. Variabelen er i mitt arbeid utvida til å ha fire kategoriar. Empirisk - teoretisk eklektisk; i meining der delar av teori vert plukka frå fleire enn ein teori, empirisk –

teoretisk; der hovudsakleg ein teori vert nytta opp mot empiri, teoretisk; der ikkje empiri vert innsamla, og empirisk der medisinsk fagterminologi vert trekt opp som rammeverk. Desse spesifiseringane vart føretatt då det viste seg at delar frå svært mange teoriar vart nytta. Vidare vart det ansett som naudsynt å ha ein kategori som femna om dei oppgåvene som klart var empiriske, men som nytta teori – i form av medisinsk fagterm. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm.9.

Spørsmålet og tilhøyrande kategoriar vart tillagt opphavleg spørjeskjema. Ved fyrste gangs gjennomlesing viste det seg ein tendens til å heilt eller delvis vente med teori til etter empiri var innsamla. Den innsamla empiri vart altså orienterende for kva teori som vart valt.

Variabelen har difor 6 kategoriar, og omhandlar om teori klargjerast *før* innhenting av empiri, om medisinsk fagterm klargjerast *før* innhenting av empiri, om teori veljast etter empiri, eller gjennom den empiriske prosess, om teori klargjerast *før* empiri samstundes som ny hovudteori trekkast inn etter empiri, eller om dette er uklart. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm. 10.

Spørsmålet er frå opphavleg kategorisystem, og viser til det som omtalast som oppgåvas generelle metode. Dette viser til kva fundament ein angjev for metoden; metodens grunnlag og gjennomføring av denne. Variabelen har tre kategoriar, empirisk fundert, empirisk fundert men der det vert vist til metodisk bakgrunnsteori, eller filosofisk / metateoretisk. *Empirisk fundert* rommar dei oppgåvene som funderer metoden nettopp i den empiriske gjennomføring, noko som t.d. framkjem ved dei kvantitative oppgåvene som nyttar metoder frå klinisk medisin. *Empirisk fundert* som viser til bakgrunnsteori er som døme oppgåver som forankrar metode i Antonovskys soc (oppleving av samanheng) sitt spørjeskjema - med bakgrunnsteori. *Filosofisk/ metateoretisk* viser til dei som funderer metoden i filosofi eller metateori. Som døme på dette er kvalitative oppgåver som funderer metoden i fenomenologisk filosofi, men nyttar den empirisk for å søkje tolke opplevd subjektiv erfaring. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm. 11.

Spørsmålet er frå opphavleg kategorisystem. Variabelen har tre kategoriar og viser til om den empiriske metode er kvalitativ, kvantitativ eller kvalitativ/kvantitativ. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm. 12.

Spørsmålet er frå opphavleg kategorisystem, og skal angjeve kva empiriske metoder som nyttast i studiet. Variabelen har åtte kategoriar. Tekstanalyse/dokumentanalyse, systematisk litteraturgjennomgang, intervju, spørjeskjema, observasjon, eksperiment, registrering av data/kartlegging og kombinasjon av metoder. Kategorien intervju og kombinasjon av metoder har underkategoriar som viser fordeling, ikkje utrekna i prosentdel. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm. 13.

Spørsmålet vart tillagt opphavleg kategorisystem, og gjeld dei kvalitative oppgåvene (samt 1 kvalitativ/kvantitativ oppgåve). Det søkast etter om det vert nytta særskilte referansar ved gjennomføring av kvalitativ metode. Variabelen har 8 kategoriar der dei mest nytta referansar og kombinasjonen av desse vert forsøkt fanga inn. Kategoriane måtte altså her utformast etter dei framkomne tendensar og kombinasjonar i materialet, og omhandlar Malterud, Kvale, Krueger & Casey, Wibeck og andre. Wibeck, Krueger & Casey vert nytta ved kvalitativt fokusgruppeintervju. Samla populasjon er 31 oppgåver

Spm. 14.

Spørsmålet vart tillagt opphavleg kategorisystem. Angår dei kvalitative oppgåvene (samt 1 kvalitativ/kvantitativ oppgåve), og angjev om særskilte analysemetodar/ måtar vert nytta ved kvalitativ analyse. Variabelen har 6 kategoriar; der dei mest nytta analysemetodar og kombinasjonen av desse vert forsøkt fanga inn. Kategoriane måtte altså her utformast etter dei framkomne tendensar og kombinasjonar i materialet, og omhandlar Giorgis fenomenologiske analysemodell v/Malteruds systematiske tekstkondensering, Wibeck, Krueger & Casey, Knodel, Kvales analysemåte samt dei som markerer ynskje om ikkje å nytte særskilt analysemodell. Samla populasjon er 31 oppgåver.

Spm. 15.

Spørsmålet vart tillagt opphavleg kategorisystem. I ei tid der vitskapsteori står i sentrum for merksemd i utdannings og undervisningssamanheng, på fag og rammeplanar, vart det av interesse å søkje kunnskap om korleis dette kjem til uttrykk i desse avsluttande arbeid innan sjukepleievitskap ved universitetet i Bergen innan aktuelle periode. I utgangspunktet var det ynskjeleg å søkje om vitskapsteoretisk ståstad vart klargjort, om det vart knytt til val av metode og val av teoretisk fundament. I fleirtalet av oppgåvene var det uråd å seie noko om valt teori sitt samband med vitskapsteoretisk ståstad, då mange oppgåver plukkar frå mange

ulike teoretiske retningar, og ofte vart teori valt i etterkant av innsamla empiri. Spørsmålet har difor fire kategoriar som tek sikte på å fange opp om vitskapsteoretisk ståstad vert klargjort tydeleg samt trekt opp som grunnlag for metodeval, om vitskapsteoretisk posisjon framkjem indirekte gjennom å vise til metodologi og/eller grunnleggjend for metodeval og omhandlar fenomenologi og/eller hermeneutikk, om vitskapsteoretisk ståstad ikkje vert omhandla, men kort nemnt at kvalitativ metode har utspring i fenomenologisk og hermeneutiske tradisjonar, og der vitskapsteoretisk ståstad ikkje vert omhandla – heller ikkje som grunnlag for metodeval. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm.16.

Spørsmålet var del av opphavleg kategorisystem, og angjev kva populasjon som er dominant i oppgåva. Variabelen har 11 kategoriar; helsepersonell, pasient, pasient og sjukepleiar, sjukepleiar, sjukepleielærer, studerande, pårørande, sjukepleiar – politiskar, sjukepleiar – lege, annan populasjon, ingen populasjon. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm 17.

Spørsmålet var del av opphavleg kategorisystem. Variabelen angjev oppgåvas temaområde, med føremål å søkje kva område sjukepleiaren ser på som viktig å ha fokus på og fremje kunnskap innan i markeringa av eit sjølvstendig kunnskapsfelt, og om sjukepleiaren som akademisk aktør freistar skilje ut eit eige område for sitt verke? Korleis kjem dette til uttrykk innan sjukepleiarens vitskaplege arbeid? Variabelen har fem hovudkategoriar; brukarmedverknad, førebygging, pleie og behandling, undervising/utdanning, administrasjon og forskning. Kategorien førebygging, pleie og behandling vart freista inndelt i underkategoriar, oppgitt i tal men ikkje i prosentdel. Samla populasjon er 42 oppgåve.

Spm 18

Spørsmålet var del av opphavleg kategorisystem, men er noko meir spesifisert og søker å finne oppgåvas valte føremålsområde. Variabelen har fem kategoriar; skildrande/forståande/fortolkande, deskriptiv, evaluering, teori og metodeutvikling – metodisk verktøy til empirisk bruk og forklarande. Det vart tydingsfullt å skilje mellom kategoriane skildrande/forståande/fortolkande og deskriptiv. Dette grunna at dei kvalitative oppgåvene med forankring i fenomenologi og hermeneutikk ofte nytta fyrstnemnde, medan særleg oppgåver med kvantitativt design namna seg som deskriptive. Kategorien teori og metodeutvikling vil ut frå arbeida i røynda berre gjelde metodeutvikling då ingen oppgåver faktisk tek sikte på å utvikle omgrep/teori. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm 19

Spørsmålet var del av opphavleg kategorisystem, men var då ikkje inndelt gjeldande metode og nytte av teoretisk referanseramme. Ut frå undersøkte oppgåver vart dette opplevd som eit behov å skilje åt, for å få fram eit korrekt bilete. Spørsmålet angjev altså oppgåvas vitskapsgrein gjeldande metode, og har seks kategoriar. Det må presiserast at det i det fylgjande er blitt nytta inndeling ut frå fakultetsområde ved universitetet i Bergen, der m.a. psykologi utgjer eige fakultet. For at presentasjonen skjematisk skulle vere mogleg, måtte kategoriar slåast saman, og er difor framstilt på fylgjande måte; vitskapsgrein vert ikkje angitt metodisk, humanvitskap & samfunnsvitskap, psykologi, medisin –odontologi, matematikk/naturvitskap og kombinasjon mellom samfunnsvitskap & medisin. I kategorien humanvitskap & samfunnsvitskap vil humanvitskap femne om filosofi, omsorgsfilosofi, historie, fenomenologi og hermeneutikk, samfunnsvitskap vil femne om sosiologi og sosialantropologi ut frå aktuelle oppgåver. Kategorien humanvitskap & samfunnsvitskap er inndelt i underkategoriar der den aktuelle fordelinga framkjem i talverdiar, men ikkje utrekna i prosent då dette vert ansett som forvirrande i den skjematisk framstilling der då samla prosentdel vert referert. Kategorien medisin- odontologi femner om klinisk medisin, indremedisin og helsefag, igjen spesifisert ut frå dei aktuelle funn. Namninga medisinsk statistikk vert her nytta, noko som tyder at resultatpresentasjonen fylgjer same mønster som kjent frå klinisk medisinsk forskning, med måleskjema og statistisk framstilling. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm. 20.

Spørsmålet angjev oppgåvas vitskapsgrein gjeldande teoretisk referanseramme som vert nytta for lyssetjing av empiri. Som over, vart fakultetsinndeling ved UiB lagt til grunn for inndeling, men grunna den svært komplekse bruk av delar frå ulik teori, vil det vere uråd å framstille dette utan å gjere kombinasjonar der ein måtte ta utgangspunkt i dei kombinasjonar som faktisk førekom. Alle teoriar som vart nytta i oppgåvene er likevel i arbeidsprosessen blitt nedteikna og søkt attende til sitt opphav. Trass i kombinasjonar, har likevel variabelen 12 kategoriar, noko som gjev eit bilete av kompleksiteten i nytten av delar frå ulike teoretiske retningar, og som gjev ein indikasjon på kor vanskeleg det på dette området var å føretake ei samla oppteljing av kategoriar. Kategoriane omhandlar humanvitskap, humanvitskap kombinert med helsefagsteori/sjukepleieteori som vektlegg klinisk kompetanse/praktiske ferdigheiter utvikla i klinikk, humanvitskap i kombinasjon med psykologi, humanvitskap & helsefagsteori/ sjukepleieteori som vektlegg praktiske ferdigheiter utvikla i klinikk &

sosiologisk teori, humanvitskap & samfunnsvitskap & psykologi, humanvitskap & samfunnsvitskap & medisin, samfunnsvitskap, kombinasjon psykologisk teori & medisin & helsefagsteori som vektlegg klinisk kompetanse/praktiske ferdigheiter utvikla i klinikk, medisin & samfunnsvitskap & psykologi, sjukepleieteknikk – med underkategoriar m.a. inkludert mønster frå medisin, medisin & samfunnsvitskap – og til sist praxeologi. Det vert gjennom kategoriane gjort freistnad på å spesifisere dei Trass i svært mykje arbeid på dette området for å plassere oppgåvene korrekt, kan dette biletet framstå kompleks. Det er likevel ansett som å nettopp ynskje framstille kompleksiteten her – som eit bilete på eit inntrykk faktisk eksisterande på bakgrunn av det undersøkte materialet. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm. 21

Spørsmålet vart tillagt opphavleg kategorisystem, og har bakgrunn i interesse for å søkje korleis det talast om fenomenologi. Gjerast det forsøk på å skilje åt fenomenologi som filosofi, vitskapsteori, metodisk tilgang og empirisk vitskap? Eller taler ein om fenomenologi utan å dele desse ulike aspekt inn i eigne, separate diskursar? Variabelen har tre kategoriar, som angjev om fenomenologi vert omtalt både som filosofi, vitskaps syn, metodisk tilgang og empirisk vitskap, eller berre som vitskapsteoretisk posisjon, metodisk tilgang og empirisk vitskap, eller berre som metodisk tilgang.

Spm. 22

Spørsmålet vart tillagt opphavleg kategorisystem, ut frå same motivasjon som spørsmålet over, men gjeldande hermeneutikk. Både desse variablane er vanskelege å handtere, og skiljelinene mellom dei er ikkje godt mogleg å klarere, men det vert gjort eit forsøk på vise korleis det *talast* om hermeneutikk, altså korleis vert dette uttrykt gjennom oppgåvene (ofte i samband med fenomenologi). Som over har variabelen tre kategoriar, som tek sikte på å fange om hermeneutikk vert omtalt som filosofi, vitskapsteoretisk grunnlag, metodisk tilgang eller empirisk vitskap, eller som både vitskapsteoretisk ståstad, metodisk tilgang og empirisk vitskap – eller berre som metode? Spm 21 og spm 22 tek ikkje sikte på å framskaffe klare svar på dette grunnlag, men det er likevel av interesse å fange opp korleis dette vert uttrykt, kva vert sagt – noko som mogleg ved eit seinare høve kan takast vidare til ytterlegare diskusjon.

Spm.23

Spørsmålet var del av opphavleg kategorisystem, og peiker på ein søken etter kva tenkjemåte som hovudsakleg ansjåast å leggast til grunn ved gjennomføring av oppgåva? Kva er det som

strukturerer tankane som kjem til uttrykk gjennom oppgåvene kring det gjenstandsområde som ein rører seg innan ved utføringa av desse prosjekt? Det må presiserast at òg på dette området er skiljelinene diffuse for overgangar. Det freistast difor ikkje å innføre ein dikotomi, men det søkast etter å fange kva som er det styrande tankesett bak desse ulike måtar å utføre arbeida på? Kva påverknad er det som kjem fram og korleis kjem dette til uttrykk? Variabelen har 5 kategoriar, 3 av dei inndelt i underkategoriar for å spesifisere kategoriens fordeling. arbeida. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm.24

Spørsmålet var del av opphavleg kategorisystem., og søker å kaste lys over oppgåvas objekt. Dette peikar på kva som er det styrande, overordna område som føremålsfelt for desse arbeida. Omsorg trer fram som eit overordna temaområde gjennom desse arbeida, og det vil gjennom denne variabel freistast å skilje mellom teoretisk omsorg og teknologisk omsorg. Den teoretiske omsorg er tillagt ei meining der omsorg vert omhandla på refleksjonsnivå, men ikkje tillempa praksis. I denne samanheng vil dette m.a. gjelde dei oppgåver som nyttar filosofi/omsorgsfilosofi og som har hovudvekt på å halde seg på refleksjonsnivå, ikkje naudsyntvis produsere kunnskap for praksis/ til direkte bruk i praksis. Teknologisk omsorg er meint å fange inn kunnskap i retning korleis gjer vi det i praksis? Opphavleg kategorisystem opererte med namningane care og nursing, noko som vert forklart og kan forståast, men som ikkje naudsyntvis er dominerande innan tenkinga i Noreg. Det vert difor helde fast ved omsorgsomgrepet i denne studiens samanheng, og korleis dette vert nytta. Variabelen har 5 kategoriar der det gjerast eit forsøk på å fange inn om omsorg og sjukepleie vert nytta i retning av filosofisk refleksjon, som praktisk orientert ut frå nytteeffekt for praksis eller ein kombinasjon av dette? Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm. 25

Spørsmålet er i tråd med opphavleg kategorisystem. Det ynskjust å fange inn og vise kva dominerande tendensar som kjem fram som metodisk tilgang innan sjukepleievitskap ved UiB innan undersøkte periode. Tanken bak er å forsøke å fange inn det som viser seg som den ”regjerande doxa” på dette område innan aktuelle tidsrom. Spm. er delt inn i A og B, Der variabelen A har tre kategoriar og viser kvalitativ/kvantitativ fundering, og B har 5 kategoriar som viser kva tradisjon ein etablerer sitt metodeval innan. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Spm. 26 Spørsmålet er i tråd med opphavleg kategorisystem. Det ynskjust å fange inn og vise kva dominerande tendensar som kjem fram tematisk innan sjukepleievitskap ved UiB innan

undersøkte periode. Tanken bak er å forsøke fange inn det som viser seg som den ”regjerande doxa” på dette området innan aktuelle tidsrom. Spm er delt inn i 14 kategoriar etter det som gjennom arbeida peikar seg ut som område. 6 av kategoriane har underkategoriar, for å fange opp særskilt Martinsens og Benners store påverknad innan desse arbeida. Desse vert framstilt i talverdiar, men ikkje skjematisk utrekna i prosent då dette vert ansett som forvirrande i den samla framstilling. Som tidlegare nemnt, gjenspeglar dei mange og samansette kategoriane den komplekse samansetjing og bruk av delar frå ulike tradisjonar som framkjem gjennom dei undersøkte arbeida, noko som gjorde kategoriseringsarbeidet svært utfordrande. Tanken er likevel at spørsmålet og kategoriane nettopp kan gjenspegle denne kompleksiteten i dei undersøkte arbeida, der ulike tradisjonar, deler frå teoriar vert nytta, utan at det naudsyntvis skjer ei avklaring i høve motstridande perspektiv ved desse. Samla populasjon er 42 oppgåver.

Vedlegg nr. 4. Samanfating av resultat

Studiets funn viser at fleirtalet av oppgåvene innan denne periode er kvalitative, nærare 2/3 av den samla populasjon. Særskilt fenomenologi, åleine eller i kombinasjon med hermeneutikk, har i aktuelle periode hatt ein dominerande posisjon innan det området som kallast sjukepleievitskap ved ISF. Utvalet er henta frå ei tidsperiode der det gjennom lovgjevnad, fag og rammeplanar i utdanningssamanheng i tiltakande grad har blitt lagt vekt på vitskapsteori. Omgrepet vitskapsteori vert i oppgåvene likevel i svært liten grad artikulert, men ut frå den framtrekande posisjon fenomenologi/hermeneutikk har, tyder det på at dette vert jamført med vitskapsteoretisk grunnlag.

Det viser seg ein tendens til at fenomenologi/hermeneutikk *samstundes* vert omtalt som filosofi, metodisk tilgang og grunnlag for empirisk vitskap – samt påropt som retningsgjevande for den praksis sjukepleiarar skal utøve. Dette arbeid vert grunnfesta i filosofi –som vidare vert sett i samband med val av kvalitativ metode – og som grunnlag for empirisk vitskap – der praktiske implikasjonar *for* praksis i stor grad vert vektlagt. Den subjektive oppleving og erfaring vert helde fram som grunnlag for gyldig kunnskap – ofte trekt opp som ei *motsetjing* mot kvantifisering, objektivisering og rasjonalisering. Motsetjinga mellom subjektiv og objektiv kunnskap vert tydeleg markert og oppretthalden. Konteksten der den subjektive opplevinga vert henta ut frå, vert i mindre grad omhandla. Oppgåvene presenterer seg med ein intensjon om å vere skildrande, forståande og fortolkande, då hermeneutikk ofte vert sett i samband med fenomenologisk tilnærming.

Den andre hovudretninga som viser seg gjennom analysen, har eit kvantitativt design og fylgjer meir tradisjonell medisinsk retning – med forankring i medisinsk fagterminologi og empirisk forskning. Medan dei kvalitative oppgåvene forsvarer subjektiv oppleving og erfaring som grunnlag for gyldig kunnskap, skjer ikkje det tilsvarande ved dei kvantitative. Desse arbeida vier ikkje rom for vitskapsteoretisk diskusjon, i motsetjing til dei fenomenologisk og kvalitativt orienterte oppgåvene. Etter presentasjon av problemstilling, vert det gått rett på metodisk gjennomføring.

Den *metodiske framgangsmåten* og gjennomføring av denne, er likevel ved baa tilgangar vektlagt og svært godt skildra. Dei kvalitative og dei kvantitative design er på dette området påfallande like i utforming, som om det statisk fylgjast ei oppskrift som det er utenkjeleg å bryte. Dei fenomenologisk/fenomenologisk hermeneutiske oppgåvene, viser ein tydeleg

tendens til å nytte dei same referansar i høve til metodisk gjennomføring, hovudsakleg Giorgis fenomenologiske analyse, Malterud og Kvale.

Det kjem fram ein tydeleg tendens til å ta med seg problemstillinga frå eigen praksis i dei undersøkte oppgåvene– teori vert gjort til ei forlenging av praksis. Berre i lita grad vert eigen praksis stilt under kritisk lys, eller freista belyst ut frå kontekstuelle forhold. Problemstillingar frå eigen klinikk vert gjort til gjenstand for fokus og i stor grad knytt til pasientens eller sjukepleiarens opplevde erfaring av den aktuelle problemstilling. Dette vert presentert som grunnlag for empirisk vitskap.

Med tanke på sjukepleie si proklamering av sjølvstendig kunnskapsgrunnlag, finn ein likevel at ein angjeveleg del av arbeida *ikkje* har eit spesifikt sjukepleiefokus, men eit tverrfagleg helsepersonell fokus. Funna indikerer vidare at pleie og behandling vanskeleg kan skiljast som temaområde. Freistnadar på å markere pleie som sjølvstendig område, er i fåtal. Nokre oppgaver ansjåast likevel som å ha meir fokus på pleie enn behandling, men og i desse framstår pleie og behandling som områder som er vanskeleg å skilje åt. Dette indikerer at sjukepleie korkje gjer dei store freistnadane – eller lukkast ved å skilje pleie som eit område frittstående frå medisinsk behandling

Humanvitskap og samfunnsvitskap er framtrekande tradisjonar i høve til oppgåvenes val av vitskapsgrein metodisk. Dei empiriske oppgåvene med feste i med. fagterm, fylgjer metodisk medisinsk mønster for klinisk forskning – og nyttar medisinsk statistikk.

Når det gjeld vitskapsgrein og teori som vert nytta ved drøfting av empiri, vart det avslørt svært mange kombinasjonar. I ein stor del av oppgåvene trekkjast teori inn *etter* empiri er samla inn– og gjennom den empiriske prosess. Ein vel altså teori etter kva som kjem til syne i det innsamla materiale. Det kan stillast opent for spørsmål vedrørande kvifor? Sjeldan vert *ein* teori nytta, men utdrag frå fleire. Mest framtrekande er humanvitskap og human og samfunnsvitskap – kombinert med helsefaglitt og sjukepleieteori. Interessant her er at filosofi/omsorgsfilosofi – har ei sentral stode - ofte i kombinasjon med sjukepleie/helsefagsteori som vektlegg klinisk kompetanse/praktisk kunnskap. Martinsens omsorgsfilosofi fundert i Løgstrup vert her svært mykje nytta – i kombinasjon med teori som vektlegg praktisk kompetanse, svært ofte ved Benner. Diskursen er med andre ord i stor grad prega av å nytte filosofi/omsorgsfilosofi sett inn i klinisk samanheng – ofte i kombinasjon med sjukepleieteori som vektlegg praktiske ferdigheiter, erfaringskunnskap, taus kunnskap; praksis teori.

I stor grad legger desse arbeid opp til å generere kunnskap som skal kome til nytte i praksis. Praktiske implikasjonar vektleggast – noko som er i tråd med det etablerte syn på sjukepleievitskapens føremål og legitimeringsgrunnlag. Omsorgstenkinga – representert ved Martinsens omsorgsfilosofi og fundert i Løgstrups filosofi og nærleiksetikk, har eit sterkt feste ved ISF. Imidlertid vert dette i liten grad helde på filosofisk nivå eller på refleksjonsnivå – men kombinert med klinisk, praktisk erfaringskunnskap, der nytteeffekt i praksis står i sentrum. Sjukepleieklinikk – ved praktisk erfaringskunnskap – er såleis noko som vert framheva – men i saman med filosofi; direkte relatert til praktisk bruk. Eit tankekors er det at trass i omsorgstenkingas sentrale stode (Martinsen – fund i Løgstrup) i masterinnleveringane, er dette moment i svært liten grad synleg i dei arbeida som og er publisert som artikkel.

Vedlegg 5 . Tillating i høve nytte av spørjeskjema ved kategorisystem

Bergen, 07.12.12

Tillating i høve nytte av spørjeskjema

Det gjevast ved dette tillating til å nytte spørjeskjema frå doktorgradsarbeidet *Sygeplejevidenskab – myte eller virkelighed? (1997/98)*, med forfattar Karin Anna Petersen, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet i samarbejde med Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet, Danmark. Spørjeskjemaet skal nyttast i samband med utføring av mastergradsoppgåva *Sjukepleiaren som akademisk aktør - kva er sjukepleievitskap?* Forfattaren av oppgåva er Wenche Sortvik, masterstudent innan sjukepleievitskap ved institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen, 2009-2011.

Karin Anna Petersen, Professor

Institut for Samfunnsmedisinske fag,

Universitet i Bergen,

Kalfarveien 31,

5018 – Bergen

Norge

Telf: 0047-5558 6160

Mob: 0045-2381 5520

Mail: karin.petersen@isf.uib.no

Vedlegg 6. Presentasjon av sentrale interesseprofilar i universitetskonteksten for sjukepleievitenskap i tidsromet 2005-2010

Det er av interesse å gje ei svært kort omtale av nokre sentrale profilar i miljøet som representerer dei hovudretningar som vart skissert i pkt. 4.6, då desse kan knytast opp mot rettleiingsfunksjon og undervising, som påverknad gjennom pensumlitteratur og gjennom deltaking i utforminga av studietilbodet. Det må presiserast at å trekke fram nokre av desse *ikkje* er meint som undergraving eller ein freistnad på å setje i ein bås. Fleire aktuelle aktørar innan dei presenterte interesseretningar og som har vore sentrale bidragsytarar kunne omtalast, noko som ikkje kan gjerast ut frå omfangsmessige avgrensingar. Det er heller på ingen måte intensjonen å gje ein presentasjon av desse profilanes samla forfattarskap eller analyse av innhaldet i dette. Det fylgjande vil verte kort omtalt ut frå sentrale trekk som kan ansjåast å vere opent for det offentlege, anten presentert gjennom UiB si heimeside, eller ved litteraturomtale, med føremål å skape eit bilete av kva retningar som er med å forme dette miljø i aktuelle tidsrom.

Målfrid Råheim har gjennomført kvalitative studiar med utgangspunkt i fenomenologisk tilnærming, og trekkjer mykje på Maurice Merleau-Ponty, den levde kropp som motstykke til medisinen historie om å sjå på kropp som defekte delar som kan skiftast ut. Ho har gjennom sine arbeid særleg hatt fokus på kroppsfenomenologisk forståing (Bengtsson, 2006). Råheim kan ansjåast som ein sentral profil gjennom aktuelle periode, som studieansvarleg, sentral førelesar, med pensumlitteratur og som vegleiar. Ho er opphavleg fysioterapeut. Gjennom sine studiar, tekster og i undervising set ho fokus på helsefagas dilemma ved sine røter i medisinen, der studieobjektet er den anatomisk-fysiologiske kropp sett ut frå eit naturvitskapleg perspektiv. Den relasjonelle, følande og opplevande kropp har i stor grad falt utanfor medisinen kunnskapsområde. Psyken og sjela vert overlete til psykologien, det sosiale til samfunnsvitenskapen. Ho meiner det er vanskeleg å utvikle ei forståing av den friske og sjuke kropp som inkluderer sirkulære rørsler mellom kropp, sjel og omverden innan medisin og helsefag, noko som her gjer det vanskeleg å møte og forstå den sjuke på ein ikkje reduksjonistisk måte (Råheim, 1997). I fellesdelen er det tematiske fokuset på helse i staden for sjukdom og patologi, stort gjennom både modular. Heilskapsperspektiv vert framheva som motsats til medisin og det som omtalast som reduksjonistisk tenkemåte (Råheim, 1997). Subjektet som opplevande og erfarande fenomen samt den levde kropp trekkjast særskilt fram i undervisingssamanheng. Råheim kan ansjåast som ein representant for eit kvalitativt miljø, der fenomenologisk og eller hermeneutisk tilnærming står sentralt.

Det kan òg Eva Gjengedal. Ho er første amanuensis, dr. polit., og har vore seksjonsleiar ved Seksjon for sjukepleievitskaplege fag, UiB innan aktuelle periode. Ho har gjennomført studiar og publisert artiklar og bøker med utgangspunkt i kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming. Helsefagas grunnlagsproblem og empirisk forskning ut frå livsverden perspektiv der ho mellom anna viser til Maurice Merleau-Pontys kroppsfenomenologi relatert til akutt og kronisk sjuke, samt opplevingsaspektet og erfaring i høve teknologi og omsorg (Gjengedal, 2004) har vore sentrale kjerneområde (Bengtsson, 2006). Ho har vidare publisert bøker retta mot grunn utdanninga i sjukepleie, med tema gjeldande den kliniske sjukepleias kjerneområde (Gjengedal, 2001). Gjengedal har vore sentral førelesar og rettleiar innan aktuelle periode, og har vidare stått emneansvarleg for kurstilbod innan kvalitativ metode ved UiB. I dei seinare år har ho i tillegg vore tilsett som professor ved Høgskulen i Molde. Ho har samarbeidd med mange ved publisering av materiale, mellom anna Råheim og fleire innan ulike tradisjonar som ikkje kan omtalast i denne samanheng då det ikkje er rom å gje ein ytterlegare presentasjon.

Den fagspesifikke del var i aktuelle tidsrom delt inn i modulane *omsorg og livskvalitet*, samt *sjukepleie frå kall til vitskap*. *Omsorg og livskvalitet* kan ansjåast å ha tilknytning til to ulike retningar sett ut frå det pensum som knytast til desse ulike tema. Livskvalitetsstudiar har rot i eit etablert forskingsmiljø ved universitetet, som knyt seg opp til kvantitativ tilnærming av pasientens oppleving av livskvalitet. Som ein representant for dette miljø kan professor Rokne Hanestad trekkast fram. Ho er prorektor ved UiB i perioden 2009 – 2013. Rokne Hanestad har hovudfag i pedagogikk og doktorgrad i sjukepleievitskap frå UiB, 1993. Ho har innehatt verv og deltatt i ei rekkje forskingsprogram innan livskvalitetsforskning både i inn og utland, nemnast kan rolla som prosjektleiar for Norges Forskningsråd si satsing innan sjukepleieforskning, gjennom prosjektet "Livskvalitet ved kronisk sykdom og aldring". Ho har elles hatt roller som både visestyrar ved ISF, medlem av forskingsutvalet ved det medisinske fakultet, sentral i UiB si styringsgruppe for innføring av kvalitetsreforma og som leiar av universitetets utdanningsutval og Læringsmiljøutvalet. Ei periode var ho studiedirektør ved Høgskolen i Bergen, før ho igjen vart tilsett som professor ved ISF i 2003. Rokne Hanestads forskingsinteresser omfatter sjukepleie som disiplin og profesjon, og måling av livskvalitet ved kronisk sykdom. Ho er ein aktiv føredragshaldar og har ei rikhaldig publisering av bøker og artiklar, og har lang undervisningserfaring. Hun har vore rettleiar for rundt 50 hovudfag og

mastergrads kandidatar og over 20 doktorgradskandidatar innan sjukepleievitskap, og er òg sentral vegleiar innan undersøkte periode (UiB si heimeside, 2011).

Omsorg kan ansjåast å ha større grad av rotfeste i eit fenomenologisk tenkesett ut frå aktuelle pensum som vert presentert. Subjektet som erfarande og opplevande og den levde kropp vert sett i fokus, som vi har omtalt tidlegare representert ved Råheim og Gjengedal som sentrale aktørar, som eit motstykke mot medisinen reduksjonisme og kropp/sjel dualisme. I pensum og som sentral førelesar og rettleiar, står Kari Martinsen i ei særstilling. Ho har magistergrad i filosofi samt er professor innan sjukepleievitskap ved UiB i aktuelle periode, samstundes som ho er tilsett ved Haraldsplass diakonale Høgskule og Høgskulen i Harstad. Martinsen kan ansjåast som ein viktig referanseperson i Noreg i høve å setje omsorg på agendaen i sjukepleiesamanheng. Ho retta kritikk mot ei sjukepleieforsking som var prega av positivistisk tankegong, etter medisinsk mønster, og stilte kritiske spørsmål ved om vitskapsgjering er sameint med sjukepleias grunnverdiar og omsorg? (Martinsen, 2003). Frå 2002 har ho ei sentral stode ved UiB. Men, Martinsens publikasjonar på slutten av 1970 talet vart ikkje godt mottekne. Dei vart betrakta som samfunnskritiske, og ho mottok kritikk frå NSF som oppfordra sine medlemmer om ikkje å lese hennes tekstar. Ho vart bedd om å trekkje attende sitt medlemskap. Fyrst i 1993 bad forbundet offisielt om orsaking (Martinsen, 2003).

Martinsen har skriva ei rekkje bøker og artiklar og hennar arbeid spenner vidt frå historisk framstilling av den diakonale sjukepleias framvekst i Noreg, omsorg i velferdsstaten diskusjonar kring sjukepleia som fag og som praksis, frå metafysiske refleksjonar til fenomenologiske skildringar av sjukepleias vesen og praksis. Ho er mellom anna inspirert av filosofane Husserl, Kirkegaard, Foucault og den danske filosofen og teologen Knud Ejlert Løgstrup (1905-1981). Løgstrup vedkjenner seg eit metafysisk forfatterskap, og funderer sine sentrale omgrep i nærleiksetikk. Hans tenking har rot i den jødisk-kristne skapingsforteljing. (Martinsen, 2003). Martinsens omsorgstenking er altså forankra i filosofi, metafysikk og jødisk-kristen skapingshistorie. Ho har vore opptatt av forholdet mellom filosofi (metafysikk) og vitskap til den praktiske sjukepleia, noko som kjem til uttrykk gjennom hennar dialogar med sjukepleieforskaren Eriksson (Martinsen, 1996).

Martinsen held fram den uartikulerte kunnskap som viktig kunnskap, noko som ikkje kjem fram gjennom fakta og reglar. Dette er inkorporert, taus kunnskap forbunde med intuisjon vedrørande kva den andre verkeleg treng. Martinsen uttrykker skepsis til vitskapleggjing

innan sjukepleie, og meiner at den tause kunnskap berre delvis kan fangast inn og setjast ord på (Martinsen, 2003).

Modulen *Sjukepleie frå kall til vitenskap* gjev eit perspektiv den utviklinga som har skjedd innan sjukepleie. For studentar f.o.m. 2008, omhandla den fagspesifikke delen noko nytt, ved presentasjonen av Bourdieu, som kan omtalast å representere eit nytt paradigme. Det er likevel ikkje sannsynleg at dette nye perspektiv vil materialiserer seg innan studiar før etter 2010. Den tydelege representant for dette tenkingsgrunnlag er Petersen, dansk sjukepleiarforskar med mange års klinisk erfaring bak seg. Ho er professor innan pedagogikk og sjukepleievitenskap. Hennes vitenskaplege produksjon er omfattande, og forskingsområda har vore innan pedagogikk, sjukepleie og omsorgsforskning, der hun særleg har fokusert på studie av kunnskapsformer, kunnskapstradisjonar og vitenskapsteoretiske og sosiologiske diskusjonar av profesjonsutdanningar og deira yrkespraksisar. Petersen har særleg diskutert og kritisk analysert korleis omgrepa teori og praksis er nytta innan desse, hovudsakleg med utgangspunkt i tenkarar innan den franske epistemologiske tradisjonen, der ho særskilt har arbeidd med Pierre Bourdieus samla tekstkorpus. Ho ansjåast å vere ein av de fremste Bourdieu fortolkarar innan nordisk samfunns- og helsevitenskap. Petersen er leiar av forskingsgruppa Praxeologi, som i dag utgjer eit samlingspunkt for master og doktorgradsstudentar som utfører prosjekt med utgangspunkt i Bourdieu sitt tenkegrunnlag (UiB si heimeside, 2011).