

# Sykepleiere i alternativ behandling.

Hvorfor velger offentlig godkjente sykepleiere å  
tilby alternativ behandling?

Berit Johannessen

Avhandling til fremstilling for dr.art. graden, 2006

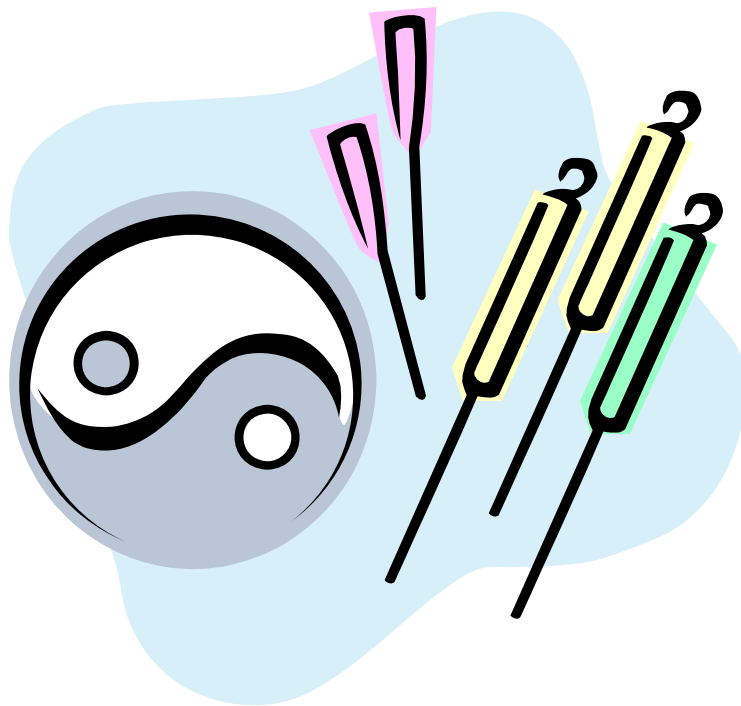


Universitetet i Bergen  
Bergen 2006



# Sykepleiere i alternativ behandling.

Hvorfor velger offentlig godkjente sykepleiere  
å tilby alternativ behandling?



**Berit Johannessen**

Avhandling til fremstilling for dr.art. graden, 2006  
Det historisk-filosofiske fakultet,  
Universitetet i Bergen i samarbeid med Høgskolen i Agder.



# Nurses in Complementary and Alternative Medicine

*Why do registered nurses choose to offer CAM and how can their choices be understood ?*

by

**Berit Johannessen**

Dissertation for the degree philosophiae doctor ( PhD)  
at the University of Bergen



**Time and place for public defence:**

The 14.oct. **Agder University/College in Kristiansand**

**Supervisor:**

Prof. Torunn Selberg  
IKK, University of Bergen

**Opponents:**

Opponent: Torunn Hamran. Phd  
University of Tromsø

Opponent: Prof. Lisbeth Mikaelsson  
University of Bergen

Committee member: Hans Jacob Ågotnes. Phd  
University of Bergen

**Chairperson: Gunnstein Akselberg**

dean  
Faculty of Arts

---

(Signature of candidate)

Kristiansand 13.09.06



## FORORD

Å skrive en avhandling er å dele noe av seg selv med andre. Innholdet er avhengig av hvem jeg er som person, og som forsker. I dette forordet vil jeg derfor kort beskrive sider ved min fortid som jeg mener har motivert meg til dette temaet og denne avhandlingen.

Jeg ble utdannet sykepleier i 1980, og interessen for omsorg hadde lenge vært en del av mitt liv. Noe av årsaken til det ligger kanskje i det at jeg som 6 åring var eldst av tre søsken da min mor døde og jeg måtte overta mye av husstell og pass av søsken fra jeg var 12 år. Videre har interessen for det religiøse vært til stede i mitt liv fra jeg som 15 åring ble aktiv i en kristen menighet innenfor Statskirken. Mens jeg var aktiv der, tok jeg min grunnutdanning i sykepleie. Dette var vanlig for jenter fra et kristent miljø på Sørlandet. Men da jeg som ferdigutdannet sykepleier i 1980 flyttet fra Kristiansand og ble del av andre sosiale miljø, tok jeg gradvis avstand fra min kristne tro.

I 1987 flyttet til Oslo for å studere til embetseksamen i sykepleievitenskap, samtidig arbeidet jeg på et sykehjem der det var ansatt mange innvandrere. De tenkte annerledes om sykdom, sykepleie og behandling, noe som pirret min nysgjerrighet så mye at det ble tema for min hovedoppgave: "Hvilken betydning har kulturbakgrunn for utøvelse av omsorg? - Feltarbeid blant asiatiske sykepleiere/pleiere på et norsk sykehjem" (Johannessen 1989). På denne tiden var min bror ansatt i Arbeiderbladet. Avisredaksjonen fikk tilsendt mange bøker fra forlag som håpet på anmeldelser. De bøkene som det ikke var noen interesse for å anmelde tok min bror med seg hjem, og gav flere av dem til meg. Det var bøker om Nær Døden Opplevelser, om kvantefysikk, parapsykologi, om placeboeffekten osv. En bok av Deepak Chopra, en amerikansk/indisk lege opplevde jeg som spesielt interessant fordi flere av informantene i mitt hovedfagsprosjekt nettopp var fra India. Denne boken (Bruk Sinnet mot Sykdom) satte ayurvedisk medisin (indisk) sammen med vestlig medisin og forklarte helbredelse ved hjelp av tankens kraft og kvantefysikk. Flere venninner brukte alternativ behandling for ulike plager, og jeg fikk selv hjelp for mine bihuleproblemer hos en fotsoneoterapeut. Dette var i 1990. På denne tiden arbeidet jeg som lærer ved sykepleierutdanningen i Kristiansand, og jeg var i den forbindelse på et lengre kurs i noe som ble kalt "Dynamisk Pedagogikk". Her traff jeg flere mennesker som var opptatt av alternative temaer. En av dem hadde med seg en bok som het "Kjærlighet, medisin og mirakler" (Siegel, 1989). Også denne boken viste til betydningen av tankens kraft i behandling av kreftpasienter. Dette var ikke kjente tema ved sykepleierutdanningen, men det fascinerte meg. I 1992 introduserte en av mine studenter meg

for "Alternativt Forum" som er en forening som arrangerer foredrag og diskusjoner omkring alternative temaer, ofte forbundet med helse. Hun som ledet dette forumet var healer, også dette en ukjent praksis for meg. Jeg oppdaget at flere sykepleiere var interessert i nettopp healing, og at det var flere sykepleiere med i denne foreningen. Det var også flere kollegaer ved sykepleierutdanningen som hadde erfaringer med alternative behandlingsformer som privatpersoner, men ingen hadde koblet det til sykepleiefaget. I 1997 søkte jeg om forskningstid for å studere "Pasientens selvhelbredende ressurser - betydning for sykepleieren". Informantene som tok kontakt for å bli intervjuet, arbeidet alle med alternative behandlingsformer. I internasjonale databaser så jeg at såkalte alternative temaer begynte å vinne innpass i både sykepleiefaglig og medisinsk forskning. Feltet var enormt, spesielt i USA og Australia. I denne startfasen hadde jeg kontakt med kollega Ida Hydle som er lege og sosialantropolog. Hun introduserte to av mine kolleger og meg for "Agora" - en tverrfaglig gruppe bestående av personer fra svært ulike fagmiljø hovedsakelig fra Universitetet i Bergen. I dette fagmiljøet var også etnolog Brit Berggreen, som fattet interesse for våre helsefaglige tema. Denne kontakten førte til at prosjektet mitt ble utvidet og vi søkte opptak på dr.art programmet. Mitt prosjekt hadde i utgangspunktet fokus på pasient -sykepleierrelasjon med fokus på metoder som styrket selvhelbredelse. Dette perspektivet ble utvidet og endret til et perspektiv hvor kultur og samfunn ble sentrale referanserammer. Dette gav meg mange utfordringer. Sykepleierens "mikrofokus" på pasient/sykepleierrelasjonen og deres tradisjon på å forske i eget felt ble problematisert, blikket skulle nå rettes utenfra og inn mot sykepleierne ved hjelp av kulturvitenskapelige briller. Men Agora ble oppløst (p.g.a. manglende finansiering) og det var ikke ressurser til å følge opp en student med helsefaglig bakgrunn (uten et eneste vekttall i kulturfag). Jeg tok kontakt med folklorist Torunn Selberg som hadde studert folkemedisin og "de kloke". Hun sa seg villig til å være min veileder, og det viste seg å bli et svært konstruktivt samarbeid for meg, spesielt da Brit Berggren gikk av med pensjon og mine to kolleger sluttet. Min daglige arbeidsplass var (og er) i det sykepleiefaglige miljøet ved Høgskolen i Agder. Jeg hadde derfor ingen kontakt med andre stipendiater utenom de obligatoriske samlingene. Ingen av mine sykepleiefaglige kolleger hadde gjennomført et dr. grads arbeid før. Sammen med to sykepleiere som også er sosiologer og en samfunnsengasjert psykolog dannet jeg en litteraturgruppe. I denne gruppen har vi studert og diskutert bøker av bl.a. Baumann, Bourdieu, Bouvoir, Foucault, Martinsen, Bateson Østerberg m.m. Tema har vært globalisering, feminisme, modernitet/postmodernitet, makt, ånd og natur m.m. Dette var inspirerende, nytt og til tider komplisert. Kultur og samfunnsvitenskapelige fag er såkalte "støttefag" til sykepleie. Det har vært en utfordring for



meg å gå inn i disse fagene, la meg inspirere og ”heve blikket”. Denne avhandlingen er et resultat av en lang prosess hvor sykepleie har vært det overordnede, men hvor inspirasjonen fra kultur og samfunnsfag på ulik måte har påvirket innhold og presentasjon.

Det er svært mange som må takkes i forbindelse med dette arbeidet. Det gjelder spesielt alle de sykepleiere som har tatt kontakt og vært villige til å dele sine tanker med meg. Jeg er blitt kjent med mange ulike ”alternative sykepleiere”, og jeg er blitt utfordret av mange nye og ukjente tanker og oppfatninger om ting jeg trodde jeg visste noe om. Mine fordommer har stadig blitt satt på prøve. Alle har vært positive og tålmodige og jeg har selv fått kjenne på kroppen noe av det de gir til sine pasienter, som for eksempel akupunktur, aromaterapi, healing, fotsone, bioresonans, auralisering m.m.

Videre vil jeg gjerne takke alle nære kolleger og ledere ved Høgskolen i Agder. Jeg har fått oppmuntring og støtte både faglig, menneskelig og økonomisk. Ingen har vært i tvil om hvilke temaer jeg har jobbet med, og jeg har fått mange anledninger til å legge frem deler av arbeidet for å få konstruktive tilbakemeldinger. Mange har sendt meg artikler de mente kunne være av interesse eller tipset meg om aktuelle konferanser osv. Spesiell takk til June Steen og Kari Grasås som begge har lest igjennom hele avhandlingen og gitt meg kritiske og konstruktive kommentarer. Sølvi Helseth som var min studievenninne på sykepleievitenskap tok sin dr.grad i sykepleie allerede i 1999, også hun har lest igjennom og gitt meg nyttige innspill. Tusen takk. Ved kulturfag i Bergen har Bente Alver, Tove Fjell og Nils Gilje lest kritisk igjennom tekstene mine og gitt meg avgjørende tilbakemeldinger. Takk til dere også. I slutfasen tok også kulturforsker Kristin M. Hjemdahl ved Agderforskning utfordringen og leste deler av manus, dette var oppmuntrende og konstruktivt i en slutfase hvor jeg nesten hadde mistet troen på at jeg noen gang skulle bli ferdig. Den største takken går allikevel til Torunn Selberg som har vært svært tålmodig og som har hjulpet meg i den vanskelige prosessen det har vært å ha en refleksiv distanse til arbeidet og til å heve det opp på det nivå som er nødvendig for et slikt arbeid. Tusen Takk. Til slutt vil jeg også takke min kjære venn Terje Dragseth som er forfatter og poet. Han lot seg engasjere i temaet og har kommet med mange konstruktive innspill på språk og formuleringer. Tusen takk.



## ABSTRACT

This thesis is about nurses who choose to offer CAM (Complementary and Alternative Medicine). The main questions to be answered is this : why do nurses choose to offer CAM and how can their choices be understood? The questions are of current interest because of the general increase of CAM, the large number of nurses who quit their jobs in the public health service and the widespread of New Age. Recent research shows that nurses have a positive attitude toward CAM. This is a thesis with both a nursing and a cultural science perspective. Field research was chosen as empirical method for collecting data, this included interviews, participant observations and text/document analysis. The informants were registered nurses who offered CAM.

Chapter three is a text analysis of actual hearings (from nurses, doctors and CAM organisations) on two important public documents: “NOU 1998: Alternative Medicine” and “Law on Alternative Treatment- 2003”. This analysis shows that the three groups make a point of different things. The doctors are occupied with the importance of scientific proof of effect, the registered nurses emphasize the need for cooperation and responsibility and the CAM practitioners feel oppressed. The concept of holism was considered a core concept, and chapter four is an analysis of this concept in view of nursing theory and New Age. Holism is further discussed in view of empirical data and shows how “alternative nurses” have an ecospiritual worldview. Chapter five shows how “alternative nurses” focus “to develop Self” as an important aspect of both illness and treatment. Chapter six discusses how alternative nurses’ choice to work with CAM affects their professional identity. Choosing CAM strengthen their identity as nurses because of its focus on holism and self healing. One of the reasons why “alternative nurses” choose to offer CAM is expressed by its possibility to work independent. This is discussed in chapter seven which focus on three main distinctions in the Norwegian health care service. These three distinctions are : care- cure, nurse- doctor and masculine-feminine. By choosing CAM as independent health workers the “alternative nurses” challenge these distinctions.

Chapter eight is concerned with this question: Are nurses who choose CAM contributing to a growing health market which encourage medicalisation ? The last chapter in the thesis is concerned with the consequences of the empirical findings and have several suggestions for further research, like for instance the blurred connections between nursing and CAM, nursing and religion and between care and cure.



## **Innhold**

### **KAPITTEL 1 ALTERNATIV BEHANDLING, SYKEPLEIE OG HELSETJENESTEN**

#### **I VÅR TID.**

<b>Innledning, bakgrunn og rammer for avhandlingen. ....</b>	<b>1</b>
1.1. Det alternative behandlingsområdet .....	3
1.2. Hva er alternativ behandling? .....	4
1.3. Aktuelle undersøkelser og tidligere forskning .....	7
1.4. Nyreligiøsitet og alternativ behandling - New Age.....	11
1.5. Sykepleie mellom det moderne og det postmoderne.....	16
1.6. Utviklingstrekk ved helsetjenesten.....	19
Sykepleiere slutter i yrket.....	23
1.7. Omsorg og vitenskap. Utviklingen i sykepleiefaget.....	27
1.8. Alternativ behandling og teori i sykepleie.....	32
1.9. Oppsummering og avslutning .....	37

### **KAPITTEL 2 METODE .....39**

#### **Feltarbeid som en runddans**

2.1. Innledning .....	39
2.2. Feltarbeide.....	40
Deltagende observasjon.....	41
Eksterne kilder og skriftlig materiale.....	43
Dokumentanalyse.....	44
Halvstrukturerte intervju.....	46
Informantene .....	47
2.3. Forskerrollen og relasjoner.....	50
2.4. Etske overveielser.....	50
Informantenes iver – et etisk dilemma?.....	51
2.5. Analyseprosessen og presentasjon av data- en ”runddans”.....	52
2.6. Avslutning.....	54

## **KAPITTEL 3 DOKUMENTANALYSE.....56**

### **En analyse av høringsuttalelser på NOU 1998:21 Alternativ Medisin og Lov om Alternativ Behandling av sykdom m.v. (2003).**

3.1. Innledning og problemstillinger.....	56
3.2. Analyse av høringer på NOU 1998;21 Alternativ Medisin.....	57
Dokumentert effekt.....	57
Ansvar og samarbeid.....	61
Opplevelse av makt og undertrykking.....	65
3.3. Analyse av høringer på Lov om Alternativ behandling av sykdom.....	68
Legens autoritet og biomedisinens hegemoni.....	70
Oppfatninger om sykdom.....	72
Pasientens beste og pasientens valgmuligheter. ....	73
Gruppenes forhold til hverandre.....	75
3.4. Oppsummering og avslutning.....	76

## **KAPITTEL 4 HOLISME.....78**

### **Holisme som sentralt begrep i sykepleie, alternativ behandling og New Age.**

4.1. Innledning .....	78
4.2. Holisme i sykepleie og helsearbeid .....	78
4.3. Holisme i New Age.....	84
4.4. En analyse av holisme med utgangspunkt i egne data.....	87
Holisme som det å vektlegge sammenhenger.....	88
Holisme som enhet mellom menneske og naturen/omgivelsene.....	91
Holisme som det å vektlegge åndelige aspekt ved helse og behandling.....	97
Holisme som en blanding av livssyn og helsearbeid.....	99
Holistiske behandlere i møte med kristne helsearbeidere.....	101
4.4. Oppsummering og avslutning.....	105

## **KAPITTEL 5 SELVET.....107**

### **Sykdom og behandling som utvikling av selvet.**

5.1. Innledning med presentasjon av data.....	107
5.2. Selvet skaper mening .....	110
5.3. Selvet, sjelen, det guddommelige og reinkarnasjon.....	114
5.4. Selvrealisering.....	118

5.5. Oppsummering og avslutning.....	119
--------------------------------------	-----

## **KAPITTEL 6 IDENTITET.....121**

### **Alternativ behandling påvirker profesjonell og personlig identitet.**

6.1. Innledning med presentasjon av data .....	121
6.2. Hva er sykepleie?.....	126
6.3. Profesjonell identitet i sykepleie.....	128
Sykepleie, identitet og modernitet.....	130
6.4. Å ta valg som føles rett.....	134
6.5. Oppsummering og avslutning.....	138

## **KAPITTEL 7 SELVSTENDIGHET .....141**

### **Pleiere blir behandlere. Betydningen av kjønn.**

7.1. Innledning med presentasjon av data.....	141
7.2. Pleie og/eller behandling.....	145
7.3. Forholdet mellom lege og sykepleier- inkl. et kjønnsperspektiv.....	148
7.4. Det mannlige og det kvinnelige - det maskuline og det feminine.....	157
7.5. Oppsummering og avslutning.....	161

## **KAPITTEL 8 MARKED OG MEDIKALISERING .....163**

### **Er sykepleiere som tilbyr alternativ behandling aktører på et marked som bidrar til medikalisering?**

8.1. Innledning med presentasjon av data.....	163
8.2. Behov, tilbud og forbruk i lys av markedstenkning.....	164
Markedsføring og forbruk.....	167
8.3. Syk eller frisk- hvem har behov for helsetjenester?.....	169
8.4. Alternative sykepleiere og medikalisering .....	174
8.5. Oppsummering og avslutning.....	178

## **Kapittel 9 KONKLUSJONER OG AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER.....180**

### **Sykepleiere velger alternativer - og hva så ?**

9.1. Innledning.....	180
9.2. Sykepleiernes personlige opplevelser og erfaringer.....	181
9.3. Utviklingstrekk ved helsetjenesten og sykepleiefaget.....	182

9.4. Nyreligiøse strømninger .....	184
9.5. Utviklingen i helsemarkedet og oppfatninger om kjønn.....	187
<b>LITTERATUR</b> .....	188
Vedlegg 1 Diverse kilder.....	204
Vedlegg 2 Informantene.....	209



## **Kapittel 1 Alternativ behandling, sykepleie og helsetjeneste i vår tid.**

### **-innledning, bakgrunn og perspektiv for avhandlingen.**

”Sykepleiere sier JA til alternativ behandling” stod det på forsiden av ”Tidsskriftet Sykepleien” nr. 17, 1998. Denne overskriften gjorde meg nysgjerrig. Hvorfor er sykepleiere så positive til alternativ behandling? Samtidig er det et faktum at svært mange sykepleiere slutter i yrket. I 1996 var det en arbeidsreserve på over 18000 offentlig godkjente sykepleiere i Norge (Tall fra Norsk Sykepleierforbund). Dette er et problem det ikke er noe entydig svar på, men denne avhandlingen kan kanskje gi et bidrag til å forstå hvorfor så mange forsvinner fra yrket. Noen av sykepleierne som har forlatt yrket har dannet en egen faggruppe for sykepleiere med interesse for alternativ behandling (sfa.no) og tilbyr pasientbehandling utenfor den offentlige helsetjenesten. Hvorfor? Dette spørsmålet ledet meg inn i arbeidet med denne avhandlingen, og jeg valgte en todelt problemstilling. **Hvorfor velger offentlig godkjente sykepleiere å tilby alternativ behandling og hvordan begrunner de dette valget?** Hensikten er å få innsikt i de begrunnelser de ”alternative sykepleierne” har for sine valg og gjennom analyser av disse bidra til økt forståelse for samspillet mellom ”alternative sykepleiere”, offentlig sykepleie (inklusive den offentlige helsetjenesten) og det alternative feltet. Det alternative feltet er i sterk utvikling og mange viktige begivenheter har funnet sted mens denne avhandlingen har blitt til. Avhandlingen ble påbegynt samme året som NOU 1998:21 ”Alternativ Medisin” kom ut og har blitt til på samme tid som forslagene i utredningen ble iverksatt. Videre er avhandlingen blitt til i et tverrfaglig fagmiljø, i et møte mellom sykepleiefag og kulturfag. Det betyr at studien har både sykepleiefaglige og kulturfaglige innspill og perspektiv. Ved å velge både sykepleiefaglig og kulturfaglig perspektiv fanges flere fasetter av fenomenet ”alternativ sykepleie”. Det sykepleiefaglige perspektivet er knyttet til utviklingen både i den internasjonale teoretiske sykepleien og til utviklingen av den praktiske sykepleien i den norske offentlige helsetjenesten. Det kulturfaglige perspektivet er hovedsakelig knyttet til diskusjonen om moderne alternativ religiøsitet ofte omtalt som New Age, men kjønnsperspektiv og betydningen av markedskrefter diskuteres også. Valg av perspektiv har vært en prosess som har blitt til i en ”runddans” mellom empiri og teori (se metodekapittel) og i møte med ulike fagmiljø.

Avhandlingen har 9 kapitler. Første kapittel er en innledning til og en bakgrunn for avhandlingen hvor avhandlingens ulike perspektiv også presenteres. I kapittelet beskrives det

alternative behandlingsområdet, etterfulgt av en drøfting av begrepet alternativ behandling og en presentasjon av aktuelle undersøkelser og tidligere forskning. Videre knyttes økningen i alternativ behandling til trekk ved det senmoderne samfunn og nyreligiøse strømninger. Det er min oppfatning at utviklingen innen helsetjenesten og sykepleien kan ha betydning for at sykepleiere velger alternativer, kapittel 1 skisserer sentrale trekk ved denne utviklingen. De fleste teorier i sykepleie har sine utspring i USA hvor forholdet mellom alternativ behandling og sykepleie er annerledes, dette berøres avslutningsvis.

I kapittel to beskrives metoden som ble brukt for å samle empirisk materiale. Jeg valgte feltarbeid i vid forstand fordi det gav de beste mulighetene for å finne svar på problemstillingen.

I kapittel tre får leseren et innblikk i aktuelle tema som aktører i feltet trekker frem som sentrale. Temaene er resultat av en analyse av høringsuttalelser fra sykepleiere, leger og alternative behandlere. Høringsuttalelsene gjelder NOU 1998: "Alternativ Medisin" og forslaget til "Lov om Alternativ behandling av sykdom" som kom i 2003. Analysen viser at aktørene vektlegger ulike tema som aktuelle i debatten om alternativbehandlingens plass i den norske helsetjenesten. Dette kapittelet fungerer hovedsakelig som bakgrunn for problemstillingen.

Kapittel fire er en analyse av holismebegrepet. Holisme oppfattes som et kjernebegrep. Både i teori om sykepleie, i teori om New Age og i egen empiri brukes dette begrepet for å beskrive og karakterisere en virkelighetsforståelse. Kapittelet avsluttes med en analyse av informantenes fremstillinger av holismebegrepet

Kapitlene fem, seks og syv er rettet mot informantenes varierte begrunnelser for å velge alternativer. Analysene i disse kapitlene preges av to ulike perspektiv som går over i hverandre. Det ene perspektivet inkluderer ideer og verdier som for eksempel holisme, selvutvikling og kjønn, og det andre perspektivet er knyttet til aspekt ved helsetjenesten og yrkesprofesjonen som for eksempel yrkesidentitet, ansvarsområder og kjønnsroller.

I kapittel åtte rettes et kritisk blikk på informantene som aktører i et stadig voksende helsemarked, og informantenes tilbud drøftes i lys av medikaliseringsteorier. I det siste kapittelet samles trådene og det pekes på utfordringer for videre forskning.

### **1.1. Det alternative behandlingsområdet.**

Den økende interessen for alternativ behandling er nært knyttet til en generell interesse for alternativ filosofi, økologi, selvutvikling og nyreligiøsitet som viser seg på ulike måter i vårt samfunn. Bokklubben Energica hadde pr. 2001 ca.45000 medlemmer. I1992 startet utgivelsen av tidsskriftet Alternativt Nettverk, som pr. 2003 hadde et opplag på ca.16000. Over hele landet finnes det alternative forum hvor det lyttes, diskuteres og praktiseres, og der gis en mengde kurstilbud ([www.alternativnettverk.no](http://www.alternativnettverk.no), [www.ildsjelen.no](http://www.ildsjelen.no) ). Hvert år arrangeres alternativmesser i store byer, noen av disse har enorm tilstrømning (alternativmessen i Oslo 2004 hadde 400 foredrag/minikurs og 250 utstillere over 3 dager). I november 2002 så en ny livssynsorganisasjon dagens lys, den heter Holistisk forbund ([www.holisme.no](http://www.holisme.no) ).

I løpet av de siste ti årene har det vært en enorm utvikling innen det alternative behandlingsområdet. Enkelte undersøkelser viser at hver 3. nordmann har brukt alternativ behandling og at blant kreftpasienter bruker hver 2. nordmann alternativ behandling (Risberg 1997,2003, NOU 1998:21, [www.nafkam.no](http://www.nafkam.no)). Offentlig godkjente og autoriserte sykepleiere med utdanning og erfaring knyttet til det offentlige helsevesen velger i økende grad å tilby slik behandling ([www.sfa.no](http://www.sfa.no)). Pr. 1998 var det ca. 5-6000 alternative behandlere i Norge (Poleszynski 2001) og det er anslått at norske alternative utøvere i 1995 hadde 2-2,5 millioner pasientkontakter (Borchgrevink 1997). Dette tallet er økende (NOU 1998:21). Rundt 1500 av de alternative behandlerne er autorisert helsepersonell, de fleste av dem sykepleiere. Samtidig synes sykepleiere å være hyppigere brukere av alternativ behandling enn det en finner blant befolkningen for øvrig ([www.stortinget.no/inno/200203-098-001.html](http://www.stortinget.no/inno/200203-098-001.html), Tidsskriftet Sykepleien nr. 1, 2006).

I april 1997 ble det oppnevnt et offentlig utvalg for å utrede alternativ medisin i Norge (Årbakke utvalget) og i desember 1998 leverte utvalget sin innstilling: NOU 1998: 21. ”Alternativ Medisin”. Denne utredningen bidro til en offentlig debatt om temaet og mange av tiltakene som ble foreslått i denne er nå gjennomført, for eksempel:

\*Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) ble opprettet ved universitetet i Tromsø i 2000.

\* Lov om Alternativ Medisin (Ot.prp.nr 27, 2002-2003, Lov nr. 64 av 23.juni 2003) ble vedtatt i 2003.

- \* SABORG (Sammenslutning av alternative behandlerorganisasjoner). Består av 16 utøverorganisasjoner og skal fokusere på organisasjonsutvikling, standardisering, forskning, utdanning og faglig utvikling i samarbeid med helsemyndighetene (opprettet 03.11.2003).
- \* Helsedepartementet opprettet nasjonal informasjonsbank knyttet til NAFKAM 01.01 2005.
- \* Det ble levert en utredning om offentlig utdanning innen akupunktur og homøopati i november 2004.
- \* Et utvalg har vurdert autorisasjon for osteopater, naprapater og manuelle terapeuter (februar 2005).
- \* Det er utarbeidet et undervisningsopplegg om alternativ behandling som skal presenteres i de offentlig godkjente helsefagutdanningene og et undervisningsopplegg om skolemedisin som skal presenteres i de alternative utdanningene ([www.uit.no/nafkam/nytt/2495](http://www.uit.no/nafkam/nytt/2495)).
- \* Mange forskningsprosjekt er igangsatt ved NAFKAM ([www.nafkam.no](http://www.nafkam.no))

Norges Forskningsråd har hvert år siden 1993 bevilget midler til et eget program for forskning på Alternativ Medisin. Også den norske kreftforening støtter i økende grad prosjekter med fokus på alternative behandlingsformer (Faglig Forum for Kreftomsorg nr. 2/2001). En stiftelse som kaller seg Holistisk Medisin er opprettet, og sykepleiere med interesse for alternativ behandling opprettet i 1997 en egen faggruppe (Sykepleiere For Alternativ Medisin, SFA). Også i fagtidsskriftet Sykepleien synliggjøres utbredelsen av alternative behandlingsformer ved en økende reklame for alternative utdanninger samt presentasjoner og debatter om temaet. I Tidsskrift for Den Norske Lægeforening er alternativ behandling i økende grad tema i forskningsartikler og debatter. ([www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)). (Pr. høst 2004 var det 14 artikler med ordene ”alternativ medisin” i tittelen).

## **1.2 Hva er alternativ behandling?**

Det er ikke uten videre klart at alle forstår det samme med begrepet: ”alternativ behandling”. Hva er det alternativt i forhold til? Behandlingsformene betegnes som alternative i de land hvor den biomedisinske modell er grunnlaget for skolemedisinen og dermed dominerende i det offentlige helsevesen. Videre er det slik at det som var alternativt i går kanskje ikke er alternativt i dag. For eksempel ble kiropraktikk lenge oppfattet som en alternativ terapiform, men i dag er denne behandlingsformen akseptert som en del av det offentlige helsevesen. Akupunktur ligger nå i grenseland. I programnotat om forskning i alternativ medisin fra Norges Forskningsråd (1993) brukes begrepet etablert og ikke-etablert medisin. Hva som er etablert/ikke etablert vil variere over tid og være ulik fra kultur til kultur. For eksempel er

naprapater etablert og autorisert i Sverige, mens de (i 2004) klassifiseres som alternative behandlere i Norge.

Begrepet alternativ behandler har gradvis erstattet begrep som kvakksalvere, illegale eller ikke - autoriserte behandlere. Dette kan sees på som et uttrykk for at alternative behandlere har fått en høyere status i samfunnet. Alver og Selbergs (1992) studier av den norske folkemedisinen peker på noe av den samme utviklingen. Den gamle viten og de gamle folkemedisinske ferdigheter overlever i en eller annen forstand, og blir i dag sett på med nye øyne. De er også mer synlige i det offentlige rom. Det er ikke noe klart skille mellom folkemedisin og alternativ medisin, men alternativbehandlerne av i dag har oftest formell utdanning i motsetning til folkelige behandlere som i større grad har medfødte evner eller har gått ”i skole” hos en mester, som f.eks sjamanene. Folkelige behandlere er i større grad naturbegavelser, har fått sine kunnskaper gjennom slektstradisjon, har gått i lære hos anerkjent utøver eller blitt utpekt av slike (Alver og Selberg 1992).

Tilhengere bruker gjerne begrepet alternativ medisin, mens skeptikere vil bruke alternativ behandling. Legeforeningen besluttet på sitt landsstyremøte i 1995 å benytte følgende terminologi:

Alternativ behandling brukes for det som ikke er inkludert i vanlig medisinsk virksomhet med basis i den faglige bakgrunn som de medisinske fakultet representerer [...]For at en behandling skal få betegnelsen medisinsk, må en forvente at det foreligger vitenskapskapelig dokumentasjon for virkningen.( Innstilling fra Alternativmedisin utvalget 1997:6)

I England har skolemedisinere lang tradisjon i samarbeid med alternative behandlere. De anvender hovedsakelig begrepene ”supplerende medisin”, ”komplementær medisin” eller ”ikke-konvensjonelle behandlingsmetoder”. Begrepet supplerende behandlingsformer brukes av fagpolitiske grunner. For å kunne legitimeres av helsemyndighetene må det defineres som et supplement til den etablerte behandling. I Danmark er begrepet alternativ behandling/behandler blitt brukt om de behandlinger som det ikke blir gitt offentlig økonomisk tilskudd til og som utføres av behandlere som ikke har offentlig autorisasjon. Behandlinger blir imidlertid også gitt av autoriserte behandlere (Launsø 1995). Ernæringsfysiologen og økonomen Dag Viljen Poleszynski (2001) tok sin dr. grad på fremveksten av medisinske alternativer. I avhandlingen diskuterer han forholdet mellom skolemedisin og alternativ medisin og viser hvordan det er flytende overganger mellom dem.

Det som ligger mellom kaller han gråsoner eller grensemedisin, og der plasserer han for eksempel terapier og metoder som enten kan forklares naturvitenskapelig eller som brukes i det offentlige.

KAM, står for Komplementær og Alternativ Medisin, og er i dag (2005) det begrepet som blir mer og mer brukt ([www.nafkam.no](http://www.nafkam.no)). Begrepene naturmedisin, holistisk medisin, holistisk behandling og integrativ medisin brukes også. Ordet terapi brukes også om ulike alternative behandlingsformer, spesielt de behandlingsformene som har et psykologisk preg. Terapeut er ingen beskyttet tittel. I følge Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon kommer ordet terapi av det greske ordet *therapeia* som betyr behandling av sykdom.

I denne avhandlingen brukes ulike terminologiske begreper. Grunnen til det er at jeg opplever at det er en klar samforståelse i feltet for hva som menes selv om man bruker ulike ord. Det vanligste begrepet som blir brukt er ”alternativ behandling”.

#### Alternativ behandling i den norske offentlige helsetjenesten.

Flere av de såkalte alternative metodene for behandling og pleie ville kunne inkluderes i sykepleie. Allerede i 1990 ble en sykepleier med akupunkturutdanning, ansatt på smerteklinikkken ved Aker Sykehus presentert som ”alternativ sykepleier” i fagtidsskriftet Sykepleien. Også noen former for terapeutisk berøring aksepteres i økende grad som metode i sykepleie og er nå meritterende i godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie. Det gis også tilbud om bruk av musikk, visualisering, massasje og aromaterapi på Hospice Louisenberg og på Radiumhospitalet. Kunst og uttrykksterapi anvendes i noen grad i psykiatrien og det foregår integreringsprosjekter på Universitetssykehuset i Tromsø og på Hålogaland sykehus ([www.stortinget.no/inno/200203-098-001.html](http://www.stortinget.no/inno/200203-098-001.html)). Videre er det flere fødeavdelinger som tilbyr akupunktur som smertelindring. Dette viser altså en åpning for alternative tilnærminger også innen det offentlige helsevesen. Videre er det slik at pasienter som ønsker en alternativ behandler inn til seg mens de er innlagt på et offentlig sykehus, etter loven om pasientrettigheter har krav på å få dette ønsket oppfylt. Så vidt jeg vet er ikke alternative behandlere ansatt på norske sykehus. Dag Viljen Polezynski (2001) beskriver noen fremtidsvisjoner for det norske helsevesen hvor utgangspunktet er et inkluderende helseparadigme med et mangfold av behandlingstilbud. For å få dette til, mener han at det er nødvendig å føre kontinuerlige dialoger mellom skolemedisinere, alternativ terapeuter og folk flest. Slik dialog inviterte Norsk Sykehus og helsetjenesteforskning til gjennom konferansene:

”Alternativ behandling og skolemedisin i samhandling” (desember 2004 og september 2005). Det finnes også et økende antall helsesenter (for eksempel Balderklinikken og Lierskogen helsesenter) hvor leger med eller uten tilleggstudanning i alternative behandlingsformer arbeider i tverrfaglige fellesskap med ulike alternative behandlere.

### **1.3. Aktuelle undersøkelser og tidligere forskning.**

I dette avsnittet vil jeg presentere noen aktuelle undersøkelser om holdninger til alternativ behandling.

#### Sykepleiere og legers holdninger til alternativ behandling.

Det er foretatt få undersøkelser om sykepleieres holdninger til alternativ behandling, men i 1998 ble det foretatt en spørreundersøkelse på initiativ fra Tidsskriftet Sykepleien. Resultatet førte til denne forsidesittelen: ”*Sykepleiere sier JA til alternativ behandling*” (Tidsskriftet Sykepleien nr.17/98). Denne undersøkelsen avdekker at 80 % av sykepleierne ønsker akupunktur, og at 50 % ønsker homøopati og soneterapi som tilbud i den offentlige helsetjenesten. Når det gjelder healing, ønsker 5-10 % av sykepleierne (30 % for terapeutisk berøring) at dette kan være et tilbud. 40 % av sykepleierne har selv benyttet alternativ behandling. En undersøkelse i 2005 blant homøopater viste at sykepleierne er de helsearbeiderne som oftest blir homøopater (Fonn 2005).

En stor kvantitativ undersøkelse blant leger (Aasland, Borchgrevink og Fugelli, 1997) målte norske legers kunnskaper, holdninger og erfaringer til alternativ medisin.

Når det gjelder akupunktur er 28 % av legene for at det inkluderes som tilbud i den offentlige helsetjenesten, 2,4 % var positive til homøopati, 1,6 % var positive til soneterapi og 1,3 % til healing. 5-10 % av legene hadde selv benyttet seg av alternativ behandling (da fortrinnsvis akupunktur). En av konklusjonene var:

Ufullstendig kunnskap og begrenset erfaring gir norske leger et dårlig utgangspunkt for kritiske og reflekterte standpunkter i spørsmål omkring alternative behandlingsformer” (1997:2464)

Undersøkelsen avdekket også at 24 % av legene fraråder pasientene å oppsøke alternativ medisin, og at 6 % ikke godtar at de gjør det (s.2467).

I diskusjonen av resultatene ble bl.a disse spørsmålene stilt:

Blir kunnskapstilegnelse om alternativ medisin sett på som sløsing av tid?  
Er diskrepansen mellom kunnskapsnivå og villighet til å bygge opp kunnskap om alternativ medisin uttrykk for fordomsfulle grunnholdninger i legestanden?  
(1997:2468)

Legene innrømmer i undersøkelser at de ikke har kunnskaper om alternativ behandling, men de har allikevel meninger om effekten av slik behandling. Poleszynski (2001) refererer i sin avhandling til flere undersøkelser om skandinaviske legers holdninger. Også disse viser at legene har stor grad av skepsis og et klart krav om vitenskapelig dokumentasjon. Dette er også i tråd med den holdning ”Komiteen av europeiske leger” la for dagen i en rapport om komplementær medisin:

I en tid da den medisinske profesjon etterlever en prosess av kvalitetskontroll synes det utenkelig å fremme behandlingsmetoder som ikke er vitenskapelig underbygd og som ikke lar seg evaluere (Poleszynski 2001: 299).

Men Poleszynski refererer også til en undersøkelse som viser at legene har en åpen holdning til å få vite mer. I en av dem oppgir 44 % av legene at emner innen alternativ medisin burde få plass i medisinstudiet. Han konkluderer derfor slik:

Hvis så mange som 5000 leger ønsker å lære mer om alternativ medisin, vil den norske legestanden om noen år komme til å være mer positivt innstilt til slik praksis (2001: 300).

At medisinstudiet påvirker legestudentenes holdninger er undersøkt av flere (Norheim 1996, Anfelt 1999). Legen Arne J. Norheims undersøkelser fra 1996 viste bl.a. at studentene tilegnet seg en gradvis mer negativ innstilling til alternative metoder i løpet av studietiden (her fra Poleszynski 2001: 299). I sin dr. grads avhandling om holdninger til akupunktur viser Nordheim (2005) at norske legers holdninger er i endring.

Tross skepsis i deler av legestanden har majoriteten av norske leger enten forsøkt akupunktur eller vil vurdere å forsøke akupunktur for egen sykdom. Medisinske studenter synes å anta de samme holdninger til akupunktur som preger de professorer som er deres rollemodeller( <http://uit.no/nafkam/1311/2054> ).

En ny undersøkelse om holdninger til akupunktur hos medisinerstudenter, leger og pasienter ble fullført i 2005.([http://uit/nafkam/1522/.](http://uit/nafkam/1522/)) Formålet var å undersøke eventuelle holdningsendringer fra 1996 til 2000. Resultatene viste at det ikke er noen forskjell i andelen medisinstudenter som har prøvd akupunktur, kvinner rapporterer mer bruk enn menn. Færre



studenter vil anbefale akupunktur til sine migrenepasienter. Mannlige studenter vil i større grad fraråde sine kreftpasienter å prøve akupunktur (11 % i 2000 mot 3 % i 1996). Flere menn er negative til integrering av akupunktur i 2000 enn de var i 1996. Studentene er noe mer interessert i å lære akupunktur, kvinner mer enn menn. Når det gjelder synet på placebo er det ingen endringer fra 1996. Undersøkelsen viser altså at medisinstudentene i Tromsø er generelt positive til akupunktur, men studentene i 2000 er mindre positive enn studentene var i 1996. Hva som kunne være begrunnelsen for dette kom ikke klart frem.

Launsø (1995, 2001) har studert det alternative behandlingsområdet i Danmark. Studien fra 2001 omhandler leger og farmasøyters erfaringer med å bruke alternativ behandling i Danmark. Denne studien viser at leger og farmasøyter i stigende grad utdanner seg i ukonvensjonelle behandlinger. Deres begrunnelser for å supplere med alternativer er mange. Mange var kritiske til kjemiske legemidler, og mange ønsket å møte pasientene på en måte hvor livshistorien til den enkelte får mer plass. Flere av personene i denne undersøkelsen valgte å praktisere utenfor det offentlige helsevesen fordi det har vært for vanskelig å bygge bro mellom det alternative og det etablerte. *"Det ukonventionelle arbeide er helt klart tabuert og noget er decidert "forbudt"*, sier Launsø (2001: 90) Men på tross av at det fremdeles er negative holdninger til og manglende kunnskap om alternativ behandling i det danske helsevesen, så konkluderer Launsø med at dørene er i ferd med å åpnes mot alternativene, og hun viser hvordan fremtidens helsevesen kan tjene på økt grad av samarbeid.

Kreftsykepleiere i Danmark ble i en undersøkelse spurt om sine holdninger til bruk av alternativ behandling (Damkier 1998). I denne undersøkelsen ble alternativ behandling beskrevet ved hjelp av 17 ulike behandlingsmetoder. Resultatene fra studien viser at sykepleierne har en positiv holdning til alternativer, og at denne holdningen av og til fører til problemer i samarbeid med legene. Studien avdekket at sykepleiere står i en uklar og kompleks situasjon ved at de samtidig er legens assistenter, omsorgsgivere med pasienten i sentrum og individer som selv bruker alternativ behandling (53 % av dem hadde selv brukt alternativ behandling). Noen av dem (20 %) brukte av og til alternative behandlingsformer i sin arbeidssituasjon (fortrinnsvis visualisering og ulike avslapningsteknikker). Studien avdekket også en klar tendens hos sykepleierne til å stille seg bak pasientens ønsker og de begrunnet sin åpne holdning i hva de mener er pasientens beste. 50 % av dem mente at legene generelt burde anvende mer alternativ behandling og ha et mer holistisk syn på sykdom og behandling.

I 2003 ble holdninger og bruk blant sykehusansatte leger, sykepleiere og kontorpersonell i Nord Norge undersøkt (Risberg og Kolstad). Undersøkelsen viste at sykepleiere og kontorpersonell uttrykte en langt mer positiv holdning til alternativ medisin (ca.70 %) enn legene (16 %) og at de var hyppigere brukere (32 og 44 %) enn legene (2 %). Leger og sykepleiere uttrykker forskjellig tro på hvilke metoder som er nyttige og hvilke sykdommer de kan brukes mot. Kvinner i alle yrkesgrupper, yngre personell og sykepleiere var i størst grad interessert i informasjon og økt kunnskap om alternativ behandling. Kjønnforskjellen var tydeligere enn det tidligere undersøkelser har vist. Risberg og Kolstad gjør denne fortolkningen:

Alternativ medisin vil sannsynligvis styrke sin stilling i et fremtidig helsevesen med flere kvinnelige leger og med flere sykepleiere i ledende stillinger (2003:604).

Undersøkelsene viser at det er store forskjeller mellom legers og sykepleieres holdninger til alternativ behandling og at dette i noen grad er knyttet til kjønn. (Sykepleiere og legers holdninger til alternativ behandling analyseres mer utfyllende i kapittel 3).

#### Bruk av alternativmedisinsk behandling ved norske sykehus.

Nasjonalt Forskningscenter for Komplementær og Alternativ Medisin (NAFKAM) utførte i 2001 en undersøkelse for å avdekke bruk av alternativmedisinsk behandling ved norske sykehus. Sjefslegene ved 105 av landets 112 sykehus svarte. Alternativ behandling i en eller annen form ble rapportert fra 28 sykehus (27 %), 19 av disse tilbød akupunktur. De resterende behandlingsformene var steriltvannsinjeksjon, oljemassasje, transkutan nervestimulering, alternativt kosthold, vitaminer, Nitter kur, musikkterapi og kunst og uttrykksterapi. Den vanligste begrunnelsen var personlig interesse hos en av de ansatte. Undersøkelsen viste at hvert fjerde sykehus tilbyr alternativ behandling og at utbredelsen har økt merkbart i 1990-årene. Hvis akupunktur utelates, ville anslaget over antall sykehus som bruker alternativer gått ned fra ett av fire til ett av ti. Akupunktur blir i mindre grad oppfattet som alternativt, det ligger i en gråsoner. Alternativmedisinske terapiformer og terapeuter har ikke noen formell plass i helsevesenet. Det ser allikevel ut til at sykehus introduserer eller stilltiende aksepterer noen former for alternativ behandling. Forskerne reflekterer over dette og sier:

Hva dette kan skyldes, er det vanskelig å si, men egenbruken av slik behandling blant medisinske personell kan være en viktig faktor. Det oppgitte motiv i denne

undersøkelsen for oppstart av alternativmedisinsk behandling var nesten utelukkende den sykehusansattes sterke tro på metodens supplerende effekt (Salomonsen, Grimsgaard og Fønnebø, 2003:631).

Det er hovedsakelig offentlig godkjent helsepersonell som yter disse tjenestene, men det stilles spørsmål om det nødvendigvis er skolemedisinere med tilleggsutdanning i alternativ medisin som er de beste utøverne. Forskerne reflekterer over dette og sier:

Dersom det blir en egen autorisasjon for nye grupper alternativmedisinere, vil utfordringen for norske sykehuseiere bli akutt (2003:632).

Mens det på den ene siden later til at det skarpe skillet mellom skolemedisin og alternativmedisin i noen grad svekkes, er det på den andre siden fremdeles ingen alternative behandlere som er ansatt ved norske sykehus. Det er fortrinnsvis akupunktur som tilbys som alternativ behandling.

Det pågår (pr.2004) integreringsprosjekter (healing og soneterapi) på Universitetssykehuset i Tromsø og på Hålogaland sykehus (([www.stortinget.no/inno/200203-098-001.html](http://www.stortinget.no/inno/200203-098-001.html))). Det er ikke foretatt lignende undersøkelser i kommunehelsetjenesten.

#### **1.4. Nyreligiøsitet/New Age og alternativ behandling.**

Det er berøringspunkter mellom alternative behandlingsformer og nyreligiøsitet. Den svenske religionshistorikeren Olav Hammer (1997) beskriver i sin bok om New Age, flere alternative behandlingsmetoder og terapier, og han viser hvordan det er en sammenheng mellom nyreligiøsitet og behandling av sykdom. Sammenhengen er knyttet til forståelser av virkeligheten og hvordan kroppen fungerer. Han sier bl.a.:

Det finns mängder av olika behandlingar, många av dem med kopplingar till New Age- föreställningar om hur kosmos och kroppen fungerar...(1997:168).

Religionshistorikerne Ingvild Gilhus og Lisbeth Mikaelsson (1998) viser også hvordan ulike former for terapi er et av særtrekkene ved New Age. De bruker betegnelsen ”alternative og nyreligiøse terapier” og nevner terapier som aromaterapi, homøopati, soneterapi, regresjonsterapi, helhetsmassasje, Reiki-massasje, yoga, Osho kroppsterapi, Tai Chi, astrologi, healing, chakra-balansering, tyding av aurabilder, tarrot, klassisk akupunktur. De sier:

Flere av disse terapiene har røtter i østlig kultur, andre tilhører vestlig tradisjon. Med et litt løst begrep kan man karakterisere deres overordnede mål med termen ”healing”. Slike terapier dreier seg om å helbrede personen, gjøre vedkommende ”hel”. I denne prosessen spiller det fysiske og det åndelige sammen, og sykdom tilskrives en ubalanse i personen som helhet (1998:178).

Terapeutene kan for eksempel ved ulike teknikker åpne blokkeringer i kroppens energiflyt, (chakraterapi etter indisk tradisjon, eller akupunktur, tai chi eller qi gong etter kinesisk tradisjon), eller føre en tilbake til tidligere liv der årsakene til nåtidens problemer kan ligge (regresjonsterapi).

Nyreligiøsitet beskrevet som New Age, kan oppfattes som en bevegelse eller strømning. Med sine løse rammer, sine individuelle valg av trosforestillinger og sin syntese av strømninger som løftes ut av ulike kulturer er New Age typisk for vår tid. De nyreligiøse strømningene fremstår da ikke som et paradoks i et moderne samfunn, men heller tvert imot som en ytring av det moderne, sier Hammer (1997) og kaller New Age både et kulturfenomen, et samfunnsfenomen, en samfunnsform og en samfunnsutopi, og han beskriver og begrunner fenomenet som en religion. I følge Gilhus og Mikaelsson (1998) er det ingen konsensus blant forskere om en enkelt definisjon av begrepet religion. Vanlig er det imidlertid at en definisjon inkluderer tro på guder eller overnaturlige vesener som det mest karakteristiske trekk ved religion. Inspirert av religionsforskeren Armin Geertz definerer Gilhus og Mikaelson religion på denne måten:

Religion er et kulturelt system og en sosial mekanisme (eller institusjon), som styrer og fremmer idealfortolkningen av tilværelsen og idealpraksis ved henvisning til én eller flere transempiriske makter (1998: 18).

Det som er spesifikt religiøst introduseres ved henvisningen til transempiriske makter, samtidig poengteres religion som kulturell fortolkningsramme og som en sosial mekanisme. I de tradisjoner hvor guder eller andre overnaturlige vesener er mindre betydningsfulle (buddismen, deler av nyreligiøsiteten), kan mennesket selv være religionens ytterste referansepunkt og fungere som transempirisk makt. (Gilhus og Mikaelsson, 1998). Blant religionshistorikere er det enighet om at ”nyreligiøsitet”, ”nye religiøse bevegelser” og ”nye religioner” på mange måter er lite heldige som samlebetegnelser, spesielt fordi ordet ”ny” er uklart. Men foreløpig har man ikke funnet bedre begreper. Nyreligiøsitet omfatter religiøse

nydannelser som har oppstått i løpet av de siste to hundre årene, og det er en global vestlig bevegelse. Gilhus og Mikaelsson (1998) mener at det er nyttig å skjelne mellom tre organisatoriske nivå av nyreligiøsitet, nemlig ”nye religioner”, ”New Age” og ”uorganisert religiøsitet” (1998:11). Med nye religioner menes organiserte religionssamfunn som man kan være medlem av, for eksempel Scientologikirken. New Age er en samlebetegnelse for en type nyreligiøsitet preget av interessefellesskap av nettverkskarakter, uten ledelse av sentral organisasjon (se under), mens uorganisert nyreligiøsitet er en mer diffus form for religion som ikke er begrenset til spesifikke grupper eller nettverk. Det er mer tale om religiøse forestillinger som dukker opp i ulike sammenhenger, som for eksempel i musikk, filmer, tegneserier, helsekost osv. Her finnes aspekter ved kristendom, New Age og folkelige religiøse forestillinger side om side. Overgangen mellom de ulike nivå er flytende. Forandringene i det religiøse bildet er av slikt omfang og en slik art at det gir mening å snakke om nyreligiøsitet som et integrert aspekt ved vestlig kultur. ”Nyreligiøsiteten er et synlig tegn på at et betydelig kulturskifte er i ferd med å skje” sier Gilhus og Mikaelsson (1998:13). De fremhever at nyreligiøsitetens former er integrert i kulturen og ikke en egen sektor på siden, og at mange lar den få innpass i deler av livet selv om få lar nyreligiøsiteten helt styre sine liv. For noen er alternativ behandling og filosofi blitt et yrke, mens for andre er det en privat interesse de dyrker i fritiden, mange er medlemmer av bokklubber, foreninger, osv. Enda flere leser tidsskrift, søker på internett, ser på TV osv. Gilhus og Mikaelsson sier:

Mediene bidrar sterkt til at religion i dag er del av et marked. Her skjer både en trivialisering av religion og en refortrylling av verden. Mediene er med på å ”religionifisere” den sekulære kulturen (1998:15).

Videre hevder de at fremveksten av nye religiøse bevegelser har konfrontert religionsforskere med en modernistisk forutsetning som har preget vitenskapen til nå, nemlig troen på at religionene ville dø ut etter hvert som opplysning og vitenskap fikk sterkere fotfeste i samfunnet. Religionssosiologen Max Weber mente at verden ville bli stadig mer ”avfortryllet” i takt med at flere områder i samfunnet ble underlagt rasjonelle tenkemåter. Sekulariseringen ble sett på som en uavvendelig side ved moderniseringsprosessen. Også troen på at naturvitenskapen ville løse problemene knyttet til sykdom og behandling, var del av denne oppfatningen. Men selv om religionen på mange måter har mistet innflytelse i den offentlige samfunnsmessige sfære, så er religiøse aspekt på ulik måte knyttet til menneskenes daglige liv, til behandling av sykdom, helsefremming og selvutvikling. Det alternative behandlingsområdet imøtekommer både religiøse behov og behov knyttet til helse.

Den hollandske religionshistorikeren Woulter Hanegraaff skrev i 1996 et stort verk om New Age religion og vestlig kultur med undertittelen: "Esotericism in the Mirror of Secular Thought". Han fremhever verdsettingen av vitenskap som et kjennetegn på New Age. Han sier: "One of the notable characteristics of New Age thinking is its high regard for modern science" (1996:62). I det han beskriver som: "New Age Science" viser han linjene fra New Age til tysk naturfilosofi og beskriver økologi, kvantefysikk og transpersonlig psykolog som de vanligste vitenskapelige teoriene som knyttes til New Age. Videre poengterer Hanegraaff (1996) New Age som kulturkritikk, kritikk både av religion og av vestlig kultur og vitenskap. Kritikken har utgangspunkt i at både religion og vitenskap er preget av dualisme og reduksjonisme. Han sier at man innen New Age har tro på at skillet mellom vitenskap og religiøsitet skal viskes ut. Han skriver om New Age:

It believes that there is a "third option" which rejects neither religion and spirituality nor science and rationality, but combines them in a higher synthesis. It claims that the two trends which have hitherto dominated western culture (dogmatic Christianity and an equally dogmatic rationalistic/scientistic ideology) have been responsible for the current world crisis, and that the latter will only be resolved if and when this third option becomes dominant in society (1996:517).

Hanegraaff (1996) fremhever videre holisme som et sentralt begrep i New Age. Holismen er knyttet til tre forhold ved dualisme og to forhold ved reduksjonisme. Når det gjelder dualisme, nevner Hanegraaff forholdet mellom skaperen og det skapte, mellom naturen og mennesket og mellom sjel og materie. Når det gjelder reduksjonisme nevnes tendensen til fragmentering og tendensen til å redusere sjel til materie. Holismebegrepet, slik det brukes i New Age, mener han forsøker å forene disse forholdene.

New Age filosofen og professor i økonomi William Bloom (1996) mener at oppblomstringen av en ny type religiøs bevegelse i det 20 århundre ikke var til å unngå. Årsaken til det, mener han bunner i at dette århundret markerte et tydelig skille i forhold til sin fortid. Vår hverdag er blitt radikalt forandret. Sentrale stikkord for denne forandringen er: masseproduksjon, elektronikk- informasjonsalderen, massekommunikasjon, globalisering. En global kultur er i fremvekst, og den nye religiøse bevegelsen reflekterer den nye virkeligheten: internasjonal, demokratisk, nettverksbasert og desentralisert. I et samfunn hvor informasjonsutvekslinger er blitt en hovedpilar, så vil en ny religiøs bevegelse avspeile dette ved å bli en arena for en åpen

diskusjon av tanker og meninger om det hellige, og New Age kan sies å fylle denne funksjonen, sier Bloom.

Gilhus og Mikaelson (1998) beskriver særtrekkene eller innholdet i New Age ut fra 2 nivå: idéer og praksis. Idéene inkluderer:

- \*New Age som en selvreligion (en vending mot selvet) inklusiv oppfatningen om reinkarnasjon.
- \*Ny vitenskap (skepsis til naturvitenskapen, fokus på holistisk vitenskap, skepsis til autoriteter)
- \*Naturens betydning (naturen sees på som levende og spirituell, ulike økologiske retninger fremheves)

New Age praksis inkluderer:

- \*Kanalisering (fra avdøde, engler, andre vesener, guddommer, inkluderer automatskrift, ulike former for transe, åpenbaringslitteratur m.m.)
- \*Spådom (astrologi, nummerologi, tarot m.m.)
- \*Terapi og personlig vekst (ulike behandlingsformer, kurser osv)

De oppsummerer slik:

New Age representerer i sum en vending mot selvet, en åndeliggjøring av naturen og en intensjon om å overskride vitenskapens grenser (1998:181).

Litteraturgjennomgangen av New Age fenomenet, viser at New Age og nyreligiøsitet beskrives som en bevegelse, en kulturstrømning eller kulturkritikk, en ytring av det postmoderne og som en religion (se også kap.4).

### Utbredelse.

Fordi New Age er så mangfoldig og uorganisert er det vanskelig å få oversikt over utbredelsen. Det er gjort få kvantitative undersøkelser i Norden, men det er gjort noen spørreundersøkelser på utvalgte tema innefor nyreligiøsitet/New Age.

I en rapportserie fra KIFO (Stiftelsen Kirkeforskning) kalt "Tallenes tale" undersøkes bl.a. medlemmene i Alternativt Nettverk. De viser bl.a. at hovedvekten av de alternativt religiøse er kvinner i alderen 40-50 år, bosatt i storbyer på Østlandet, er høyt utdannet og arbeider i

helse og sosialsektoren (Winsnes, 2001), det vil si at informantene i min studie har de typiske sosiale kjennetegn for denne gruppen.

Hammer (1997) bruker tall fra Sverige som viser at hver 4 voksne svenske og 38 % av elever i videregående tror på UFO, og at ca 30 % trodde det var mulig å ha kontakt med døde. Mer enn halvparten av de spurte mente det var mulig å varsle fremtiden (noe færre trodde på astrologi). Videre viste undersøkelsen at yngre er mer opptatt av slike tema enn eldre er, at kvinner er mer opptatt av det enn menn og at tendensene var uavhengige av sosial gruppe. Det var bare mellom 4 og 10 % (avhengig av alder) av de spurte som anså seg som kristne

Fra Norge har undersøkelser gjort ved det Norske Diakonhjemmet (Botvar, 1999) vist at hver 4 nordmann tror på reinkarnasjon, og at 8 av 10 huser stor tillit til naturmedisin der skolemedisin kommer til kort. Og den store religionsundersøkelsen (NSD, Rapport 115) fra 1998 viser bl.a. at 18 % mener de vet at Gud finnes, 20 % tror absolutt på et liv etter døden, 30 % tror på mirakler og ca. 20 % ber fra flere ganger om dagen til flere ganger i uken. Det er 9 % som definerer seg selv som sterkt religiøse, mens 29 % definerer seg som litt religiøse. Hele 52 % mener det er sannhet i flere religioner. Så mange som 85 % mener at naturmedisin kan hjelpe der skolemedisin kommer til kort, og 35 % har forsøkt alternativ behandling. 48 % mener noen mennesker kan se inn i fremtiden, og 23 % mener at stjernetegn sier noe om skjebnen. I denne undersøkelsen er det 13 % som tror mennesker har levd før (3 % helt sikre; dobbelt så mange kvinner (4 %) som menn (2 %)). Det fremheves at disse tallene har gått ned fra 1991, da var tallene 25 % (7 % helt sikre) med hele 35 % blant skoleelever og studenter. Undersøkelsen viser også at 15 % tror det er mulig å få kontakt med de døde, at 3,5 % mediterer (41 % har lyst) og at 1,5 % holder på med yoga (35 % har lyst).

Det man kan si ut fra disse undersøkelsene, er at nyreligiøsitet har fått et visst rotfeste i befolkningen og at tendensen er økende. Dette må også sees i sammenheng med økningen i bruk av alternativ behandling (NOU 1998:21).

### **1.5. Sykepleie og alternativ behandling mellom det moderne og det postmoderne.**

Den norske offentlige helsetjenesten bygger på produksjonsverdier (se 1.6) og den store sannheten bak valg av behandling er biomedisinen. Dette kan sies å være et resultat av det moderne samfunn hvor også sykepleie er en moderne profesjon. Samtidig kan utviklingen av det alternative behandlingsområdet sees som en ytring av det senmoderne eller postmoderne



samfunn. Akkurat hvordan ordene moderne, senmoderne og postmoderne kan brukes har vært mye diskutert, spesielt er begrepet postmoderne omdiskutert. Hammer (1997) peker på problemene ved å bruke disse ordene, men hevder at de allikevel kan brukes som et verktøy i forståelsen av New Age. Begrepene kan også bidra til forståelse av forholdet mellom alternativ behandling og skolemedisin/offentlig sykepleie.

Hammer (1997) beskriver i sin bok om New Age hvordan samfunnsvitere og filosofer allerede på 1970 tallet begynte å hevde at vårt samfunn gikk inn i en ny fase; at vi ikke lenger levde i en moderne men i en postmoderne verden. Han henviser til filosofen Lyotard som gjorde begrepet kjent. Lyotard viser i: "Den postmoderne tilstand" hvordan begrepet "viten" har endret karakter og status i den vestlige verdens historie. Han mener at overgripende fortellinger som forklarer verden og livet ikke lenger har den samme autoritet som før. Hammer sier:

Två sådana berättelser hade väglet de vesterländske samhällena under den moderna tidsåldern: tanken på ständigt framsteg och tanken på rationell, planerad och effektiv vetenskaplighet. Från höyden av ett berg av samlad kunskap trodde sig den moderna människan kunna blicka ut över världen. Långt der nere fanns alla de människor som inte tilhörde denna västerländska, rationella elit (1997:303).

Videre beskriver Hammer (1997) hvordan de store religionene kan oppfattes som ideologier som passet det moderne samfunnets grunnverdier. Kristendommen presenterer seg som en eksklusiv sannhet. Denne sannheten gjelder for alle, og gjennom ivrig misjonering forvandler kristendommen det som var ulike folkeslag og kulturer til å bli mer og mer like. Når kristendommen på 1800 og 1900 tallet tapte terreng, ble den erstattet av et sekulært verdensbilde som Hammer (1997) fremhever som enda mer moderne.

Hammer (1997) hevder at menneskene i vår tid gjenoppdaget sine ulikheter, stilte spørsmål ved det rasjonelle og kjempet for sin rett til å vende det moderne samfunnet ryggen. Dette ser han som et kjennetegn på det postmoderne. Han fremhever også at om moderniteten ble båret oppe av en elite, så gir den postmoderne tilstand stemme til andre grupper: marginaliserte mennesker, utenomeuropeiske kulturer og folk utenfor det akademiske sjikt. Han sier:

Om modernismen är sammanhållen är det postmoderna tilståndet splittat, ett kaleidoskop av lösa selar. Om modernismen tror på vetenskap och rationellt tänkande

omfattar postmodernismen också andra uttryck: lek, känsla, experimenterande. Om modernismen tror på en sammanhållan personlighet, ett enhetlig jag, består det postmoderna samhället av människor som är inkonsekventa, viser upp olika sidor och glidar ohämmat mellan olika åsikter och stilar (1997: s.304).

Beskrivelsen av det postmoderne gir et bidrag i forståelsen av den religiøsitet som kommer til uttrykk i New Age. Stilen og språkbruket innen New Age er utpreget postmoderne sier Hammer (1997:304)

Begrepet postmoderne anvendes også i tilknytning til sykepleie. Sykepleieteoretikeren Jean Watson gav i 1999 ut boken: "Postmodern nursing ". I denne boken bruker hun begrepet postmoderne for å fremheve nye muligheter og nødvendige endringer i sykepleie. Også hun understreker at det ikke finnes en allment akseptert definisjon av begrepet postmodernitet. Hun lager sin egen definisjon hvor hun fremhever at postmoderne beskriver vår tid som en tid med stor åpenhet mot nye måter å oppfatte virkeligheten på. Hennes oppfatning er at begrepet inkluderer en kritikk av det moderne tenkesett som bygger på oppfatningen om at det finnes en universell sannhet om virkeligheten. Dette tenkesettet har preget vestlig medisin og sykepleie frem til i dag. Hun fremhever at i en postmoderne tidsalder finnes det ikke en sannhet, men multiple sannheter og tolkninger. Hun trekker frem begreper som relativitet, forandring, utfordring, kontekst, narrativer, søken etter mening og helhet som sentrale for å beskrive hva som er postmoderne. Det hun beskriver som postmoderne sykepleie inkluderer det vi i Norge vil definere som alternativ behandling.

Begrepet postmoderne og dets betydning for sykepleie diskuteres av sykepleievitere. I en artikkel kalt "The postmodernist hoax and its effects on nursing" peker forfatterene Kermode og Brown (1996) på farene ved den postmoderne holdning til kunnskap. De sier bl.a:

Because postmodernist constructions of knowledge are necessarily local, contextual and readily contestable, their social significance is minuscule and here lies the heart of the postmodernist hoax. In rejecting grand narratives and in offering no viable alternative to grand narratives, postmodernism encourages nurses to forfeit the future to the grand narratives they refuse to acknowledge. Capitalism, patriarchy and power persevere in ignorance of postmodernist musing (1996: 283).

Det forfatterne er urolige for er at sykepleiens fokus på den enkelte pasients livsverden vil føre til manglende generaliserbare kunnskaper og en svak posisjon for sykepleiefaget. De

mener at sykepleien vil stå svakt i møte med kapitalismens krefter, det maskuline hegemoni og maktstrukturer som i stor grad preger det moderne helsevesen. De sier også:

There is evidence that medicalised health care is becoming more and more influenced by the grand narratives of capitalism and of science. For nurses to pretend that this is not the case, will result in their continuing and increased marginalisation (1996: 381).

Hvis behandlingsmetodenes effekt ikke kan dokumenteres vitenskapelig, vil de ikke bli inkludert i helsetjenestens tilbud, og hvis ikke sykepleierne selv anvender forskningsmetoder som gir generaliserbare resultat, vil andre helsearbeidere ta over og skyve sykepleierne ut i periferien. Kermode og Brown (1996) mener at en postmoderne holdning i sykepleie kan være som en invitasjon om å bli oversett. Dette er Watson uenig i, hun sier :

If nurses fail to embrace postmodernism they will become nothing more than highly trained technicians serving a newly redesigned medical system which has already moved from the modern to the postmodern (1995: 63).

Slik jeg oppfatter det får begrepene moderne og postmoderne frem noen utfordringer i sykepleien og det bidrar til forståelse for økningen av alternativer.

### **1.6. Utviklingstrekk ved helsetjenesten.**

Når sykepleiere velger å tilby alternativ behandling kan det ha sammenheng med utviklingen i den offentlige helsetjenesten. Denne utviklingen studeres bl.a. i medisinsk sosiologi. Den sosiologiske forskningen om sykdom og helsetjenester har foregått i brytningen mellom den naturvitenskapelige (biomedisinske) baserte medisinen og en ny, mer sosial og helhetsorientert helsetjeneste, sier sosiologen Roland Svensson (1998). Sosiologer som har beskrevet det moderne helsevesenets fremvekst i et historisk perspektiv, har fremhevet hvordan det tidlig kom til å distansere seg fra sine pasienter. Denne introduksjonen til en ny verdensforståelse begynte med Descartes dualismetenkning på 1600 tallet og kan spores langt inn på 1900 tallet. I denne perioden ble medisinen stadig mer opptatt av den fysiske kroppen. Den biomedisinske tankemodellen ble styrende for hvordan helsevesenet skulle organiseres, noe som fremdeles er i funksjon. Svensson henviser til sosiologene Twaddle & Hessler (1977) som har beskrevet utviklingen som en prosess i 3 faser. Fasene har på ulik måte preget synet på sykdommer og behandlingen av disse. Den første fasen var den prebakterielle hvor medisinen var sosialt orientert. Man så på mennesket som en helhet som var relatert til sitt miljø. Medisinske tiltak innebar ofte at man forsøkte å forandre omgivelsenes helsemessige

forhold. Den andre fasen var den bakterielle og var en følge av at man på 1800 tallet oppdaget mikroorganismene. Legevitenskapen lette etter sykdommenes opprinnelse i organismens ulike deler og det medisinske perspektivet var stort sett begrenset til det kroppslige. Den tredje fasen kaller de den postbakterielle eller sosialvitenskapelige fase. Oppfatningen deres er at den ble innledet rundt 1950 og at vi befinner oss i denne enda. Bakterieteorien anvendelighet med hensyn til å forklare og forstå sykdom viste seg å være begrenset. Sykdommene i det moderne samfunnet har endret karakter. For å forstå årsakene til dagens helseproblemer og hvordan man skal håndtere disse, kreves det tverrfaglige tilnærminger. Oppfatningen er at det biomedisinske synet på sykdom er for snevert, men at det har overlevd og fortsatt dominerer helsevesenet. Det viser seg i oppfatninger om sykdom og det skarpe skillet mellom kropp og sjel som særlig kommer til uttrykk i spesialisthelsetjenesten (sykehusene). Også organiseringen av helsevesenet er utviklet på bakgrunn av dette synet (Svensson 1998). Religionsfilosofen Antonio Barbosa da Silva (1992) som er engasjert i omsorgsvitenskapens grunnlagstenkning peker på den biomedisinske modellens begrensninger og de konsekvenser dette synet har for omsorgsarbeidere (sykepleiere). Han sier bl.a: "This view is logically incompatible with the humanistic view of Man, and a holistic concept of health" (1992:24). Han mener at den biomedisinske modellens anvendelsesområde må begrenses slik at den kan kompletteres med humanistiske helse og sykdomsmodeller, som er de modellene omsorgsarbeidere i stor grad bygger på. Tilpasningen til et nytt sykdomspanorama og en mer helhetsorientert helsetjeneste skjer imidlertid ikke friksjonsfritt. Tvert imot gir det opphav til spenninger og konflikter i behandlerorganisasjonene. Hva som oppfattes som god og relevant behandling påvirkes i stor grad av den vitenskapelige og teknologiske utviklingen som igjen er politisk betinget. Denne utviklingen skaper økte muligheter og forventninger men også økte kostnader og krav om effektivisering. I en artikkel kalt "Mellom omsorg og teknologi" viser sykepleieviteren Finn Nortvedt sin uro i forhold til helsevesenets utvikling. Han sier blant annet.:

Teknologi er også kultur som i sterk grad former vår tenkemåte, våre behov, vårt språk og vår symbolverden. Kanskje tar den kommandoen i kraft av å bli kultur, slik at den blir et mål i seg selv... Sykehus og pleieinstitusjoner betraktes nå nærmest som produksjonsbedrifter og verksteder for høyteknologisk behandling (1993:87).

Den teknologiske utviklingen har revolusjonert og bedret den moderne medisins muligheter til både diagnostikk og behandling, men har også ført til opplevelse av fremmedgjøring og dehumanisering. Innen medisinen debatteres dette tema i noen grad. I Norge har for eksempel

Samfunnsmedisineren Per Fugelli (2003) og legen Edvin Schei (2004) fremhevet betydningen av en mer humanistisk legeutdanning og praksis. Oppfatningen er at naturvitenskapen og teknologien har bidratt til en oppdeling av mennesket og menneskelige funksjoner og bidratt til en spesialisering av legevitenenskapen som har ført til at det "hele mennesket" ikke lenger er synlig. Medisineren Njalsson fra Island deltar også i denne debatten. I "Nordisk Tidsskrift for Biologisk Medisin" har han et innlegg som han har kalt: "Body, mind and spirit - the forgotten dimension in moderen health care". Med utgangspunkt i den teknologiske og vitenskapelige utviklingen innen medisinen viser han hvordan det å se mennesket som en helhet og å fokusere de selvhelbredende krefter har gått tapt. Han viser bl.a. til betydningen av å kombinere moderne og alternativ medisin (2001:25).

Selv om helsevesenet alltid har vært i utvikling, er det mange som mener at de siste årenes endringer har vært mer gjennomgripende enn tidligere (Foss og Ellefsen 2005, Lian 2003). Helsevesenet har blitt langt mer påvirket av tenkning og prinsipper fra kapitalismen og det private markedet. Et av de tydelige trekkene er en dreining i synet på pasienten; fra pasient til bruker, noe som igjen er nært knyttet til ordet forbruker. Brukeren er en aktiv og deltagende aktør i motsetning til den tradisjonelt passive pasienten. Målet er at pasienter skal ha innflytelse og medbestemmelse og bygger på en ideologi hvor makten forskyves fra behandlingsapparatet til brukeren. Derfor blir også informasjon en viktig del: informasjon om brukerne til dem som planlegger og utfører tjenester og ikke minst informasjon til brukerne slik at de kan ta valg. Å kunne velge anses som en sterk verdi og er knyttet til oppfatninger om frihet og individualisme.

Sykepleieren og sosiologen Torunn Hamran (1995) har også bidratt med analyser av endringene i den norske helsetjenesten. Hun fremhever at endringene er ment å bidra til kostnadsreduksjon samtidig som standard og kvalitet skal sikres. Dette gjøres gjennom sparing, omorganisering, effektivisering og rasjonalisering. I boken "Et kvinnefag i moderniseringen" har Hamran (1995) analysert hvordan sykehuspleien står i en spenning mellom fagtradisjon og målstyring. Hun sier at diskusjonene om helsetjenesten handler om finansieringsformer, styringsformer og forvaltningsnivå, uten at konsekvensene av de valgene man tar blir diskutert eller sett i sammenheng med det konkrete og praktiske pleiarbeidet som blir utført. De nye styringsformene og finansieringsformene som er preget av "management" og markedstenkning griper inn i pleiarbeidet og forandrer det. Hamran (1995) mener at det eksisterer et spenningsforhold mellom de nye måtene å organisere arbeid

på i sykehus og de innarbeidede arbeidsformene i pleiearbeidet, og hun hevder at pleiearbeidet tvinges til å deles opp etter teorier om produksjonsarbeid. De nye arbeidsformene og det nye språket mener hun bygger på en kundeorientert markedsmodell. Metoder for å måle pris og kvalitet blir sentralt og er for lengst introdusert gjennom pleietyngdemålinger, pasientklassifiseringer og kvalitetssikringssystemer. For eksempel heter det ikke lenger sengepost eller sykehusavdeling, men resultatenheter. Ønsket om å tilfredsstille kravet til produktivitet og ressursstyring er viktige for å utvikle målemetodene, sier Hamran (1995) og viser hvordan slike metoder ikke bare er administrative hjelpemidler, men også er blitt en hovedsak for sykepleiernes fagorganisasjoner. Målet er å utvikle objektive standarder i pleiearbeidet. Felles for målemetodene er at arbeidsoppgavene blir splittet opp i deloppgaver, og kvalitetskontroll av deloppgaver er blitt det vanligste i den praktiske hverdagen til tross for at helhetssynet står sentralt i de teoretiske sykepleiermodellene. Hamran (1995) peker videre på at denne utviklingen forsterker spenningen mellom humanistiske eller demokratiske idealer og effektivisering basert på markedstenkning og ”management”.

Hun sier:

Med vitenskap og økonomi på lag vil arbeidets målbare sider etterspørres. ”Managementtenkningens” forståelse av produktivitet, av effekt og resultat, kan komme til å få forrang. Målemetodene er ikke nøytrale. De krever oppsplitting og oppdeling. De er bærere av en forståelse av det sosiale livet, og de er utformet for å endre det sosiale livet i tråd med denne forståelsen (Hamran 1995:54).

Oppsplitting og standardisering som er et viktig aspekt ved managementtenkningen, krever begrensning av skjønn. Dette igjen vil redusere yrkesgruppens autonomi og myndighet. Pleiearbeid er en faglig-moralsk praksis som foregår i et arbeidsfelleskap hvor skjønn, vurdering og taus kunnskap er viktig, sier Hamran (1995) som også er opptatt av betydningen sosiale strukturer har for pleiearbeidet. Hun mener innføring av nye strukturer krever refleksjon så vel over det etablerte som over det nye som ønskes innført. Kanskje er det nettopp gjennom å studere arbeidsformene at vi kan se hva som skiller produksjonsarbeidet fra pleiearbeidet og mannsarbeid fra kvinnearbeid, sier hun og mener at struktur er sentralt for å forstå og sammenligne arbeid. Arbeidsdeling og klare linjer gir kanskje effektivitet i produksjonsarbeid, men i pleiearbeid kan det være samarbeid (for eksempel ”to og to i stellet”) og flyt i arbeidet (for eksempel muntlige rapporter) som gir effektivitet. I pleiearbeidet veves fag og moral sammen på en måte som ikke er aktuelt i produksjonsarbeid.

I forlengelsen av debatten om management ideologi og markedsøkonomi, diskuteres også det som kalles evidensbasert sykepleie (EBP). Med evidensbasert praksis menes at handlinger relatert til behandling, omsorg og pleie skal baseres på evidens fra forskning. Diskusjonen dreier seg om hvordan EBP vil påvirke sykepleien. Spørsmålet er om all sykepleie kan evidensbaseres, evt. hva i sykepleie som kan baseres på evidens? Sykepleieren og filosofen Kari Martinsen har sammen med sykepleieren Janne Boge stilt spørsmålsteget ved kravene til evidensbasert praksis. De stiller bl.a. disse spørsmålene: Hvilket kunnskapssyn bygger evidenstenkningen på? Fører kravet om EBP til et kunnskapshierarki i sykepleie? Er evidenstenkningen kvinnefiendtlig? Er det sammenheng mellom evidens og markedsøkonomi? De er urolige og advarer mot en lite gjennomtenkt innføring av EBP i sykepleie (2004:60).

Alle disse endringene i den offentlige helsetjenesten foregår parallelt med at flere og flere sykepleiere slutter i yrket og at flere og flere sykepleiere velger å arbeide utenfor det offentlige helsevesen som alternative behandlere.

#### Sykepleiere slutter i yrket.

Sykepleiere som velger å tilby alternativ behandling har helt eller delvis sluttet i som sykepleier i den offentlige helsetjenesten. Det viser seg at mange sykepleiere slutter og flere studier er gjort for å få innsikt i begrunnelsene. Tall fra Norsk Sykepleierforbund (1996) viser en arbeidsreserve på over 18000 offentlig godkjente sykepleiere i Norge. Av disse er 11650 i annet arbeid, 2/3 av disse igjen er i arbeid utenfor offentlig sektor. Noen er i arbeid som alternative behandlere, men det er ikke tall på hvor mange det gjelder.

Björg Åse Sørensen (2001) som er professor i arbeidshelse har forsket på helsepersonell og deres arbeidskår i flere år. Hun viser i sine rapporter til flere negative tall i forbindelse med sykepleieres arbeidssituasjon. Hun siterer en av sykepleierene:

P.g.a krevende pasienter og lav bemanning rekker vi bare å gjøre det absolutt medisinsk nødvendige, ikke det pasientene har behov for av informasjon og omsorg. Dette er den største belastningen i jobben, dvs. å avspise pasientene med mindre tid enn de trenger (2001: 11).

Sykepleieforskeren Karin Dahlberg (1994) diskuterer kollisjonen mellom teorier og idéer om omsorg (utviklet og undervist av kvinner) og det som utføres i praksis (ledet og administrert

av menn) som en kollisjon mellom feminine og maskuline verdier (se kap.7). Det som vektlegges i utdanningene gis ikke rom i praksis. Denne ”kløften” mellom teori og praksis er et stadig gjennomgangstema i diskusjoner om sykepleie og som begrunnelser hos sykepleiere som slutter i yrket. Gapet mellom idealer og realiteter diskuteres mye i sykepleiekretser, og det oppgis ofte som grunn til utbrenthet. Dilemmaet diskuteres bl.a. av sykepleier dr.polit Per Nordtvedt (2000) i artikkelen: ”Stadig på akkord”. Her sier han bl.a:

Sykepleiere og studenter må stadig gå på akkord med det de har lært og anser som sentrale verdier i faget. Er det da idealene det er noe galt med eller er det virkeligheten? Har de idealiserte forestillingene om sykepleierens verdigrunnlag i det hele tatt vært til noen hjelp for sykepleieren i praksis? Trenger vi moralske idealer som aldri kan realiseres?” (...) Det er i dag på mange måter lite samsvar mellom det som anses å være normgrunnlaget i sykepleien, og de praktiske betingelsene som klinisk sykepleie opererer med (Nordtvedt 2000: 55).

Når sykepleiere opplever at det er vanskelig å realisere moralske idealer i den praktiske, daglige virkelighet har dette også sammenheng med den teoretiske sykepleiens utvikling. Denne har utviklet seg i en retning hvor idealer, verdier, moral og fokus på enkeltmennesker i økende grad er i fokus. Ved å fremstille idealiserte forestillinger i utdanningen, litteraturen osv, så fremstår ofte den praktiske virkeligheten i et negativt lys. Begrensningene fremheves mer enn mulighetene og det skaper misfornøyde utøvere.

Undersøkelser gjort av den danske sosiologen Feiwel Kupferberg (1999) bekrefter at mange sykepleiere ikke er tilfreds med eget yrkesvalg. I en bok hun har kalt: ”Kald eller profession- at intræde i sygeplejerskerollen”, presenterer og drøfter hun nyutdannede sykepleieres oppfatninger og erfaringer ved det å være sykepleier. Undersøkelsene hennes viste at profesjonaliseringen av sykepleieryrket var tydelig i utdanningen og i forskningsinstitusjonene, men ikke på sykehusene. Intervjuene avdekket en dyp skuffelse hos sykepleierne over hvor lite frirom de hadde til å utfolde seg som profesjonelle sykepleiere, og hvor sterke forventningene om at sykepleien er et kall, fremdeles er på sykehusene. De som utdannet seg til sykepleiere kunne ikke identifisere seg med denne ”kallsforventningen”. De nyutdannede stilte seg stadig spørsmålet: ”Er det dette jeg vil bruke mitt liv til?” Blant de ting som også her gjentok seg var den manglende tid til pasientomsorg, noe de fleste oppfattet som kjernen i sykepleieprofesjonen. Den voksende administrative byrden (sammen med ubekvem arbeidstid og lav lønn) ble også trukket frem som medvirkende faktorer.

Kupferberg sier bl.a.:



Da jeg påbegynte undersøgelsen var jeg ikke klar over at hovedproblemet for de piger der søger ind i faget var modsetningen mellom forventningen om at intræde i en profession, at få lov til at bruke sin særlige ekspertise, og så de holdninger som endnu præger sykehusene, hvor det er det mandlige lægeunivers som hersker, og hvor det engang blev bestemt at sygeplejen er et kald, basta. Denne hundrede år gamle handel er ved at gå op i limningen i det daglige arbejde, hvor de unge sygeplejersker ikke lenger vil finde seg i at spille andenviolin. De oppfatter seg som likeberettigede og er stolte av deres fag, og de er ikke bange for at fortælle lægen når der er noget de er uenige i (Kupferberg 1999:175).

De som velger å bli sykepleiere er i økende grad bevisste og har forventninger om selvstendighet og ansvar. Når de ikke blir møtt med den respekt og de oppgaver de mener de er kvalifisert for, så synker deres motivasjon. Om det er sykepleierne selv, utdanningene eller sykehusenes organisering og administrasjon som bør forandres, er det ulike meninger om. Kupferberg mener det er sykehusene som må forandres hvis de vil beholde sykepleierne. Hun sier:

Det er de organisatoriske rammer, snarere end professionsforestillingen, der er noe galt med, rammer som på en urimelig måte begunstiger én profession på bekostning af en anden (Kupferberg 1999:177).

Hun mener at sykehusene som organisasjon, er innrettet på legeprofesjonens og legevitenskapens premisser. Selv om omsorgsprofesjonene er likeverdige med legeprofesjonen, får de ikke den samfunnsmessige anerkjennelse som skal til for å kunne bevise dette fullt ut. Kupferbergs undersøkelse viser at sykepleiere har ulike strategier for å kunne leve med en manglende identitet til yrket. Hun sier at mange ”legger ikke sjelen i det” lenger, mange løser problemet ved å oppprioritere andre sider ved tilværelsen og flere velger for eksempel å jobbe deltid, å få barn osv.

At sykepleierne ikke selv har stor påvirkning på utviklingen innen eget fag bekreftes også av arbeidslivsforsker Eldri Steen (1993). Hun mener at i den grad pleiepersonalet har forandret praksisrutiner har årsaken i stor grad vært krav utenfra. De har i liten grad selv vært premissleverandører for de forandringer som har skjedd i helsevesenet til nå.

Pedagogen og sykepleieren Runar Bakken (2001) setter i sin bok ”Modermordet” søkelys på sykepleie som kvinnelig omsorgsarbeid. Han hevder at den selvfølgelige alliansen mellom omsorg og det kvinnelige brytes i vår tid, og at dette er medvirkende til at færre ønsker å bli

sykepleiere. Dyptgripende endringer i kvinnes liv de siste 40 årene har ført til at stadig flere unge kvinner velger seg bort fra de tradisjonelle kvinneyrkene. De vil ikke lenger stille sine liv til rådighet for andre. De finner ikke lenger sin identitet gjennom hva de er for andre (mann, barn, foreldre, pasienter). Bakken påstår at kvinner av i dag først og fremst vil være til for seg selv, realisere egne behov og ønsker. Selvstendighet, selvkontroll og fleksibilitet er verdier som Bakken fremhever som mannlige. Han sier bl.a. at

De kvinnelige livsløp blir stadig likere de mannlige hvilket innebærer at de i stadig stigende grad settes fri fra de sosiale former i det tradisjonelle industrisamfunnet. Dette innebærer at tilegnelse av spesifikke kompetanser gjennom utdanning fremfor klasser, kjønn og familie spiller en stadig større betydning for utforming av livsløpene. Det kulturelt frisatte individ må ta utgangspunkt i seg selv når planlegging av individuell arbeidsbiografi skal legges. Kvinner blir som menn i større grad avhengige av arbeidsmarkedet, noe som betyr at den kvinnelige identitetsproduksjon har den samme arena for denne produksjon som mannen (Bakken 2001: 173).

Bakken (2001) mener at rekrutteringsgrunnlaget til omsorgsyrkene er truet og han mener dette har sin grunn i at den kulturhistoriske forbindelsen mellom det kvinnelige og omsorgsprofesjonene er i oppløsning. Det forholdet Bakken beskriver mellom kultur, kjønn og sykepleie skapte debatter i sykepleiekretser og sosiologen Kari Wærness (2001) mente han hadde et reaksjonært perspektiv på forholdet mellom sykepleie og kjønn. Wærness (2001) presiserer at godt omsorgsarbeid er basert på en form for rasjonalitet som er forskjellig fra den vitenskapelige og byråkratiske rasjonalitet som dominerer helseinstitusjonene i dag. Denne omsorgsrasjonaliteten er ikke nødvendigvis kjønnsbestemt. Hennes bekymring for at vi i fremtiden kommer til å mangle profesjonelle omsorgsarbeidere har en annen retning, hun sier:

Slik organiseringen av den offentlige omsorgen endrer seg, blir det stadig vanskeligere å handle omsorgsrasjonelt, uansett hvordan kjønnsfordelingen blant personalet på de ulike nivå i arbeidsorganisasjonene måtte være (Wærness 2001:62).

Wærness mener at endringene i helsetjenesten oppfattes å ha større betydning enn om omsorgsarbeideren er mann eller kvinne. Hun fremhever dessuten at den manglende rekrutteringen til sykepleien er langt fra så dramatisk som til de underordnede omsorgsyrkene. Manglende rekruttering til disse yrkene setter hun i et økonomisk klasseperspektiv.

### **1.7. Omsorg og vitenskap. Utviklingen i sykepleiefaget.**

Utviklingen i sykepleie har de siste 75 år gått fra å være oppgaveorientert og et kall til å bli et yrke og en selvstendig vitenskap. Sykepleien er en egen profesjon med en lovbeskyttet tittel: ”Offentlig godkjent sykepleier”. De siste 30 årene har Norsk Sykepleierforbund (NSF) satset bevisst på å utvikle sykepleiernes teoretiske kunnskaper og gi sykepleien et vitenskapelig grunnlag. Samtidig har det pågått et arbeid for å presisere sykepleiernes arbeidsoppgaver i forhold til andre helsearbeidere, og for å styrke og klargjøre sykepleierens fagidentitet.

Helga Dagsland var den første av mange som dro til USA for å videreutdanne seg i sykepleievitenskap. Hun gjennomførte det første nordiske forskningsarbeidet i sykepleie i 1955, og arbeidet kalte hun: ”Sykepleie, en utfordring”. I dette arbeidet skisserte hun et program som skulle få stor betydning for synet på sykepleie i Norge. For det første fremhevet hun at sykepleie kan beskrives som en kunst og en vitenskap som omfatter hele pasienten, legeme, sinn og sjel. For det andre la hun vekt på profesjonalisering. Hun så tidlig en direkte forbindelse mellom forskning og profesjonalisering. Dette førte til at profesjonsbegrepet ble tatt opp av innflytelsesrike sykepleiere og av NSF. Begrepet skulle gi signaler om kvalitet, sykepleie var profesjonelt arbeid som ikke kunne utføres av hvem som helst. En profesjon har klare grenser og et definert innhold og skal avgrenses fra andre yrkesgrupper. Sykepleie ble i økende grad fremhevet som et selvstendig yrke slik legeyrket var. Dersom sykepleie var en profesjon, kunne ikke sykepleiere være legens assistenter. Da var sykepleie et selvstendig fag med en egen fagidentitet. Begrepet profesjon var også et redskap for å få høyere sosial status, det signaliserte distanse til hjelpepleierne og nærhet til legene (Melby 1990).

Sosiologen Kari Melby har skrevet Norsk Sykepleierforbunds historie, og hun siterer en sykepleier som beskriver sin opplevelse av det økende fokus på profesjonalisering:

Da vi etter hvert måtte la det kristne synet bli mindre dominerende, grep jeg fatt i dette som i Amerika ble kalt for profesjonalisering... Det jeg fant i den amerikanske sykepleielitteraturen var denne profesjonelle holdningen til sykepleien, som viser at du ser mer enn sykdomsbildet, at du ser hele mennesket. Det viktigste er kanskje faget og kvaliteten, mer enn dette med lønn og arbeidsforhold og fordeler. Det var en slags idealisme som tiltalte meg og som jeg følte var en bro mellom det gamle diakonissearbeidet og den nye sekulariserte sykepleie (Melby 1990:279).

Den bevisste satsingen på profesjonalisering førte til at det ble lagt stor vekt på forskning og på å gi sykepleieforskningen universitetsstatus. Profesjonalisering og vitenskapeliggjøring var

to sider av samme sak. Sykepleie ble universitetsfag i Norge fra 1979. Det var mange debatter om sykepleiefaget hørte hjemme innenfor academia, og noen ytret seg i opposisjon. Sykepleieren og filosofen Kari Martinsen og sykepleielæreren Herdis Alvsvåg reiste i 1970 og 80 årene spørsmål om praksis og teori, om profesjonalisering og omsorg og om sykepleievitenskapens vitenskapsteoretiske grunnlag. Kritikken tok bl.a. utgangspunkt i at omsorg som begrep forsvant fra lærebøkene til fordel for mer formalisert, spesialisert eller instrumentell kunnskap, og at betydningen av taus erfaringsbasert og moralsk forankret kunnskap ble nedvurdert. Martinsen mente at hvis sykepleie skal ha fokus på de mest omsorgstrengende er det ikke abstrakt, vitenskapelig kunnskap som gir den nødvendige kompetanse. Det sykepleierne trenger er først og fremst kunnskap fra menneskenes konkrete dagligliv. Hun og andre gikk til angrep på den vitenskapsbaserte profesjonssykepleien ut fra tre hovedargument:

1. Profesjonalisering fører til mindre omsorg for de sykeste syke. De svakeste vil lide på bekostning av den resultatsikre pleien, dvs. de som kan bli friske. Profesjonalisering fører til spesialisering og arbeidsdeling som bryter kontinuiteten i pleien. Mangel på helhet betyr dårligere omsorg.
2. Profesjonalisering fører til et hierarki blant pleierne.
3. Yrket blir avfeminisert, dvs. det bygger i mindre grad på det som tradisjonelt regnes som kvinnelige egenskaper (Melby 1990:283).

I dag er spenningene mindre, men fremdeles er det diskusjoner om grunnleggende forhold ved sykepleie som teoretisk fag og praktisk yrke (se for eksempel kapittel 1.6. om evidensbasert praksis). Det oppfattes som et paradoks å knytte yrkets identitet til praksis og erfaring, verdi og moral samtidig som man søker legitimering i en vitenskapelig teoriutvikling etter naturvitenskapelig modell (Krogstad 1995).

Martinsen retter en advarende pekefinger mot sykepleievitenskapens utvikling. Hun sier bl.a.:

Vitenskapen er i sykepleien som i samfunnet for øvrig, sett på som den høyeste form for kunnskap. Det er den kunnskap man streber mot. Det er heller ikke en hvilken som helst vitenskap som blir fremhevet som ideal, men en vitenskap som bygger på en instrumentell, abstrakt rasjonalitet, og hvor kunnskapen begrenses til målråsjonalitet og problemløsning. Ut fra denne forskningen ser man virkeligheten. Positivismen er ikke død (Martinsen 1991:5).

Hun mener at den positivistiske vitenskap er bærer av en teknisk instrumentell rasjonalitet som viser en ringeakt overfor det konkrete og situasjonsbestemte som er så viktig i sykepleien. Fokus på resultater, produkt og måloppnåelser fjerner oss fra situasjonen hvor menneske (sykepleieren) møter menneske (den lidende pasienten). Hun er kritisk til den posisjon resultattenkningen har. Hun sier bl.a.:

En vitenskap som lever i formålet, blir opptatt av å forbedre metodene, for det er resultatene som teller (1991:5).

Også i boken "Øyet og kallet" (2000) er Martinsen kritisk til samfunnsutviklingen og den betydning denne utviklingen har for helsetjenesten. Hun mener at vitenskapens status er et tegn på vår tro på fremskrittet og uttrykk for en avfortryllelse av verden. Dette mener hun har fått store konsekvenser for helsetjenesten, både i forhold til hvordan pasienter blir møtt og hva som forventes av helsearbeidere. Hun peker bl.a. på objektiveringen, hvor pasientene er blitt et "tilfelle" og dette at man går fra helhet og sammenheng til stadig mindre deler. Hun peker også på sorteringstenkningen og inngrepet som sentrale begreper i det hun kaller den vestlige kulturs avfortryllingsprosess. Dette mener hun har hatt en negativ innvirkning på utviklingen i sykepleie.

Melby (1990) viser hvordan sykepleierne har blitt presset fra flere kanter og hvordan de i mange år har arbeidet med å klargjøre og avgrense sitt arbeidsfelt. På bakgrunn av dette utviklet NSF på 80 tallet funksjonsbeskrivelser som skulle bidra til å gi sykepleierne en klarere fagidentitet. Målet var å forene idealer om helhetlig omsorg og spesialisering, om emosjonell omsorg og avansert teknikk, om sykepleiere som ledere og ved sykesengen. Presset fra legene var knyttet til oppfatninger om sykepleierne som medisinske assistenter. Både legeföreningen og en offentlig innstilling fra 1981 foreslo at sykepleietjenesten skulle underlegges legenes ansvar. Dersom en aksepterte at legen skulle være overordnet sykepleieren, betydde det en aksept av at sykepleie var underlagt medisin. Melby (1990) fremhever at det i realiteten også innebar å godta at menn var overordnet kvinner. Spørsmålet om hvem som skal styre hvem var ikke et kjønnsnøytralt spørsmål, protesten mot legeautoriteten var også kvinnekamp sier hun. Forslaget skapte svært sterke reaksjoner hos sykepleierne, og det ble nedsatt en ny komité som i 1983 avga en ny innstilling hvor sykepleierne fikk myndighet til å lede eget fag. Men lægeföreningen fastholdt at sykepleie var ledd i den medisinske behandlingen og anerkjente ikke sykepleie som selvstendig fag. I synet

på forholdet mellom medisin og sykepleie var leger og sykepleiere på kollisjonskurs. Melby sier:

Konflikten mellom leger og sykepleiere om hvem som skal lede sykepleietjenesten, handler ikke bare om lederskap, myndighet og avansement. det dreier seg også om sykepleiens faglige identitet, om forholdet mellom sykepleie og medisin. Og sist men ikke minst, er striden en kjønnskamp, der sykepleiere protesterer mot mannsautoritet (Melby 1990:301)

Sykepleierne møtte også utfordringer ”nedenfra”, fra hjelpepleierne. Denne yrkesgruppen ble etablert for å avhjelpe mangelen på sykepleiere, og har ekspandert fra 1960 tallet. Grensene mellom de to pleiegruppene er uklar. Samtidig har det vokst frem store nye yrkesgrupper som har overtatt oppgaver sykepleierne tidligere hadde (ergoterapeuter, vernepleiere, radiografer, bioingeniører m.m.). Sykepleierne utfordres kontinuerlig på å finne sin plass i trengselen i helsevesenet. Spørsmålet om hva som skiller sykepleie fra andre yrkesfunksjoner reises til stadighet. Det blir sett på som et problem at sykepleiernes praksis og erfaringer i stor grad er uartikulert. Dette bidrar til et økende behov for å sette ord på faget. Videre har ekspansjon og spesialisering i helsevesenet hatt betydning for hvordan sykepleieryrket har blitt formet (se over). P.g.a. alle disse utfordringene mener Norsk Sykepleierforbund at det er nødvendig for sykepleiere å kontinuerlig arbeide med å sin sykepleiefaglige identitet. Spørsmål som berører utviklingen av sykepleiefaget vies stor oppmerksomhet i det faglige miljøet: Hvilken retning ønsker vi at utviklingen av faget skal ha? Hva kan vi gjøre for å utvikle faget på en slik måte at den praktiske yrkesutøvelsen blir bedre? Hvordan skal vi, parallelt med den vitenskapelige utviklingen, sikre at tradisjonsgrunnlaget og de grunnleggende verdiene i faget blir ivarettatt og videreført både i teori og praksis? Hvilke verdier skal være de grunnleggende verdiene i sykepleie? (Kristoffersen 1996). Å finne svar på disse spørsmålene vanskeligjøres av at utviklingen i den teoretiske og den praktiske sykepleien er så forskjellig.

Nina Jahren Kristoffersen er redaktør og forfatter av bøker som er mye brukt som pensum i grunnleggende sykepleie. Hun nevner dette som sykepleiens sentrale fokus:

1. Pasientens mestring av aktiviteter knyttet til grunnleggende behov.
2. Helhetlig perspektiv.
3. Personorientert utøvelse.
4. Sykepleie som moralsk praksis (1996:190).

Videre er det sentralt for faget at det består av både håndverksfag og vitenskapelige fag og at det bygger på ulike kunnskapsformer: praktisk kunnskap, etisk kunnskap og teoretisk kunnskap. De senere år har det for øvrig vært økende vektlegging av teoretiske kunnskaper. Den fagteoretiske og den fagpraktiserende verden er vesensforskjellige. I sykepleiens fagteoretiske verden er man opptatt av generelle problemstillinger knyttet til helse og sykdom, for eksempel hvordan mennesker mestrer forandringer i forbindelse med helsesvikt og hvilke hjelpemetoder det er mest hensiktsmessig å benytte. Kunnskapen er generell. I den fagpraktiserende verden forholder sykepleieren seg til hele mennesker i samspill med sitt miljø. Praxis er konkret, unik, sammensatt og situasjonsbestemt. Den fokuserer på konkrete personer, interpersonelle relasjoner, opplevelser og følelser. Sykepleieren deltar i sin praksis med hele seg og kan ikke atskilles fra praksisutøvelsen. Den teoretiske kunnskapen må justeres og tilpasses situasjonen. I de senere år har syn på forholdet mellom teori og praksis i sykepleie endret seg. I dag sees den fagteoretiske og den fagpraktiserende verden som ulike, men likeverdige erkjennelseskategorier som gjensidig beriker og utfyller hverandre, Teori og praksis er komplementære; den ene er ikke overordnet den andre (Kristoffersen 1996). De vitenskapelige fagene i sykepleie er både naturvitenskaplige og humanistiske, det vil si at sykepleiefaget ligger i et skjæringspunkt mellom ulike fag og vitenskapelige tradisjoner. I tillegg til å ha et eget sykepleiefaglig kunnskapsområde inkluderer utdanningen til sykepleieryrket kunnskaper fra mange ulike fagområder innen naturvitenskap (farmakologi, fysiologi, medisin), samfunnsvitenskap (sosiologi, sosialantropologi, pedagogikk, psykologi, juss) og åndsvitenskap (historie, filosofi). Sykepleiefagets mangfoldighet skaper problemer for faget, det oppfattes som utydelig. Pedagogen og sykepleieren Vigdis Grannum (2003) har undersøkt sykepleierstudenters forestillinger om sykepleie som fag, og denne undersøkelsen viste at sykepleiefaget ble oppfattet som utydelig fordi det inneholder uklare kunnskapsområder, abstrakt kunnskap og fordi det er omfattende. Videre var oppfatningen at sykepleiefaget var vanskelig å definere og formidle til andre, men at det ble tydeligere etter praktiske studier. Det er lettere å si hva man gjør enn hva man er.

Sykepleievitenskapen har bidratt til å klargjøre og systematisere fagets innhold og struktur.

Sykepleievitenskapens anliggende fremstilles av Kristoffersen (1996:197) i 6 punkter:

1. Sykepleievitenskapen forholder seg til menneske som en helhet, der menneskets åndsdimensjon står sentralt.
2. Sykepleievitenskapen tar for seg den situasjon mennesket befinner seg i når det står i fare for eller er rammet av helsesvikt og har behov for sykepleie.

3. Sykepleievitenskapen omfatter studiet av menneskets relasjoner, opplevelser og adferd i disse livssituasjonene og forhold utenfor mennesket som påvirker helse.
4. Sykepleievitenskapen skal utvikle og forbedre kliniske sykepleiemetoder
5. Sykepleievitenskapen skal utvikle metoder som bidrar til å understøtte og utvikle menneskets egne ressurser ved helsesvikt.
6. Sykepleievitenskapen skal utvikle metoder som tar sikte på å fremme menneskets opplevelse av trygghet, respekt og menneskeverd og ivareta menneskets behov for frihet, egenaktivitet og medansvar der det er mulig.

Slik det fremstilles her, er sykepleievitenskapens hovedfokus rettet mot pasienten og hvordan sykepleieren kan øke sin kunnskap om hans/hennes situasjon og sine ferdigheter i å hjelpe. Den praktiske sykepleien skal ideelt sett dra nytte av den kunnskap som utvikles i sykepleievitenskapen, men fordi den praktiske sykepleien er underlagt mange rammer (økonomiske, personalmessige, strukturelle osv) og også påvirkes av andre yrkesgruppers faglige utvikling (både over og underordnede) så har sykepleiere en sterk opplevelse av et skille mellom teori og praksis. Det oppfattes derfor som viktig at sykepleievitenskapen også utvikler kunnskap om samfunnsfaglige og kulturelle forhold som påvirker sykepleier- pasient relasjonen.

### **1.8. Alternativ behandling og teorier i sykepleie.**

Teoriutviklingen i sykepleie er mangfoldig, de siste årene har omsorg vært et sentralt begrep. I omsorgsteorier kan ulike alternative behandlingsformer presenteres som metoder sykepleieren kan bruke. Et eksempel er fra omsorgsteorien til Patricia Benner og Judith Wrubel (1989): "The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness". Denne brukes mye i utdanning av sykepleiere, og her presenteres ulike sykepleiemetoder som vi i Norge vil definere som alternative og som vi stort sett ikke bruker. Det er for eksempel hypnose, drømmetyding, terapeutisk berøring, fantasireiser, massasje m.m. Overordnede begreper i denne fenomenologiske omsorgsteorien er kroppslig kunnskap, bakgrunnsforståelse (kultur) og spesielle anliggender (det som betyr noe for oss). Et hovedpoeng er at mennesket (både sykepleieren og pasienten) forholder seg til verden på en meningsfull måte og at det ikke kan forstås isolert fra den sammenheng det inngår i. De alternative metodene oppfattes å stå i sammenheng med de grunnleggende begrepene.



I andre sykepleieteorier er alternative behandlingsformer mer direkte knyttet til teoriens grunnleggende virkelighetsforståelse. En av de eldste og kanskje mest kjente alternative eller holistiske sykepleieteorier, er teorien om "Unitary human being" utviklet av Martha Rogers i 1970/1984. Rogers bygger på kunnskap fra antropologi, sosiologi, astronomi, religion, filosofi, historie og mytologi. Hun har energibegrepet som et sentralt begrep i forståelsen av mennesket og teorien presenteres som "vitenskapen om det udelelige mennesket" (Lutjens 1995). Ulike fagmiljøer bygger sin forskning på hennes teorier, mest kjent er fagmiljøet ved universitetet i New York ([www.nyu.edu/nursing/centers/martharogerscenter/html](http://www.nyu.edu/nursing/centers/martharogerscenter/html)). En stor del av forskningen knytter seg til det vi i Norge vil kalle alternative behandlingsmetoder som for eksempel healing eller Therapeutic Touch. Teorien presenteres også i pensumbøker ved norske universitet<sup>1</sup>.

To andre teorier innenfor samme perspektivet er den sykepleiefaglige helseteorien til Margaret Newmann fra 1986: "Health as Expanding consciousness" og teorien til Rosemarie Parse fra 1989: "Man-Living-Health theory of nursing" (Lutjens 1995). Newman er inspirert av Rogers, og også hos henne oppfattes mennesket som et åpent energisystem som er forbundet med et univers av åpne energisystem (omgivelsene). Helse og sykdom sees på som uttrykk for livsprosesser og hennes viktigste begrep er "helhetsmønster" som hun definerer som voksende bevissthet (expanding consciousness). Hun mener at ved å bli bevisstgjort på låste mønstre vil mennesket frigjøres og oppleve nye muligheter. Kjærlighet anses som det høyeste nivå av bevissthet. Hun definerer voksende bevissthet og helse slik:

Expanding consciousness is the evolving pattern of the whole. Expanding consciousness is the increasing complexity of the living system. Expanding consciousness is characterized by a choice point, an illumination, and pattern recognition, resulting in a transformation and discovery of new rules of a higher level of organization. Expanding consciousness is health. Health is the evolving pattern of the whole life. Health is a synthesis of disease-non-disease. Health is the process of transformation to higher levels of consciousness (Newman 1994:58)

Helse blir på denne måten oppfattet som en prosess som inkluderer sykdom som et meningsfullt aspekt. Helse er en slags energiflyt som fører til at det enkelte menneskes

---

<sup>1</sup> Teorien til Rogers presenteres både i Fawcetts bok om sykepleiemodeller fra 1989 og George sin bok om sykepleieteorier fra 1985. Disse to bøkene har vært de mest brukte pensumbøkene på dette tema i mange år. I 2002 fikk Oddveig Birkeflet godkjent en hovedfagsoppgave i sykepleievitenskap ved UiO med fokus på Qi Gong i sykepleie. Hun brukte denne teorien som teoretisk perspektiv. Dette er et uvant tema og et uvant perspektiv i norsk sammenheng.

bevissthetsmønster er i endring og bevegelse. Endringene skjer i menneskets møter med situasjoner, fenomen og hendelser. Disse møtene kan utvide menneskets bevissthet ved at de skaper valg og gjør menneskene i økende grad opplyste. Sykepleierens fokus blir i denne sammenhengen knyttet til å få kontakt med og utnytte pasientens selvhelbredende ressurser. Newman sier:

The responsibility of the nurse is not to make people well, or to prevent their getting sick, but to assist people to recognize the power that is within them, to move to higher levels of consciousness (Newman 1994:59.)

At helse er knyttet til utvidet bevissthet ligger også tett opp til teorien til Rosemary Parse om helse som menneskelig utvikling. Også hun er inspirert av teorien til Rogers. I tillegg bygger hun på Sartres grunntese om menneskets valgfrihet, og hun anser begrepet sameksistens som sentralt. Sameksistens innebærer at livet slik det oppfattes av individet består av opplevelsen av å leve sammen med andre. Alt knyttet til en virkelighetsoppfatning hvor energibegrepet står sentralt. Energibegrepet betegner hun som den stimulerende kraft som ligger i alt det skapte, den kraft som utgjør det nødvendige ”brenselet” for forandring og skapelse (Lutjens 1995:62).

I dag er det teoriene til Jean Watson som i økende grad anvendes som teoretisk ramme for alternativ/holistisk sykepleie. Samtidig med andre utviklet hun en teori hvor omsorgsbegrepet ble sykepleiens mest sentralt begrep (1979). Hun har videreutviklet teorien flere ganger inspirert av Østens filosofi, kvantefysikk, kunst, transpersonlig psykologi, myter m.m. Hun vektlegger menneskets åndsdimensjon og fremhever at hun bygger på og videreutvikler ideene til Florence Nightingale. I sin teori om ”Postmodern Nursing and beyond” som kom ut i 1999 brukes Nightingale som inspirasjon gjennom hele boken. Hun fremhever integrasjonen av det moralske med det spirituelle og metafysiske og hun verdsetter det hun beskriver som det spesifikt kvinnelige. Videre vektlegger hun at sykepleiere bør preges av et kall eller en personlig kjærlighet til yrket. Hun ønsker at sykepleiere skal gjenoppdage forholdet mellom det personlige, det politiske, det sosiale, det vitenskapelige og det spirituelle. Watson er kjent i norsk sykepleiefaglig miljø og har ved flere anledninger vært i Norge. Fordi hennes teori er inspirert av Østens filosofi, og bygger på deler av kvantefysikken og transpersonlig psykologi og fordi hun så tydelig beskriver og integrerer alternative behandlingformer i sykepleie,

oppleves hun som spesielt interessant av sykepleiere som har interesse for alternativ behandling.<sup>2</sup>.

Utgangspunktet for Watsons ønske om å rekonstruere sykepleiens verdigrunnlag er hennes oppfatninger om at helsetjenesten er i krise. Hun mener omsorgen er truet og at sykepleien har dårlige vilkår. Hun tar et oppgjør med utviklingen i moderne vestlig helsetjeneste og forsøker å legge grunnlaget for en ny epoke i sykepleiens historie. Hun vil endre fokus fra ”hodet til hjertet” og ”gjentenne lampen” til Nightingale. Hun er inspirert av kvantefysikk, kunst, holografi, økologi, og østlig filosofi så vel som tradisjonell naturvitenskap. Hun skiller ikke vitenskap og religiøsitet og boken utfordrer fremtidens sykepleie ved at det metafysiske får en dominerende plass. Watson ser på sykepleie som metafor for og arketype av kvinnen som for henne symboliserer en dyp feminin omsorgshelbredende energi. Denne energien mener hun har vært marginalisert i de vestlige samfunn og i den vestlige medisin som hun mener har vært preget av maskulin energi.

Hun sier bl.a:

As a profession at a crossroads in its history and in-between time, nursing has yet to actualize itself in a paradigm that goes beyond the deeply masculine archetype of modern medicine (Watson 1999: xxiii).

Hun bruker symbolene Yin og Yang som bilder på forholdet mellom sykepleie og medisin. Hun mener at den moderne sykepleie har i for stor grad strebet etter å bli Yang. Det er ikke lenger en konstruktiv balanse eller harmoni mellom Yin (sykepleie) og Yang (medisin).

Watson poengterer at det ligger i sykepleiens kjerne å vise moralsk og sosialt ansvar, å verne om omsorgen og bevare det menneskelige i samfunnet. Utfordringen i dag er bl.a. gjenetablering av følelsenes og intuisjonens betydning og styrke omsorgsverdiene og den livgivende praksis. Til dette mener hun at vi må se verden på en ny måte, det hun kaller et ontologisk skifte. At alternativ behandling har fått så stor oppslutning, ser Watson som et tegn på at den nåværende helsetjenesten er mangelfull og at mennesker har behov for noe nytt. Hun mener at pasientene ønsker et helsevesen som i større grad tar hensyn til mennesket som en helhet (body, mind and spirit). Hun mener også at ny kunnskap om fenomenet ”bevissthet”

---

Det var mange medlemmer fra SFA (Sykepleiere for Alternativ Medisin) til stede da Watson holdt foredrag ved Høgskolen i Oslo i 2003, og i medlemsbladet ”Påtrykk” hadde de et fyldig referat I SFA (Faggruppen, Sykepleiere for Alternativ Medisin) blir Jean Watson oppfattet som en brobygger mellom alternativ behandling og sykepleie og mellom religion og vitenskap.

som noe fundamentalt i universet, fører til at den tradisjonelle oppfatningen av naturvitenskap må revurderes, og at teorier som forener vitenskap og metafysikk må vektlegges. Felles for disse teoriene er idéen om ikke-fysisk forbundethet. Watson mener at det er nettopp i det ikke-fysiske området at våre dypeste potensialer for helbredelse finnes. Hun kaller sin nye model for en "Caring- Healing Model" hvor hun vil integrere vitenskap, kunst og spiritualitet og skape et nytt syn på det hun oppfatter som dype arketyperiske sammenhenger mellom det fysiske og det metafysiske. Idéen om det transcendent og transpersonlige menneske krever et ontologisk skifte, det vil si at hele grunnlaget for og innholdet i sykepleien må revkonstrueres. De fleste av oss oppfatter bevissthet som noe som er inne i hodet, men Watson mener at kroppen residerer i bevisstheten. Mennesket er fysisk til stede som separat individ samtidig som det står i forbindelse med alt levende i et bevissthetsnettverk. Hun mener med dette å eliminere dualismen mellom det iboende og det transcendent, mellom kroppsfysisk og metafysisk. Hun oppfatter kropp og sjel som uatskillelige, som et reservoir av bevissthet og iboende ånd. Denne forståelsen knytter hun til Nightingales metafor om den levende kropp som "Guds ånds tempel" (Rasmussen 2001).

Med transpersonlig sykepleie beskriver Watson en menneske til menneske forbundethet hvor man gjensidig er i berøring med hverandres indre selv, dvs. at det er en åndelig forbindelse eller spirituell forening mellom sykepleier og pasient som kan brukes til å hjelpe pasienten til å frigjøre sine selvhelbredende krefter. Hun hevder at omsorgsbevisstheten i relasjonen er det primære, og at omsorg er bevissthet, og bevissthet bærer energi. I den transpersonlige omsorgsrelasjonen skapes et nytt energifelt av bevissthet og intensjonalitet i omsorgsøyeblikket. Men fellesbevisstheten går også ut over relasjonen mellom to enkeltpersoner og forbinder dem med andre mennesker og universets dypere energi. Dette krever bl.a. at sykepleieren er i en kontinuerlig selvutviklings- og selvomsorgsprosess.

Watson har delt boken "Postmoderen Nursing"(1999) i 3 seksjoner. Den første omhandler transpersonlig sykepleie som ontologisk arketype, den andre som ontologisk artist og den siste som ontologisk arkitekt. Hun bruker begrepet ontologisk for å understreke at hun bygger på en helt ny oppfatning av hva det vil si å være menneske. Den nye oppfatningen er at mennesket er usynlig forbundet med alt i vårt levende univers. Ved å fremheve kunstens betydning i sykepleien fremheves tilnærminger til helse og sykdom som er ikke-fysiske. Videre mener Watson at de fysiske omgivelser direkte påvirker vår helse, og hun viser bl.a. til det hun mener er helbredende omgivelser. Hun er opptatt av estetikkens betydning for

mennesket og mener at den moderne arkitektur ofte er fremmedgjørende og hemmende på helbredelsesprosesser. Watson mener at sykepleiere skal bli ”hellige arkitekter”. Videre er hun opptatt av den effekt lyder, stillhet og musikk kan ha for helse og helbredelse, og hun gir i boken flere eksempler på hvordan sykepleiere kan bruke lyder og musikk i sin omsorg.

Watson har vært kritisert for å ha et metafysisk og abstrakt forhold til sykepleien. I ”Postmodern Nursing” har hun derfor viet kroppen og konkrete behandlingsmetoder stor plass, samtidig som hun begrunner det hele innenfor en klart metafysisk orientert forståelsesramme. Hun gjør ingen skiller mellom alternative behandlingsformer og sykepleie<sup>3</sup>.

I 2005 kom Jean Watson med en ny bok i sykepleie som hun har kalla: ”Caring Science as Sacred Science”. Her går hun enda dypere og lengre i å sette sykepleie og omsorg i et økologisk, religiøst og moralsk perspektiv (boken kom ut mens denne avhandlingen avsluttes).

Tiden vil vise om teorier som dette får gjennomslag i sykepleie og om de dermed vil påvirke den praktiske sykepleien slik det bl.a. annet har gjort i USA og England. Store deler av det alternative behandlingsområdet og sykepleie vil i så fall ha stor grad av felles plattform.

### **1.9. Oppsummering og avslutning.**

I dette kapitlet har jeg beskrevet hvordan det som karakteriseres som alternativt i økende grad blir synlig i det norske samfunn. Videre har jeg vist hvor vanskelig det er å definere begrepet alternativ behandling, da det brukes ulike begreper om det samme. Den vanligste betegnelsen i dag er KAM (Komplementær og Alternativ Medisin) Videre har jeg presentert undersøkelser som viser at offentlig godkjent helsepersonell har ulike holdninger til alternativ behandling. For eksempel er sykepleiere mer positive enn leger og kvinner mer positive enn menn. Det er også vist at offentlig godkjent helsepersonell har mangelfulle kunnskaper om alternative behandlingsformer.

---

<sup>3</sup> Birgitte Rasmussen brukte denne teorien som analyseredskap i sin hovedfagsoppgave i sykepleie om sykepleie og alternativ behandling ved Århus universitet i 2001. Meg bekjent er ikke teorien om postmoderne sykepleie anvendt i norske hovedfagsarbeider.

Alternativ behandling har berøringspunkter til nyreligiøsitet/New Age. Sentralt er virkelighetsforståelser hvor religion og vitenskap blandes, gjerne med innslag fra Østens filosofi. Holismebegrepet er sentralt, sentralt er også fokus på det enkelte individs selvutviklingsprosess. Kulturforskere beskriver New Age på ulike måter, både som en bevegelse, en samfunnsform, en religion og en kulturkritikk. New Age er også sterkt kommersialisert.

I kapitlet viser jeg også hvordan sykepleie som praktisk yrke og som vitenskapelig fag har hatt en mangfoldig utvikling de senere årene. Sykepleievitenskapen er et ungt fagområde som har hatt stor påvirkning fra USA. Den praktiske og den teoretiske sykepleien utvikles i ulike retninger, noe som skaper debatter blant sykepleiere som opplever et skille mellom teori og praksis. Debattene i dag dreier seg bl.a. rundt "managementtenkningens" forståelse av produktivitet, effekt og resultat og rundt evidensbasert sykepleie. Sykepleiens humanistiske verdier er uforenlige med de instrumentelle eller positivistiske verdier. I dag er det den teoretiske sykepleien som poengterer betydningen av omsorg til det "hele menneske" hvor en tar hensyn til de relasjoner og situasjoner som har betydning for pasienten. Den praktiske sykepleieren av i dag opplever at hun ikke strekker til, at idealene har få muligheter for å virkeliggjøres. I kapitlet har jeg også presentert undersøkelser og analyser som viser at og hvorfor sykepleiere slutter i yrket. Disse undersøkelsene viser at mange sykepleiere opplever frustrasjon og utbrenthet nettopp fordi de ikke får være de sykepleierne de gjerne vil. Debatter om hvilken betydning kjønn har for utviklingen i sykepleie ble også kort berørt.

Innen den humanistiske/fenomenologiske tradisjon utvikles ulike teorier i sykepleie, noen av disse teoriene blander religiøsitet og metafysikk med omsorg og naturvitenskap (for eksempel kvantefysikk) og inkluderer alternative behandlingsformer i sykepleie. Som en avslutning på dette kapitlet har jeg kort gjort rede for de mest kjente teoriene i denne tradisjonen. Teoriene har flere berøringspunkter til New Age.

## **Kapittel 2 Metode.**

### **Feltarbeid som en runddans.**

#### **2.1 Innledning.**

For å få innsikt i de begrunnelsene sykepleiere har for å velge å tilby alternativ behandling, har jeg benyttet ulike kvalitative metoder. I sykepleievitenskapen benyttes både kvalitative og kvantitative metoder. Sykepleie som vitenskap er påvirket av den naturvitenskapelige forskningstradisjon, selv om den sykepleiefaglige forskningen i økende grad har beveget seg i en humanistisk retning knyttet til den fenomenologisk/ hermeneutiske forskningstradisjon og kvalitative metoder. Sykepleie befinner seg i et spenningsforhold mellom generelle naturvitenskapelige idealer og det som særpreger den sosiale verden og studier av denne. Spenningene kan også beskrives ved hjelp av begrepene forklaring og forståelse hvor den naturvitenskapelige tradisjon søker forklaring og den humanistiske tradisjon søker forståelse.

I dette prosjektet har jeg vært tilknyttet et kulturfaglig miljø og latt meg inspirere av det som for meg var nye perspektiv både på metoder og teorier. Selv om flerfaglighet er mer og mer vanlig og ønskelig innen universitetsmiljøene, er det uvanlig for sykepleiere å være tilknyttet et kulturfaglig miljø. Både sykepleie og kulturfag er opptatt av forskning om og med mennesker, kulturfagene har fokus på mennesket som kulturelt vesen, mens sykepleiere i hovedsak er opptatt av mennesket som biopsykologisk vesen. Min kontakt med det kulturvitenskapelige fagmiljøet viste at forskningstradisjonene er svært ulike. Dette var tema for mitt vitenskapsteoretiske innlegg: "Sykepleievitenskapen i møte med kulturvitenskapen". I dette innlegget analyserte jeg to artikler om samme tema (Nær Døden Opplevelser) hvor den ene var skrevet av en sykepleier (meg selv) og den andre av en folklorist (Alver, 1999). Analysen avdekket at de to fagpersonene analyserte og fremstilte fortellingene som NDO på svært ulik måte. Folkloristen analyserte Nær Døden Opplevelser inspirert av myten om "Paradiset". Fortellingene ble satt inn i en kulturell kontekst i spenningen mellom opplevelse og fortelling. Hun viste hvordan fortellingene om NDO var inspirert av myten om "Paradiset", men uten dermed å avfeie opplevelsene som virkelige. Sykepleierens artikkel tok også utgangspunkt i opplevelsene, men uten å diskutere opplevelsene som fortellinger, og uten å sette tema i en kulturell kontekst. Sykepleierens fremstilling bar preg av kategorisering av NDO opplevelsene. Opplevelsene ble målt opp mot en "virkelighet" eller beviste fakta. Kategoriseringene ble fremstilt som objektive, nøytrale, målbare og generaliserbare, bl.a. ved

bruk av tall og sitat. Slik fikk fremstillingen av de kvalitative data et ”kvantitativt preg”. Videre var sykepleieren preget av en ”nytteverditenkning”, dvs. at den sykepleiefaglige forskning bør gi resultater som kommer noen til nytte. Et hovedmål for forskning i sykepleie er at den skal føre til stadig bedre kvalitet i behandling og omsorg (Johannessen 2003).

Denne avhandlingen bygger på empiriske data fremkommet gjennom kvalitative metoder som er kjennetegnet ved et nært og tett forhold mellom forsker og det miljø eller de personer som utforskes. Innlevelse er et sentralt begrep i denne sammenheng. Folkloristene Bente Gullveig Alver og Torunn Selberg skriver:

Det essensielle ved en kvalitativ innfallsvinkel er nærhet til det felt man studerer og til den enkelte informant. Gjennom innlevelse forsøker man å nå fram til sine informanternes virkelighetsforståelse (1992:34).

For mitt prosjekt er det alternative behandlingsområdet det feltet jeg studerer og den enkelte sykepleier som har valgt å tilby alternativer er mine informanter. For å legge til rette for innlevelse har jeg valgt feltarbeid som metode. I selve begrepet; feltarbeide ligger det en implisitt anerkjennelse av kontekstens avgjørende betydning for forståelsen av det levde liv (Hastrup & Ramløv 1988).

## **2.2. Feltarbeide.**

Datainnsamlingen i feltarbeid kan karakteriseres med stikkordene nærhet, mangfold og fleksibilitet, men det finnes ikke noen enhetlig måte å omtale feltarbeid på (Kalleberg, her fra Hammersley & Atkinson 1987). Feltarbeid kan for eksempel beskrives som en blant flere kvalitative metoder; feltarbeid, kvalitative intervju, observasjon og kildegranskning (Aadland 1997) eller som en overordnet metode som inkluderer metoder (i snever forstand) og teori (Wadel 1991). Sosialantropologen Cato Wadel sier bl.a:

Enkelt sagt innebærer feltarbeid at forskere oppholder seg blant de folk de vil studere i deres naturlige omgivelser. En prøver å observere direkte den samhandling som finner sted mellom folk, og en prøver selv å delta i så mye av denne samhandlingen som overhodet mulig (1991:9).

Videre sier han at feltarbeid handler like mye om ”teori” som ”metode og han skiller ut fire typer verktøy som han mener kan brukes for å fremskaffe data: 1. Metode (i snever forstand).



2. Begreper, 3. Teorier og 4. Teoretiske perspektiver. Metoden (i snever forstand) som Wadel henviser til er deltagende observasjon.

For antropologen og kulturforskeren Kirsten Hastrup (1988) er feltarbeid et ”prosjekt om forbløffelse”: vi registrerer ikke noe som ”er” der ute, men vår egen (forbauselse) respons på de forhold vi inngår i. Nettopp forskerens egne opplevelser, ferdigheter og holdninger er av avgjørende betydning i feltforskning. Sosialantropologen Finn Sivert Nielsen (1996) skriver om de utfordringer feltforskeren møter i seg selv.

Det som interesserer oss her er feltarbeideren selv, og hans eller hennes dobbeltrolle som forsker og menneske: en forsker som bruker sin menneskelighet til å gjøre forskningen mulig (1996:9).

Det at feltarbeid er så personavhengig er både en styrke og en svakhet som krever en kontinuerlig refleksivitet, og begrepet ”refleksivitet” trekkes frem som sentralt i feltarbeid. I feltarbeid anerkjennes at vi er en del av den sosiale verden vi studerer. Wadel (1991) beskriver feltarbeid som det å være sosiolog på seg selv (se under). Med dette som basis trekker Wadel (1991) frem tre sider ved feltarbeid som sentralt, det er feltarbeid som deltagende observasjon, feltarbeid som studiet av samhandling og feltarbeid som ”runddans” mellom teori, metode og data. ”Runddans” har sitt utgangspunkt i at kvalitative forskere må være villige til å endre både teorier, problemstillinger og hva som kan være aktuelle data underveis i studieprosessen. Han understreker at feltarbeid kjennetegnes ved å vektlegge et teoretisk perspektiv som er relasjonelt og prosessuelt hvor de viktigste begrepene går direkte på samhandling mellom individer og grupper. For å fremskaffe data om samhandling, utvikle relasjonelle begreper og samhandlingsteorier og fremsette relasjonelle og prosessuelle forklaringer er deltagende observasjon den mest aktuelle metoden (Wadel 1999).

#### Deltagende observasjon.

Wadel fremhever mulighetene for å få adgang til deltagende observasjon i egen kultur. Han sier: ”*En mulighet i forskning innen egen kultur er at en selv kan inneha den eller de roller som en vil studere*” (1991:29) og han gir eksempler på hvordan for eksempel forskeres tidligere yrkesrolle kan gi adgang til felt. Min tidligere yrkesrolle som sykepleier ble brukt på denne måten, og det viste seg at min sykepleiefaglige bakgrunn var til stor hjelp for å komme i kontakt med (og i kontakten med) informantene i denne studien. Jeg delte det samme språket og fagfeltet, jeg hadde oversikt over aktuelle sykepleiefaglige tidsskrift, organisasjoner osv.

Samtidig hadde jeg i noen år vært deltager i ”Alternativt Forum” hvor mennesker møttes ca. 1 gang pr. mnd. for å høre på foredrag og diskusjoner knyttet til såkalte alternative temaer. I dette forumet registrerte jeg at det var mange sykepleiere. Jeg stod frem og presenterte mitt prosjekt og inviterte sykepleiere til å ta kontakt. Et eksempel: 9.10.98 fikk jeg denne henvendelsen på e- mail:

*”Jeg sitter i styret for sykepleiernes faggruppe i alternativ behandling og ble under sist styremøte tipset om at du holdt på med noe spennende om sykepleiere i alternativ behandling Det hadde vært meget spennende å hatt noe utveksling på dette. Selv er jeg lærer ved...og har tatt initiativ for å skape et utdanningstilbud innen alternative behandlingsformer. ... Kan du gi meg adressen din slik at jeg kan sende deg noen interessante artikler?”*

Jeg tok kontakt og fikk informasjon om en aktuell utdanningskonferanse som het ”Alternativ medisins plass i offentlig høyere utdanning” (Elverum mars 1999) og internettadressen til aktuelle tidsskrift og artikler.

Andre sykepleiere som tilbød alternativ behandling inviterte meg til å besøke dem på deres arbeidsplass. Jeg besøkte 8 slike arbeidsplasser hvor de demonstrerte og forklarte hva de gjorde. Noen av disse besøkene ble kombinert med intervju (se under). Arbeidsplassene var svært ulike, fra å tilby behandling på et lite rom i eget hjem til store helsesenter med flere ansatte (se vedlegg der enkeltinformantene blir presentert).

I løpet av de årene feltarbeidet pågikk, deltok jeg på ulike møter og konferanser som jeg vurderte som aktuelle, for eksempel:

1. Åpen høring om NOU 21, i Oslo, Folkets hus – høst 1997 (27.10)

Denne høringen ble arrangert som ledd i Årbakkeutvalgets arbeid om Alternativ Medisin. Det ble fremsatt synspunkt fra ulike organisasjoner og enkeltpersoner.

2. Utdanningspolitisk konferanse om alternativ Medisin- Elverum 16.3.1999

Denne konferansen tok opp forholdet mellom skolemedisin og alternativ medisin og ulike former for mulige fremtidige samarbeidsforhold ble skissert både i forhold til utdanning og praksis.

3. Åpent møte arrangert av kristne medisinerstudentene ved UIB om healing og helbredelse- 22.9.97

Dette møtet var et debattmøte med deltagere fra skolemedisin, alternativ medisin og ulike kristne grupperinger. En sykepleier som også er healer var invitert til å delta.

4. Alternativmessa i Oslo høsten 1999.

På alternativmessene holdes en mengde foredrag om alternative temaer, ofte relatert til medisin og behandling. Også sykepleiere holder foredrag her. Jeg hørte bl.a. på en psykiatrisk sykepleier som het Audhild Østgård som hadde et foredrag som hun hadde kalt: ”Hvem eier den virkelige virkeligheten?” Foredraget bygget på personlige opplevelser ved å bli psykotisk, og refleksjoner hun i ettertid har gjort seg om psykiatrien og vår virkelighetsoppfatning.

5. Årsmøter og fagkurs i SFA mars 1999, 2000, 2001 og 2004.

SFA arrangerer fagkurs i tilknytning til sine årsmøter hvor aktuelle tema for sykepleiere blir presentert. Bl.a. har de hatt tema som antroposofisk sykepleie, humanøkologi, hvordan starte egen praksis m.m.

6. Deltagelse på åpne møter om forskning i alternativ medisin i regi av NFR (Norges Forskningsråd). Sykepleiere som tilbød alternativ behandling deltok på disse samlingene.

7. Samarbeidsmøte i Stiftelsen Holistisk Medisin- Skien- HiT 09.10.01. Jeg ble invitert til å holde et innlegg om mitt prosjekt, samtidig møtte jeg 4 sykepleielærere med ulik tilknytning til alternativ behandling. En sykepleier var en av initiativtagerne til denne stiftelsen.

8. Internasjonale konferanser arrangert av ”International Assosiation for Human Caring” i Colorado USA i juni 2003 og Montreal, Canada i juni 2004. Her ble et mangfold av forskningsprosjektet og tema knyttet til alternativ/komplementær behandling og sykepleie presentert og diskutert. Jeg presenterte mitt prosjekt.

9. Undervisningskonferanse om alternativ behandling arrangert av Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) i november 2004. Her var sykepleiere både som foredragsholdere, og som deltagere. F.eks. presenterte sykepleier og healer Else Egeland sin hovedfagsoppgave: ”Opplevelse, mening og mestring hos mennesker som ”mot alle odds” overlever alvorlig kreftsykdom”.

10. Konferansen: ”Alternativ behandling og skolemedisin i samhandling” arrangert av NSH (Norsk Sykehus-og Helsetjenesteforskning) desember 2004. Her var sykepleiere både som foredragsholdere og deltagere. F.eks. presenterte sykepleier og akupunktør Oddveig Birkelflet sin hovedfagsoppgave om Qi Gong, livskvalitet og sykepleie.

På disse konferansene og møtene fikk jeg også ulike typer skriftlig materiale.

#### Eksterne kilder og skriftlig materiale.

Foredrag og møter som er beskrevet over samt ulike typer skriftlig materiale, betegnes som eksterne kilder fordi forsker ikke har vært aktivt med i formingsprosessen. Det er for

eksempel artikler og innlegg fra tidsskrift, referater, nettsteder, konferanseprogram, brosjyrer, kursmateriell, m.m.(se vedlegg 1). Alver og Selberg sier dette om eksterne og interne kilder:

Vi vil dele kildematerialet i to kategorier etter hvor forskeren har deltatt direkte i formingen av kilden eller ikke. Med direkte forming mener vi den aktive prosess forskeren går inn i det kvalitative forskningsintervju og som har basis i samhandlingen informant og intervjueren imellom. (Se for eksempel Kvale 1981, Johnsen 1986). Her er altså ikke bare tale om at forskeren tar et initiativ til at en kilde skapes eller synliggjøres. Hun må delta aktivt i formingsprosessen på en kvalitativ metodes premisser. Den kategori hvor forskeren er aktiv med i formingsprosessen, kan kalles interne kilder, der hvor dette ikke er tilfelle for eksterne kilder (1992: 27-28).

Eksempel på skriftlig materiale som jeg bruker i avhandlingen er Anne Kragseths presentasjon av seg selv i SFA sitt medlemsblad Påtrykk, Else Egelands kursbrochure om ”Krystaller og healing” eller Eva Heibergs foredrag ved Alternativmessen i Oslo (1999): ”Terapeutisk berøring og healing i sykepleien”. Andre eksterne kilder er ulike medlemsblader og tidsskrift som for eksempel ”Påtrykk”, ”Alternativt Nettverk”, ”Naturterapeuten” og ”Journal of Holistic Nursing”. Databaser og hjemmesider på internett var også nyttige (for eksempel faggruppens hjemmeside: [www.sfa.no](http://www.sfa.no)) datakilder. I løpet av de årene jeg har arbeidet med denne avhandlingen har det vært en eksplosjonsartet økning av informasjon knyttet til alternativ behandling. Det er ikke mulig å holde seg à jour med alt, men jeg har hatt gode muligheter til å følge med i det som til enhver tid rører seg i feltet.

Deltagende observasjon inkluderer også samtaler. Disse var i liten grad planlagte og foregikk der jeg naturlig traff informanter, for eksempel på konferanser og møter.

### Dokumentanalyse

Noe skriftlig materiale ble analysert spesielt, og det var høringsuttalelser på NOU 1998:21 og på forslag til Lov om Alternativ Behandling (Ot.prp.27. 2002-2003). Under vil jeg kort beskrive dokumentanalysen slik jeg har anvendt det i kapittel 3.

Dokumentene er strategisk valgt på bakgrunn av avhandlingens problemstilling og fungerer som et bakteppe til de andre kapitlene i avhandlingen. Mitt prosjekt startet samtidig som NOU 1998:21 ble gitt ut og Lovforslaget kom på slutten av mitt feltarbeid. Sykepleiere jeg intervjuet har vært delaktige i utvalgsarbeidet, i høringene og de har debattert temaer knyttet

til forslagene i utredningene. Disse to dokumentene har vært viktige for sykepleiere som har valgt å tilby alternativ behandling.

Tekstene som analyseres er politiske dokumenter og det er nødvendig å analysere dem i lys av at de har et politisk mål, en sosial funksjon og en spesiell form (Silvermann 1995:47).

I følge Silvermann (1995) kan tekstanalyse ha tre innfallsvinkler:

1. Sammenheng med andre tekster. Teksten får mening avhengig av den sammenheng den har med andre tekster. Ulike tekster kan henge sammen i en sekvens eller i et hierarkisk system. Tidsdimensjonen i sammenhengen kan også gi mening til tekstene. Høringene jeg analyserer er direkte knyttet til NOU 1998:21 Alternativ Medisin og høringene på lovforslaget er direkte knyttet til Ot.prp. 27. Lov om Alternativ behandling. Samtidig er Lovforslaget som kom i 2002 et direkte resultat av NOU 1998:21.
2. Form og språk forteller om hvilken sjanger teksten hører til. Sjangeren dannes av de tekstnormene som regulerer oppbygningen i en tekst og blir synlig i språkbruk, innholdsfortegnelse og layout. Høringsuttalelser kan være ulike, det er ikke klare regler for hvordan disse skal bygges opp. De uttalelsene jeg har analysert var ulike i form, innhold og lengde.
3. Forfatter og leser. Forfatteren preger teksten med sin kunnskap og sine verdier. Noen offentlige dokumenter skal være ekspertuttalelser der forfatterens mening og verdier skal være tydelige. Andre offentlige dokumenter har anonyme forfattere og skal ideelt sett være politisk lojale. Det kan derfor være interessant å finne ut hvilken faglig bakgrunn forfatterne representerer. Leseren er også en viktig del av tekstforståelsen. Lesing er ingen passiv handling, men en aktivitet der leseren bringer sin kulturelle kunnskap til teksten. Forfatterne av de høringsuttalelsene jeg har analysert er medlemmer av interesseorganisasjoner og ønsker å fremme en eller flere saker ved det de skriver. Leseren som dokumentet er skrevet til (SHD) har makt og myndighet til å ta hensyn eller ikke ta hensyn til de innspill som fremsettes i høringsuttalelsene.

Mine overordnede spørsmål ved lesing av dokumentene var: Hva vektlegges og fremheves i dokumentet? Hva reagerer den enkelte fagorganisasjonen på? Når alle dokumentene var gjennomlest og analysert hver for seg, sammenlignet jeg dem. For eksempel oppfattet jeg at legeforeningen vektla begrepet dokumentert effekt i sine høringsuttalelser, mens

sykepleierforbundet fremhevet betydningen av økt samarbeid. Jeg gikk da tilbake til de andre organisasjonenes uttalelser for å se om og hva de sa om det samme tema, osv. I analysen trakk jeg inn aktuell litteratur for å belyse disse nøkkeltemaene.

Analysen av høringsuttalelsene vil sammen med deltagelse på møter og konferanser samt intervju og samtaler bidra til innsikt i hva som oppfattes som sentrale tema i forholdet mellom alternativ og offentlig godkjent behandling og sykepleie.

### Halvstrukturerte intervju

For å få kontakt med sykepleiere til intervju valgte jeg å sette inn annonse i de landsdekkende tidsskriftene "Sykepleien" (medlemsblad for Norsk Sykepleierforbund) og "Alternativt Nettverk" samt i det lokale medlemsbladet for sykepleiere i Vest Agder: "Reflex". I medlemsbladet til SFA (Sykepleiere for Alternativ Medisin) fikk jeg skrive litt om prosjektet og oppfordret medlemmer til å ta kontakt. Jeg fikk ca. 20 henvendelser, og de som kontaktet meg kjente ofte andre sykepleiere som de mente jeg burde snakke med. Slik rullet snøballen.

Til intervjuet laget jeg en temaguide på bakgrunn av litteraturgjennomgang og min uformelle kontakt med feltet. Intervjuene kan karakteriseres som halvstrukturerte organisert rundt temaer som helse, sykdom og behandling, alternative behandlingsformer, forholdet mellom alternativ behandling og sykepleie, forholdet mellom alternativ behandling og skolemedisin, virkelighetsoppfatninger, lovgivning og reaksjoner i samfunnet. Intervjuene foregikk hovedsakelig i 1998 og 1999.

Noen av intervjuene foregikk på mitt kontor, noen foregikk hjemme hos informantene, noen på informantenes arbeidsplass og noen foregikk pr. telefon. Grunnen til at noen av intervjuene foregikk pr. telefon var lange geografiske avstander. Jeg hadde intervju ansikt til ansikt i Kristiansand og omegn, Arendal, Skien og i Bergen.

Intervjuene ble tatt opp på bånd og skrevet ut etter tillatelse fra informantene. Før intervjuet leste jeg opp et informert samtykke. Innvendingene mot bruk av lydbåndopptaker går på at informanter hemmes av båndopptakeren og at viktige opplysninger får man først når opptakeren er slått av. Det var ingen av informantene som var negative til opptakeren, men av og til erfarte jeg at de snakket mer åpent og fortrolig etter at den var slått av. De hadde selv

tatt initiativ til å ville bli intervjuet og hadde kanskje på forhånd tenkt at det ville bli tatt opp på bånd.

### Informantene.

Kriteriet for å inkludere informanter var at de i tillegg til å være sykepleiere også tilbød alternativ behandling. Mange var healere og mange var akupunktører, flere hadde et mangfold av tilbud. Ikke alle tilbød alternativ behandling som et betalt yrke, de ble allikevel inkludert. Jeg fikk en henvendelse fra en vernepleier og en hjelpepleier, men disse ble ikke inkludert i studien. I vedlegg 2 presenteres de informantene som er inkludert i studien.

På Alternativt Forum i Kristiansand møttes flere sykepleiere, noen av dem bestemte seg for å danne en gruppe, jeg var med på 3 slike gruppemøter hvor 4-5 sykepleiere møttes for å snakke om løst og fast knyttet til alternativ behandling og sykepleie.

Alle informantene i denne studien er kvinner. Jeg har ikke gjort noe forsøk på å få kontakt med mannlige informanter, men jeg vet at de finnes da jeg har truffet noen i ulike sammenhenger. Det er ca. 10 % menn i sykepleien, hvor mange prosent det er innen alternativ behandling vet jeg ikke. Informantene arbeider med ulike behandlingsformer, og det varierer i hvilken grad de også er i arbeid som offentlig godkjente sykepleiere.

Slik jeg erfarte det kan de deles inn i 3 ulike grupper.

1: Sykepleiere som bruker alternativ behandling/metoder i sin sykepleiefunksjon. For eksempel var Inga ansatt som bedriftssykepleier og kunne samtidig anvende akupunktur på pasienter fra denne bedriften. Karin var antroposofisk sykepleier på det privatdrevne sykehuset Vidarklinikken i Sverige.

2: Sykepleiere som jobber som både/og (for eksempel 50 % sykepleier og 50 % soneterapeut), hvor de skiller klart mellom de to rollene, for eksempel 50 % på et sykehus og 50 % på eget hjemmekontor.

3: Sykepleiere som tilbyr ulike former for alternativ behandling på eget eller som ansatt i et senter for alternativ behandling og som ikke er i arbeid som sykepleier.

De fleste av informantene tok sin alternative utdanning etter at de hadde vært sykepleiere i noen år, men noen av informantene var utdannet alternative behandlere før de tok sin sykepleieutdanning. Dette ble ofte begrunnet med at de tjente for lite penger som alternative behandlere, at de ønsket en sikrere arbeidsplass eller at de ønsket å være brobyggere inn i det offentlige helsevesen.

Når man arbeider som alternativ behandler kan man fritt utnytte den kunnskap og de metoder man lærte seg i sin sykepleierutdanning, men hvis man arbeider som offentlig godkjent sykepleier er det sterke begrensninger på hvilke alternative metoder man kan inkludere i sin funksjon. Det er imidlertid stor variasjon fra sted til sted, og gråsonene mellom hva som er sykepleie og hva som er alternativ behandling er økende.

### **2.3. Forskerrollen og relasjoner.**

Ved å fokusere et fenomen slik jeg gjør i denne studien så gir man det også betydning. Man ikke bare studerer, men man ”skaper” også kultur sier Kirsten Hastrup (1988). Det at jeg har hatt fokus på dette fenomenet i så mange år, har ført til at temaet har fått en oppmerksomhet. Jeg har for eksempel skrevet artikler og kronikker om temaet og jeg har undervist om det i helsefagutdanninger. Jeg har bidratt til debatter og blir oppfattet som en brobygger.

Sentrale stikkord for forskerrollen er nærhet og distanse. Jeg opplevde at arbeidet med å skape en refleksiv distanse var en kontinuerlig og til tider vanskelig prosess. Det skjer noe med forskeren under et feltarbeid. Hastrup kaller det feltarbeidsreisen og skriver at den personlige tilstedeværelse i feltet må suppleres med en type nærvær som hun kaller *tilbliven*.

Tilbliven betyr ikke at man gradvis bliver ligesom de andre. Begrepet innebærer, at man overgir sig selv til en annen virkelighet og lader seg forandre i processen (1988:219-220, her fra Fjell 1996:46).

Å overgi seg til en annen virkelighet er ikke å overgi seg til informantenes virkelighet, men til en ”tredje kultur” som oppstår i møtet mellom forsker og aktør. Kulturforskeren Tove Fjell (1996:46) diskuterer bl.a. møtet mellom forsker og informant under overskriften: ”Nær nærhet og distansert nærhet”. Hun spør bl.a.: ”Er det alltid slik at involvering og innlevelse medfører større forståelse? Kan man komme for nær?” Dette notatet fra feltarbeidet illustrerer opplevelsen av usikkerhet som jeg kunne ha i forhold til om jeg kom for nær.



*”Vi snakker om løst og fast, jeg bestemmer ikke tema- praten går av seg selv. Jeg er på en måte en av dem, det er liten forskjell på dem og meg og jeg kjenner at det plager meg litt. Jeg er innpodet med at forsker rollen skal være distansert, stå utenfor og helst være nøytral. Er jeg på vei til å ”go native”? Jeg bestemmer meg for å slippe meg løs, men kjenner at jeg er redd for at jeg sitter igjen med notater som er for selektive. Er dette et problem- eller er det det ikke?”* (Fra gruppesamling 26.8.98). Slike opplevelser diskuteres ofte i bøker om feltarbeid. Antropologen Finn Sivert Nielsen sier bl.a.:

Å bruke seg selv som instrument krever både avstand og nærhet til seg selv. Du må ”være med”, men betrakte deg litt på avstand; ”ta det inn over” deg, uten å ”ta det personlig”. Du må kjenne dine reaksjonsmønstre og vite hvor dine grenser går. Også faglig må du ”kjenne deg selv (1996:102).

Mens Wadel betegner problemet som: ”Hvem som snakker til hvem problemet” og peker på vanskene med å skille ut hvilken identitet en spiller ut til enhver tid. Det kan også være nødvendig for forskeren å finne ut hvilken identitet folk gir henne i de ulike samhandlingssituasjonene. Noen ganger kan det være læremester, noen ganger venn, noen ganger fiende, men sjelden bare som informant, sier Hastrup (1988). Feltarbeid som deltagende observasjon krever derfor at en er i stand til å være ”sosiolog på seg selv” (Wadel 1991).

Hammersley og Atkinson (1998) sier at refleksivitet fremmes ved at en veksler mellom teori og empiri og mellom det å bli en del av kulturen og det å betrakte den på avstand. Denne bevegelsen gir muligheter for en kontinuerlig utdyping og forståelse av hvordan den alternative sykepleieren tenker og handler og hvilken kontekst hun befinner seg i som alternativ fagperson.

Informanter som selv hadde tatt kontakt med meg fordi de ønsket å bli intervjuet kunne allikevel være litt avventende. De vurderte hvor åpne de kunne være overfor meg. Jeg har notert meg dette etter et intervju: *” Det jeg opplevde er jo det som skjer i samtaler ofte, at en kommer inn på ting underveis og kan spinne videre på det der og da. Det var også slik at når jeg spurte direkte om det med reinkarnasjon så hadde hun erfaringer og meninger om det. Men hun introduserte det ikke selv. Etterpå sa hun at det er ikke alt hun snakker til alle om, det hadde hun nemlig brent seg på. Men etter hvert forstod hun at jeg var ”inne i det” og ikke krevde at hun forsvarte sine oppfatninger. Hun sa at mine ord og min nonverbale*

*holdning i samtalen, etter hvert gjorde henne trygg på å fortelle også det som hun av erfaring visste at mange reagerte negativt på.* ” I intervjusituasjonen kunne jeg erfare at informanter var veldig opptatt av å svare direkte på spørsmålene mine og ikke ville trekke inn temaer som de vurderte som uaktuelle. Når lydbåndet var slått av og samtalen gikk løst videre kom imidlertid noen inn på temaer som de hadde vurdert til å være litt ”på kanten”. Når lydbåndet var slått av kunne jeg oppleve at min rolle som forsker ble mindre tydelig.

Min rolle som forsker kunne også i andre situasjoner være lite tydelig. Jeg erfarte at det å forske på et tema som angår så mange, til tider kunne være problematisk. Både privat og i min stilling som lektor ved en sykepleierutdanning er sykdom og behandling sentrale tema. Venner, familie, kollegaer og studenter som vet hva jeg arbeider med kommer uoppfordret og forteller meg om sine erfaringer og noen ønsker råd og opplysninger om alternativ behandling. Noen av disse situasjonene gir interessante data, men rollen som forsker og privatperson går over i hverandre. Dette uklare skillet mellom det å være privatperson og forsker er et gjentagende tema i bøker om feltarbeid. Sivert Nielsen (1996) sier bl.a:

Dette er ikke noen enkel konflikt å forholde seg til. Uansett hvor nøye vi er med å tone flagg og si hvem vi er, har grensene en tendens til å utviskes... Vi vet ikke alltid selv hvilken rolle vi spiller: det vi trodde var en personlig prat, kan bli data når vi tenker på det etterpå. ... I denne ellers sympatiske agendaen ligger det en innebygd fare for at premissene for vårt nærvær skal bli forfalsket (1996:110).

Som forsker sitter jeg i et ikke-gjensidig forhold, i en profesjonell sammenheng hvor det informantene forteller meg blir brukt til noe. I tillegg er temaer om sykdom og behandling ofte alvorlige og til tider svært personlig. Samtalenes åpenhet kan virke forførende på den måten at forskeren bringes inn bak den andres grenser og dette reiser spørsmål om ansvarlighet og etikk i forskningssituasjonen. Moralske prosesser er hele tiden til stede (Fog 1994).

#### **2.4. Etiske overveielser.**

Dette prosjektet baserer seg i stor grad på at sykepleiere selv har tatt kontakt med meg via en annonse eller på henvendelse fra andre sykepleiere. De sykepleierne som jeg intervjuet skrev under på en samtykkeerklæring, for dem som ble intervjuet pr. telefon, leste jeg den opp. Det som er viktig i denne erklæringen er deres mulighet til å trekke seg når de måtte ønske det, og forsikringen om at data blir anonymisert. Anonymisering er et sterkt krav i helsefaglig

forskning fordi fokus for forskningen ofte er syke mennesker/pasienter eller helsearbeidere med ansvar for dem. Mitt møte med kulturfagene åpnet opp for en diskusjon omkring anonymisering som var ny for meg. Alver og Øyen sier:

I en rekke fag blir det brukt forholdsvis lange intervjuutdrag i den ferdige tekst, og dette vil ofte gjøre det vanskelig å imøtekomme anonymitetskravet. Det er i seg selv et paradoks på samme tid som en ønsker å trekke individet sterkere inn i teksten og la det bli hørt med "sin egen stemme", fordi dette er metodisk sett det beste og mest hederlige, så skal en måtte skjule individet, fordi det betraktes som etisk mest korrekt (1997:121).

Jeg ønsker at informantene skal høres med sine egne stemmer, og for noen av informantene i min studie viste det seg at anonymisering ikke var helt enkelt. Det gjaldt spesielt de informantene som selv har uttalt seg offentlig i ulike medier, spesielt i TV, aviser, tidsskrift osv. Jeg valgte å løse dette på den måten at jeg bruker deres egentlige navn når jeg henviser til publisert materiale eller offentlige aktiviteter de har deltatt på (eksterne kilder), mens jeg anonymiserer data fra intervju og samtaler jeg selv har hatt med dem (interne kilder). I avhandlingen vil derfor noen informanter kunne ha to navn, og de vil vanskelig kunne gjenkjennes gjennom det fiktive navn jeg har gitt dem. Problemet med dette er at personene ikke vil fremstå helhetlig, men kan bli oppfattet som to ulike personer. Min vurdering er at betydningen av om de oppfattes som en eller to personer er mindre enn betydningen av at de blir anonymisert. Det ville dessuten sett rart ut at noen ble kalt ved sitt egentlige navn, mens andre ikke ble det.

Alver og Øyen sier videre:

Å ivareta anonymiteten i forskningsrapporten eller den ferdige representasjon både når det gjelder enkeltpersoner, grupper og institusjoner, kan i mange fag svekke forskningsresultatene, fordi forskeren blir nødt til å utelate viktige kilder (1997: 120).

I min studie har jeg ikke utelatt viktige kilder p.g.a. kravene om anonymitet, og noen av informantene vil kunne gjenkjennes hvis en leser går inn for det. Grunnen til det er for eksempel informasjon om verv de har hatt. Men disse opplysningene vurderes ikke som sensitive og det er ikke direkte opplagt hvem som omtales. Jeg har valgt å la disse opplysningene være med når jeg anser dem for sentrale.

### Informantenes iver- et etisk dilemma?

I min studie har mange informanter selv tatt kontakt med meg fordi de ønsket å bidra med opplysninger og erfaringer. De ville gjerne bli intervjuet, og noen er sterke personligheter og ivrige bidragsytere. Det kan være fristende for forskere å ta imot data fra informanter som har mye interessant de ønsker å videreformidle. Matthew Miles og Michael Hubermann (1984) påpeker at dette kan være en fallgrube for representativiteten ved feltarbeid. De sier bl.a.:

We should also emphasise that anthropologists have often warned of fieldworkers' tendency to rely too much on articulate, insightful, attractive, and intellectually responsive informants, such people often turn out to be in the local elite (1984:231).

Noen av informantene i min studie har vært sterkere bidragsytere enn andre. Noen informanter leverte uoppfordret informasjon. Noen av dem har hatt sentrale posisjoner og kan sies å tilhøre eliten av alternative sykepleiere. Det er en fare for at informanter har "kjepphester" som de gjerne vil at jeg skal prioritere i det jeg skriver, og noen har forventninger til at jeg skal være et talerør for deres interesser. Ved å la noen slippe til mer enn andre, er det fare for skjevheter. Men slik jeg vurderer det, har mitt kjennskap til feltet over år ført til at jeg har en god oversikt over hva som til enhver tid er de aktuelle tema og problemstillinger. Det er også min erfaring at møter jeg har hatt med andre forskere som studerer tilstøtende problemstillinger er korrigerende og bidrar til refleksjoner over egen studies representativitet.

Wadel (1991) karakteriserer det ikke som et etisk dilemma når han beskriver hvordan han får personlig og god kontakt med informanter, men han reflekterer over hvordan forskeren får ulik kontakt med informantene og hvordan det er stor forskjell i de relasjonene han opparbeider. Han sier bl.a. "Informanter som feltarbeideren både opparbeider et personlig forhold til og som gir en mye innsikt, fremtrer ofte som nøkkelinformanter" (1991:54 og 20).

### **2.5. Analyseprosessen og presentasjon av data.**

Analyseprosessen i denne studien kan karakteriseres ved hjelp av Wadels begrep: "Runddans" som også har mye til felles med den hermeneutiske spiral. Min "rundans" førte ikke til at jeg gjorde vesentlige endringer av fokus, men jeg har gått mange runder i eget datamateriale for å systematisere og presentere funn og velge perspektiv. Ulike meningsenheter viste seg som sentrale. Wadel beskriver det også som å "drive feltarbeid i sine egne feltnotater" (1991:160). Det vil si at forskeren beveger seg frem og tilbake mellom teori, metode og data. Bevegelsen

er forankret i problemstillingene selv om også disse kan endres underveis. Aadland (1997) beskriver to sider ved den hermeneutiske spiralbevegelsen. Den ene er samspillet mellom forforståelse og erfaringstolkninger. Gjennom vekslingen mellom forforståelse og nye erfaringstolkninger bygger vi ut vår språkforståelse, våre grunnleggende trosposisjoner om hvordan verden henger sammen, og vi samler opp et reservoar av personlige erfaringer. Den andre siden er vekslingen mellom helhet og del, del og helhet osv. som fører til stadig ny innsikt i problemstillingene.

Wadels (1991:127) beskrivelse av rundansen mellom teori, metode og data beskrives på to måter:

1. Fra teori via metode til data. For mitt prosjekt kan dette eksemplifiseres gjennom mitt teoretiske perspektiv som er tverrfaglig med fokus på samhandling (kultur, samfunnsfag og sykepleie), i et slikt perspektiv faller det naturlig å velge kvalitative metoder. Feltarbeidet gir meg data, men leder meg også til ny teori (punkt 2).
2. Fra metode via data til teori. For mitt prosjekt kan dette eksemplifiseres gjennom feltarbeidet som gav meg data om opplevelser av å virkeliggjøre verdier i sykepleien, dette igjen førte meg til teori om utvikling av profesjonell identitet.

Jeg erfarte også et tredje aspekt ved ”rundansen”, det er en rundans som starter med data og går via metode og til teori. For mitt prosjekt kan det eksemplifiseres ved at jeg på møter i SFA (Sykepleiere for Alternativ Medisin) hørte at sykepleierne snakket om holisme, om reinkarnasjon m.m. (data). Dette førte til at jeg i samtaler med informanter tok opp dette tema eksplisitt (metode) og det førte meg til teori om holisme i sykepleie og i nyreligiøsitet

Rent konkret vil presentasjonen av data henge sammen med hvilke kilder som er brukt og er en veksling mellom informant sitat fra intervju eller skriftlig materiale og min gjengivelse av møter, samtaler osv.

Det er vesentlig å bevisstgjøre seg selv på at informantenes liv ikke må forveksles med forskerens representasjon, sier Fjell (1996:46) og diskuterer forholdet mellom aktørenes perspektiv i forhold til forskerens. Forskeren som har gjennomført et feltarbeid sitter igjen med en mengde data. I disse data er det en mengde valgmuligheter i forhold til hva som skal presenteres og hvordan det skal presenteres. Fjell sier:

Siden forskeren fører pennen eller betjener tastaturet, vil representasjonene av aktørenes perspektiv aldri kunne bli autentisk, sett fra informantenes side (1996:47).

Som forsker bestemmer jeg hva som skal presenteres og utdypes, her ligger en stor utfordring i kvalitative metoder. Jette Fog (1994) sier at sannheten eller troverdigheten er i spill hele tiden, at det hele tiden beror på de kvalitative vurderinger og argumenter, empiriske og teoretiske, som forskeren kan fremføre underveis. Hun sier også at det man beskriver avgjøres og demonstreres gjennom hvert av de enkelte skritt man tar, og av de grunnene man legger frem for leseren. Dette krever en kontinuerlig refleksjonsprosess fra forskerens side. For å få hjelp i en slik refleksjonsprosess har jeg latt andre sykepleiere lese og gi tilbakemeldinger på hva de ser i mine data. Jeg har også lagt frem tekster og fått tilbakemeldinger fra kulturforskere. Disse dialogene/prosessen har gitt nyttige innspill og bidratt til økt refleksjon og validitet i analysen.

Runddansen i mitt prosjekt har også vært preget av spenningen jeg har opplevd ved å ha en flerfaglig tilnærming, det har blitt mange runder i datamaterialet. Som sykepleier var det naturlig for meg å analysere data ut fra kjernebegrep i sykepleie som sykdom, helse og omgivelser. Gjennom mine ”sykepleierbriller” så jeg først og fremst etter relasjonen mellom sykepleier og pasient og på det som kan være nyttig for pasienten. I de første rundene av datamaterialet var jeg derfor opptatt av effektene på de metodene informantene brukte, for eksempel effekten av meditasjon og musikk osv. I kontakt med min kulturfaglige veileder endret jeg perspektiv på dataanalysen og hevet blikket fra min vante posisjon. Min ”runddans” munnet til slutt ut i en analyse som er delt opp i 5 kapitler med disse stikkordene: Holisme, Identitet, Selvet/selvutvikling, Selvstendighet og Marked/ medikalisering (kap.4,5,6,7,8).

Perspektivene er både på individ og samfunnsnivå og er knyttet til både idéer og verdier og til helsetjenesten og yrkesprofesjoner.

## **2.6. Avslutning**

Feltarbeid slik jeg har anvendt det i denne studien, vil si å gå bredt ut og anvende metodisk kunnskap fra ulike fagtradisjoner. Dette har både fordeler og ulemper. Fordelen er at jeg har brukt tid og at mange aspekt ved fenomenet er berørt. Jeg har som person vært involvert i alle sider ved datasamlingen og jeg har ”kommet under huden” på informantene. Noen av ulempene er for eksempel at mengden data er svært stor, at det kan bli for personlig og at den

refleksive distansen blir utydelig. En av farene ved å forske i eget felt vil (sykepleier blant sykepleiere) er at man kan være ”blind” for sider ved fenomenet som man ville sett hvis man ”hadde andre briller på seg”. Mye tas for gitt og blir dermed vanskelig å få øye på.

Betydningen av forskerens egen prosess har blitt mer og mer tydelig for meg i arbeidet med denne avhandlingen. Denne prosessen er også knyttet til sykepleierens møte med kulturfaget og kulturforskerne. Avhandlingen er et resultat (”av handling”) av en skriveprosess som bygger på mange ulike møter: møter med informanter, møter med litteratur og teorier, møter med ulike fagpersoner og møter med meg selv. Alle disse møtene er feltarbeid i vid forstand.

## **Kapittel 3 Dokumentanalyse.**

### **En analyse av høringsuttalelser på NOU 1998:21 ”Alternativ Medisin” og ”Ot.prp.27 (2002-2003) Lov om alternativ behandling av sykdom m.v.”**

#### **3.1. Innledning.**

To sentrale offentlige dokument har kommet ut mens jeg har arbeidet med denne avhandlingen. Det er NOU 1998:21: ”Alternativ Medisin” og ”Lov om Alternativ behandling av sykdom m.v.” (2003). Ved å analysere aktuelle høringer på disse dokumentene, ønsker jeg å få innsikt i holdninger og oppfatninger som er viktig bakgrunnskunnskap for min studie. Hovedspørsmålet som styrte analysen av disse dokumentene var: Hvilke reaksjoner uttrykker disse høringene på innføringen av alternativ behandling i den norske helsetjenesten?

Utviklingen innen det alternative behandlingsområdet har gått fort i løpet av de årene dette prosjektet har pågått (1997-2005) og det skjer mer og mer på dette feltet (se kap.1). Det som presenteres i dette kapittelet er på mange måter begynnelsen på en prosess som vi nå er midt oppe i. Andre tema og dokumenter som kunne vært aktuelle og som har skapt debatter i miljøet, er for eksempel innføringen av moms på helsetjenester, Lov om Markedsføring, Retningslinjer for godkjenning av legemidler, Helsepersonellovens relevans for offentlig godkjente helsearbeidere som tilbyr alternativ behandling.

Dokumentene som er brukt i denne analysen er:

A. Høringsuttalelser på NOU 1998:21 om Alternativ Medisin fra:

1. Den Norske Lægeforening
2. Norsk Sykepleierforbund
3. Faggruppen for Sykepleiere for Alternativ Medisin
4. Norske Naturterapeuters hovedorganisasjon
5. Det Norske Healerforbund

Høringsfristen var 1.juni 1999.

B. Som et resultat av NOU 1998; 21 ble det i juni 2003 vedtatt en Lov om Alternativ behandling. Jeg har analysert høringer og kommentarer gitt på utkastet til denne.

1. Sykepleiere for Alternativ Medisin



2. Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon
3. Norsk Sykepleierforbund
4. Den Norske Lægeforening

Fordi store deler av det alternative behandlingsområdet defineres som terapi i ulike former hadde jeg også ønsket å lese høringsuttalelser fra psykologer, men verken Psykologforeningen eller Norsk Psykoterapi Forbund kunne finne at de hadde avgitt høringer på disse dokumentene.

### **3.2. Analyse av høringer på NOU 1998:21 Alternativ Medisin.**

I april 1997 oppnevnte Sosial og Helsedepartementet et utvalg som skulle avgi en utredning om alternativ medisin i Norge. Denne ble ferdig i desember 1998. Utvalget ble satt sammen av 17 medlemmer hvor 4 var representanter for alternativ medisinske utøvere og 6 var leger. Ingen var invitert fordi de var sykepleiere, men to av de alternative behandlerne var også sykepleiere. Utvalgets utredning ble lagt ut til høring våren 1999. Under analysen av disse høringsuttalelsene oppfattet jeg at det var ulike områder som ble vektlagt. Alle argumenterer for at de har pasienten i sentrum. Legene var først og fremst opptatt av betydningen av dokumentert effekt. Sykepleierne understreket betydningen av økt samarbeid.

Organisasjonene for alternative behandlere var positive til at alternativ medisin kom på dagsorden, men de kritiserer utredningens forslag som undertrykkende. Disse tre områdene er utgangspunkt for den videre analysen.

#### Dokumentert effekt.

Når fokus er behandling av sykdom, er det viktig å vite om behandlingen har effekt. Legeforeningens viktigste tema i høringsuttalelsen er nettopp ”dokumentert effekt”. De skriver bl.a.:

Begrepet "alternativ medisin" er etter Legeforeningens oppfatning uheldig, idet man kan få inntrykk av at det representerer vitenskapelig basert behandling med dokumentert effekt...Det er imidlertid viktig å kvalitetssikre enhver behandling som gis og sørge for at den i størst mulig grad er dokumentert og har gunstig effekt. Etter Legeforeningens syn er det viktigste å oppfordre til at alternativ behandling skaffes mer dokumentasjon før man kan drøfte for eksempel refusjonsordninger.

Legeforeningen har ikke eksplisitt definert eller forklart hva de mener med dokumentert effekt, men jeg regner det som sannsynlig at de mener kvantitative målinger av effekt på

symptomer etter dobbelblind tester og at effekten kan forklares ut fra en årsak - virknings mekanisme bygget på en naturvitenskapelig forklaringsmodell. Utredningen diskuterer krav til dokumentasjon av effekt og viser at dette er vanskelig å definere. Placebofenomenet diskuteres også. Det er kun akupunktur mot kvalme som er dokumentert som effektivt i utredningen.

Legeforeningen mener at fremstillingen i utredningen er ufullstendig, idet de beskrevne behandlingsmetoder/- filosofier får stå uimotsagt for forfatterens egen regning. Utvalget gjør riktignok en grundig vurdering av behandlingsformers effekt og bivirkninger i kapittel 13, men konklusjonene her kommer etter legeforeningens mening ikke tydelig nok frem. Utvalget har etter vårt syn ikke gått langt nok i å gi anbefalinger og fraråding. Verdt å merke seg er at utvalget finner at akupunktur har dokumentert effekt ved enkelte tilstander, mens andre former for alternativ behandling kan ha en mulig effekt som ikke er tilstrekkelig dokumentert eller at det finnes utilstrekkelig datagrunnlag til at det kan foretas en vurdering.

Legeforeningen mener det er uheldig at det ikke gis kommentarer til den sammenblanding av vitenskap og alternative behandlingsteorier som forekommer flere steder i utredningen.

I Norge er det legene som har ansvar for pasienters medisinske behandling, og behandlingene knyttes til diagnoser som er generelle og målbare. De har et større press på seg enn andre helsearbeidere til å kunne dokumentere at det de velger å tilby pasientene har en virkning som kan dokumenteres, da det bare er behandling fra lege som gir grunnlag for refusjon fra trygden. Legeforeningen skriver:

Legeforeningen er enig i at refusjon fra trygden ikke skal gis. Refusjonsordninger vil kunne gi inntrykk av at behandlingsmetodene er godkjent av det offentlige, og derfor har effekt.

En av utredningens undersøkelser viser at 2/3 av brukerne selv opplever at de er blitt friske eller bedre (NOU 1998:21 s. 16). Opplevd effekt er ikke det samme som dokumentert effekt. Det er allikevel et interessant forhold at så mange brukere opplever effekt som ikke vitenskapelig kan dokumenteres. Dette forholdet berøres ikke i høringen fra legeforeningen.

Til forslaget om å opprette en informasjonsbank sier legeforeningen at den kan være nyttig under forutsetning av at den gir opplysninger om hvorvidt behandlingen har dokumentert effekt. De mener at det alternative behandlingsområdet selv må stå for finansieringen. Det bør

settes av midler til forskning under forutsetning av at det ikke går på bekostning av ”tradisjonell” forskning, og de mener at forskningen bør legges til etablerte miljøer.

Også sykepleierforbundet poengterer at de alternative behandlingsformer som evt. skal integreres og tilbys i det offentlige helsevesen bør være tilstrekkelig dokumentert som virkningsfulle og nyttige. Sykepleierforbundet sier dette om effektbegrepet:

Effektbegrepet i alternativ medisin tolkes ofte videre enn det som vanligvis gjøres i legemiddel- og metodevurderinger i skolemedisinen. Dette vanskeliggjør tolkningen av effektundersøkelser utført innen alternativ medisin... Det bør satses på mer forskning, men det er viktig å være klar over at denne forskningen sannsynligvis må ha en annen tilnærming enn den medisinsk- naturvitenskapelige.

Sykepleierforbundet bruker deretter et avsnitt på å beskrive kvalitative metoders mulige nytte og også nytten som kan ligge i å bruke kompetanse som er bygd opp i det sykepleiefaglige forskningsmiljøet. Med denne uttalelsen mener jeg at sykepleierforbundet viser en åpen holdning til forskningsmetoder. Kan dette ha sitt grunnlag i sykepleiefagets egen kamp om å bli anerkjent som vitenskap? Sykepleievitenskapen har møtt mye motstand og det tok tid før den ble akseptert. Det alternative behandlingsområdet opplever i dag en tilsvarende kamp for å bli akseptert. Sykepleierforbundet foreslår økt bruk av kvalitative metoder i den alternativmedisinske forskningen, og de ønsker å være representert i et evt. ”senter for alternativ medisinsk forskning” som utvalget har foreslått å opprette. Dette kan tolkes som om sykepleierne ønsker å stille sin kompetanse til rådighet.

Når det gjelder effektvurderinger, så peker healerforbundet på at disse vurderingene ikke henger sammen med brukernes opplevelser og erfaringer og de kritiserer utvalget for å ha et skolemedisinsk perspektiv. De sier bl.a.:

Utvalgets vurderinger er ensidig basert på et underliggende medisinsk- naturvitenskapelig paradigme. Vi finner det bekymringsverdig om dette skal legges til grunn for forskning på alternativ medisin i Norge... Alternativ medisin må studeres både som et kulturelt, sosialt og medisinsk system, og ikke reduseres til en skolemedisinsk underavdeling.

De er ikke fornøyd med den omtalen healing får av utvalget:

Effekt av healing kan ikke avvises. Metoden må anses som kanskje effektiv, men det er ikke mulig å si noe om effekten på enkelte sykdommer eller sykdomsgrupper (NOU 1998:21 s.197).

Healerforbundet fremhever at healere ikke beskriver effekt på denne måten, da de ikke behandler sykdommer, men mennesker. I healerforbundets brosjyre om healing står det bl.a.: ”Healing er en helhetlig behandlingsmetode. Det innebærer at vi ikke behandler atskilte sykdommer.” Healerforbundet mener at det finnes så stor mengde dokumentasjon på effekt av healing at en mer riktig formulering ville være: ”Flere studier har påvist effekt av healing”.

Slik jeg ser det viser disse ulike oppfatningene og vinklingene på effektbegrepet til ulike oppfatning av virkeligheten og hvordan denne studeres vitenskapelig. Legene bruker naturvitenskapelige forklaringsmodeller hvor de vil måle effekt kvantitativt ut fra årsak virkning. Sykepleierne åpner i tillegg opp for kvalitativ forskning som kan sies å ligge under et humanistisk paradigme, hvor de i større grad vil fokusere pasientopplevelser og sammenhenger, da er ikke dokumentert effekt knyttet til selve sykdommen, men til den enkeltes opplevelser knyttet til det å være syk (som for eksempel opplevelsen av smerte). De alternative behandlerne er også opptatt av opplevelser, men i tillegg brukes forklaringsmodeller som faller utenfor naturvitenskapen, for eksempel teorier om energi. Dokumentasjon av effekt vil da være knyttet til at for eksempel fargene i aurafeltet har endret seg eller at energien i akupunkturpunktene flyter fritt osv.

I det nyopprettede nasjonale senteret for forskning på alternativ medisin (NAFKAM), som ble et resultat av NOU 1998:21, anvendes ulike forskningsmetoder. Senteret har pr. november 2003, 8 pågående prosjekt. De fleste av disse sammenligner effekt av skolemedisin mot utvalgte alternative behandlingsformer. For eksempel: effekten av legebehandling sammenlignet med akupunkturbehandling, soneterapibehandling mot migrene, sammenligne akupunktur og østrogenbehandling i overgangsalderen og en evaluering av homøopati versus legemiddel behandling mot allergi/astma. ([www.nafkam.no](http://www.nafkam.no) okt.2003). Det kommer ikke frem hvordan effektene vil vurderes, om det er pasientenes subjektive opplevelser eller objektive målinger, eller en kombinasjon. Uansett vil en kunne anta at økt mengde dokumentasjon av effekt vil kunne gi aktørene flere opplysninger og klarere informasjon når det gjelder å evt. skulle anbefale bruk av alternativer.

### Ansvar og samarbeid.

Sykepleierforbundet og de alternative sykepleierne er enige i sitt ønske om økt samarbeid.

Innledningsvis skriver sykepleierforbundet dette i sin høringsuttalelse:

For å sikre en utvikling som samlet sett skal gi et best mulig tilbud til pasienten, er det nødvendig med større åpenhet, mer kunnskap og økt forskning innen området alternativ medisin.

De sier dette om terminologiens betydning for samarbeid:

Mange av de aktuelle terapiformene har lite med ”medisin” å gjøre, og ”alternativ” antyder at det er et ”enten - eller”, heller enn et supplement og samarbeid. Etter vår mening er begrepet komplementær behandling langt mer dekkende og indikerer i større grad samarbeid og integrasjon.

Sykepleierforbundet mener utredningen er uklar og åpner for mange tolkninger når det gjelder begrensinger i adgangen til å behandle syke. Spesielt forholdet mellom lege og alternativ behandler er uklart. De presiserer faren for forskjellsbehandling hvis den alvorlig syke pasienten skal være avhengig av en leges positive/negative holdning og kunnskaper til alternativ behandling for å kunne gå til alternativ behandler. De presiserer også pasientens selvbestemmelsesrett:

Etter vårt syn er det ufravikelige kravet i utredningen om ”samarbeid eller samforståelse med pasientens lege” ikke forenlig med en myndig pasients rett til selvbestemmelse og valgfrihet. Vi stiller oss også spørrende til om den foreslåtte plikten for alternative behandlere til å melde fra til pasientens lege er i samsvar med de foreslåtte bestemmelsene om taushetsplikt.

Sykepleierforbundet ser det som en svakhet at utvalget ikke tar stilling til om nye grupper bør gis autorisasjon. De mener det bør gjøres en grundig gjennomgang av de ulike utdanningene med tanke på å gi muligheter for å gi autorisasjon/godkjenning til nye yrkesgrupper.

Sykepleierforbundet oppfatter opprettelsen av informasjonsbanker som viktige tiltak for å oppnå en økt respekt og forståelse for alternativ medisin blant helsepersonell. Det vil også kunne være en grunnleggende forutsetning for mer aktiv samhandling og veiledning og for å kunne møte pasientenes behov for innsikt, mener de.

Sykepleierforbundet uttrykker i sin høringsuttalelse et ønske om større samarbeid, og et ønske om en vurdering av hvilke behandlingsformer det kan være nyttig å integrere i helsevesenet. De går videre sterkt ut til forsvar for pasientens rett til å velge og er kritiske til at alternative behandlere skal måtte informere legen om pasientens bruk av alternativ behandling. De poengterer pasientens rett til taushetsplikt og pasientens behov for at helsepersonell har kunnskap om alternativ behandling. På dette punktet ser det ut til at sykepleierne er mer opptatt av pasientenes rett til selv å velge enn høringen fra legeforeningen viser. Dette kan igjen ha sitt utgangspunkt i de ulike rollene leger og sykepleiere har i det offentlige helsevesen. Sykepleierne står nærmere pasientene, de opplever pasientenes frustrasjon når skolemedisinen ikke har behandlingstilbud, de ser bivirkninger og de hører pasientene fortelle om erfaringer fra alternative behandlere. Fokus for sykepleie er nettopp pasientenes egne erfaringer og opplevelser med å være syk.

Høringsuttalelsen fra Sykepleierforbundet uttrykker en åpenhet for at visse alternative behandlere skal kunne autoriseres/godkjennes og ønsker en vurdering av det. På bakgrunn av at det er mange sykepleiere som utdanner seg til for eksempel akupunktører vil en slik autorisasjon kunne gi akupunktører/sykepleiere innpass som behandlere i et offentlig helsevesen. I Fagtidsskriftet Sykepleien (nr.11,1999) sier også lederen av forbundet dette om høringsuttalelsen: "Vi er åpne og søkende" Videre sier hun at de har hatt en egen høring om komplementær behandling i forbundsstyret og at de har nedsatt en arbeidsgruppe som skal se på hvilken politikk forbundet skal ha på dette feltet. Utfordringen sykepleierforbundet ser er å både ta hensyn til pasientenes rett til å velge og å beskytte pasienten mot uforsvarlig praksis-samtidig som de skal ivareta sykepleiernes rettigheter.

Hva så når en offentlig godkjente sykepleiere også har arbeid som alternativ behandler? Er de da fremdeles sykepleiere, og er det da naturlig at de er organisert i Norsk Sykepleierforbund? Sykepleierforbundet mener at de som ikke er definert som "offentlig godkjent helsepersonell" skal skilles ut. De mener at helsepersonelloven ikke bør inkludere alternative behandlere, men at de bør få en egen lov. Også de alternative sykepleierne mener at helsepersonelloven er uklar når det gjelder sykepleieres muligheter for å drive alternativ behandling. De skriver i sin høringsuttalelse:

Det er særdeles viktig at vi ikke får en lov som gjør det vanskeligere for sykepleiere og annet godkjent helsepersonell å tilby alternative behandlingsformer enn det er for andre uten slik offentlig godkjenning.

Sykepleierforbundet ser ut til å ha et uavklart forhold til egne medlemmer som også er alternative behandlere. Dette viser seg bl.a. i at de ikke ønsker ”Sykepleiere For Alternativ Medisin” som egen faggruppe under sykepleierforbundet. Legene er klare på at de ønsker at det skal være strengere krav til dem enn andre alternative behandlere. De skriver:

Det bør stilles betydelig større krav til leger enn til andre når det gjelder praktisering av alternativ behandlingsformer. Særlig viktig er det at alternative behandlingsformer ikke kommer til fortrengsel for korrekt anvendt medisinsk behandling.

Utgangspunktet for de alternative sykepleierne hørings svar er også et ønske om økt samarbeid med det offentlige helsevesen. De peker på at nettopp deres medlemmer kan være brobyggere mellom det alternative og det offentlige. Men de mener at utvalget ikke har oppfylt sitt mandat når det gjelder å skulle utrede hvilken plass alternativ medisin skal ha innenfor det samlede helsevesen. Legeforeningen mener det ikke er grunnlag for formalisert samarbeid, men de ønsker å bidra når det gjelder forskning. De skriver:

Det er ikke grunnlag for formalisert samarbeid med organisasjoner for alternativ behandling. Men legeforeningen må være positiv til dialog, f.eks. når det gjelder spørsmål om evaluering og forskning, og leger som har forskningskompetanse, bør forsøke å bidra til at forskning på alternativ behandling får akseptabel kvalitet.

De alternative sykepleierne ser sammenhengen mellom alternative behandlingsformer og sykepleie, og de ønsker økt informasjon og kunnskapsheving om alternativ behandling i de offentlige helsepersonellutdanningene.

Vi mener det er naturlig at sykepleiere skaffer seg kunnskap om ulike terapiformer for å kunne veilede og informere pasientene om- og evt. bistå han der det er behov for det ... flere av de holistiske teoriene som ligger til grunn for alternative behandlingsmetoder vil være berikende kunnskap i dagens sykepleierutdanning.

Videre har de alternative sykepleierne mange forslag til samarbeid og fremhever at de arbeider aktivt for å utvide dette. Deres offentlige godkjenning gir muligheter, men også utfordringer. Hvor går skillene mellom det offentlig godkjente og det alternative? Må det

være klare grenser? Hvem skal evt. sette grensene? Hvilken rolle skal en ”alternativ sykepleier” ha? Hvor går grensene mellom behandling og pleie? Hvordan skal et evt. samarbeid med legene fungere?

Aktuelt er også spørsmålet om de alternative sykepleiernes ”dobbeltrolle” er positiv eller negativ i forhold til pasientene. Blir pasientene forledet til å tro at de er offentlig godkjente alternative behandlere eller gir det en kvalitetssikring at behandleren har en sykepleierutdanning i bunn? Det ser ut til at det er dobbeltrollen som både skaper problemer i forholdet til sykepleierforbundet og i forhold til lovgivningen.

Legeforeningen fraråder at det etableres en registerordning fordi det vil kunne gi inntrykk av at utøveren er godkjent av en eller annen instans. De er videre enige med utvalget i at det ikke skal etableres godkjenningsordninger da en slik ordning kan gi befolkningen en falsk garanti. Det samme mener de om refusjonsordninger:

Legeforeningen er enig i at refusjon fra trygden ikke skal gis. Refusjonsordninger vil kunne gi inntrykk av at behandlingsmetodene er godkjent av det offentlige, og derfor har effekt.

Legeforeningen mener at alle som tar syke i kur bør underlegges krav til dokumentasjon, kvalitetssikring m.m. Og de støtter forslaget om at alternativ behandling av alvorlig syke må forutsette et samarbeid med lege, men de påpeker at:

En ulempe med dette kan etter vårt syn være at legen må forholde seg til metoder med reduserte krav til dokumentasjon og kvalitet. Legen blir dermed den som legitimerer bruk av alternativ behandling.

Videre understrekes at grunnlaget for supplerende alternative behandlingstilbud må være felles virkelighetsforståelse hos lege og alternativ behandler, og de støtter forslaget om at legen skal ha det siste ordet når det gjelder å vurdere om det alternative behandlingsopplegget kan være skadelig.

Legeforeningen har selv foretatt en undersøkelse blant sine medlemmer som konkluderer med at medlemmene har for lite kunnskaper (se over). Slik jeg ser det står den manglende kunnskapen i kontrast til legenes uttalelse om at det bør være leger som skal vurdere om det alternative behandlingsopplegget kan være skadelig for pasientene.



Alternative behandlere ønsker ikke et samarbeid hvor legen har det overordnede ansvar for behandlingen. De mener at dette forslaget er et tegn på skolemedisinens hegemoniske posisjon hvor legene sitter med all makt.

#### Opplevelse av makt og undertrykking.

Healerforbundet og naturterapeutenes organisasjon har flere medlemmer som også er sykepleiere. Organisasjonene er positive til at alternativ behandling er satt på dagsorden gjennom en egen utredning, men de er kritiske til store deler av innholdet. Healerforbundet skriver bl.a.:

Utredningen er gjennomsyret av en tiende, implisitt holdning om antatt biomedisinsk sannhet og objektivitet. Det vi finner mest slående er den dype kontrasten mellom utvalgets mange positive intensjoner kontra den reelle innskrenkningen i behandlingsretten som ligger i lovforslaget.

Også når det gjelder sammensetningen av medlemmer i utvalget, er de kritiske. De mener at det er for få alternative behandlere og for mange leger i utvalget. Videre er de kritiske til at utvalget ble konstituert i grupper, og at en ledergruppe uten representanter fra de alternative behandlerne har tatt avgjørelser på utvalgets vegne.

De savner en drøfting av virkelighetsoppfatninger og vitenskapsparadigmer og mener at vurderingsgrunnlaget for alternative behandlingsformer i stor grad er underlagt det de kaller ”medisinens kroppsteknologiske holdninger”. De savner også en åpenhet om den kampen som faktisk har vært mellom alternativ behandling og skolemedisin.

Videre uttrykker healerforbundet det som positivt at utøverne selv kunne levere stoff til utvalget, men de er kritiske til hvordan deler av dette stoffet ble behandlet, bl.a. viser de til en del feilsiteringer og utelatelser som de mener er alvorlige. De er også kritiske til at ikke lovgivning og praksis fra aktuelle land som Nederland og Storbritannia ble presentert i utredningen.

Healerforbundet mener utredningen utvider legenes monopol og at dette ikke er i tråd med utredningens hensikt. Begrunnelsen ligger bl.a. i utredningens bruk av begrepet alvorlig sykdom. Dette begrepet anses som et vidt begrep, og hvis alle som behandler personer med

alvorlig sykdom må ta initiativ til samarbeide med pasientens lege vil det i praksis gi legene mer makt. Spesielt fordi legen er den som skal vurdere ”på faglig grunnlag” om pasientens valg skal kunne føre til at den alternative behandleren skal straffes. De ønsker en debatt om det de oppfatter som legenes og skolemedisinens hegemoniske posisjon i det norske helsevesen.

Videre er healerforbundet kritiske til at alvorlig syke kun kan tilbys alternativ behandling uten meldeplikt til lege der det offentlige helsevesen ikke har behandling å tilby. De sier:

Er det i syke menneskers interesse at det er først når de er ”oppgitt” av helsevesenet (les skolemedisinen) at de fritt skal kunne oppsøke alternativ behandling uten meldeplikt til lege?

Også de alternative sykepleierne kommenterer at utredningen legger opp til at legers monopol styrkes mer enn svekkes. De skriver:

Det mest kontroversielle er kanskje at den alternative behandler har plikt til å informere pasientens lege om at pasienten går til alternativ behandling... Er ikke dette en praksis som blir unødvendig tungrodd og som tjener behovet for kontroll mer enn pasientens interesse for helsehjelp ?

Slik jeg ser det har healerforbundet et syn på sykdom og en tilnærming til pasientene som skiller seg sterkt fra den offisielle medisin. De mener at deres behandlingsmetoder blir motarbeidet fordi den representerer et brudd med den offisielle behandlingskultur. Healerforbundet er svært kritiske til legene og til skolemedisinen som de mener har fått for stor innflytelse i denne utredningen. Deres sterkeste kritikk er mot legemonopolet og de mener at utredningen heller skjærer enn løser opp dette monopolet. De mener at dette ikke tjener pasientene. Deres erfaringer er at pasientene ikke sier ifra om at de lider av alvorlige sykdommer fordi de da ikke lovlig kan behandles av en healer. Healerforbundet har ved flere anledninger vært medansvarlige for kampanjer om ”Fritt helsevalg” og mener at de er pasientenes advokater. Men det å ”spille på” pasientenes beste, er noe alle som tilbyr helsetjenester gjør, og i den forbindelse vil det være nødvendig med dokumentasjon som viser at de faktisk tilbyr pasientene noe godt og nyttig. Dokumentasjonen må også bli synlig og kjent, noe som har vært et problem for forskning på healing (Widell 1998). Men utvalgets tross alt åpne holdning med formuleringen ”*En effekt av healing kan ikke avvises*” kan også tolkes som et første steg mot å akseptere healing. I en samtale med utvalgsleder Jarle

Aarbakke etter at utredningen var avlevert, ble det også eksplisitt uttalt at den mengde dokumentasjon utvalget hadde mottatt om healing var så overbevisende at fenomenet ikke kunne avvises. Undersøkelser blant leger viser at de er svært skeptiske til healing (Tidsskrift for Norsk Lægeforening nr. 17. 1997). Launsø (2001) har intervjuet leger i Danmark som selv gir tilbud om healing. Disse legene vil sjelden stå frem som healere fordi healing etter deres mening er tabubelagt blant leger. Healere vil måtte regne med å møte problemer hvis de blir pålagt å samarbeide med leger. Healerforbundet ønsker ikke samarbeid på premisser de mener favoriserer skolemedisinen. På den annen side vil man kunne forvente at legen vil måtte forholde seg åpent til evt. gode resultater også fra en healer. Slik det er i dag vil kanskje ikke pasienten si ifra at han går til healer og derfor vil heller ikke legen få rede på sammenhengen mellom healingen og de evt. positive resultatene pasienten erfarer. (I Lokalavisen "Lindesnes" 08.10.1995, kunne vi lese om en pasient som hadde fått healing og var blitt frisk fra en 4 år gammel knusningsskade i kneet. Kommunelegen gav ham friskmelding med denne forklaringen, men fikk refs av fylkeslegen for å gjøre det).

Naturterapeutene er enige med healerforbundet i deres kritikk, dvs. kritikk av sammensetningen, kritikk av mangelfull dokumentasjon/informasjon fra andre land, kritikk av effektvurderingen, at oppfatningen om at utredningen styrker mer enn svekker legenes monopol. De er også enige om at pasientenes selvbestemmelsesrett svekkes, at det er uklare retningslinjer for dem som er offentlig godkjente helsearbeidere og alternative behandlere, og de mener at fremstillingen av de ulike behandlingsformene er mangelfull.

Naturterapeutenes organisasjon er stor, og flere av medlemmene deres er offentlig godkjente helsearbeidere i tillegg til alternative behandlere. De skiller seg ut med å ønske en registerordning, og det kan ha sin bakgrunn i at registerordningen skal tilknyttes organisasjoner og at de selv representerer en organisasjon som er godt innarbeidet, dvs. at medlemmene allerede er registrert, de har et etisk regelverk og de fleste har en lengre utdanning (i motsetning til healere hvor utdanning ikke nødvendigvis har betydning).

Healerforbundet mener at forslaget om å kreve medlemskap i en organisasjon for å kunne registreres, strider i mot organisasjonsfrihetsprinsippet.

Uttalelsene fra naturterapeutene og healerforbundet kan tolkes dit hen at de ønsker et åpent regelverk som verdsetter deres kompetanse, de ønsker at kompetansen gjøres kjent og at det

settes i gang forskning. De begrunner det i pasientens frie valg og viser til det store antall som faktisk bruker alternativ behandling. De ønske samarbeid med skolemedisinen, men er redd for legenes makt.

Forholdene mellom medisin og makt var gjenstand for en egen rapport i Makt og demokratiutredningen (1998-2003, Rapport nr. 57, 2003). Forholdet til det alternativmedisinske feltet ble ikke tatt eksplisitt opp, men flere kilder til medisinsk makt ble nevnt. Maktens kompleksitet ble poengtert bl.a. ved å henvise til at makt ofte er utydelig, blandet og kamuflert i kjærlighet, i labyrinthiske byråkratier og i ideelle motiver. Når legens selvbilde er hjelperens, er det fremmed for oss å snakke om makt, sier Fugelli, Stang og Wilmar i rapportens første kapittel. I høringene om alternativ medisin er det nettopp pasientens beste som legene trekker frem som begrunnelse for sine meninger. Det samme gjør sykepleierne og de alternative behandlerne, men uten samme tyngde eller posisjon som legene. Rapporten presenterer ulike definisjoner på makt, for eksempel: ”Evnen til å frembringe tilsiktede virkninger” eller ”En aktørs (person eller institusjon) generelle makt defineres som dennes kontroll over utfallet av verdifulle hendelser” (2003:4). Sett på denne måten har legene større makt enn alternative behandlere ved at de er godt representert der avgjørelser tas. Tidligere leder av Naturterapeutenes Hovedorganisasjon, sykepleier Britt U. Bjørgang henviser til legene når hun sier:

Tenk å kunne stå frem på for eksempel TV og på grunnlag av egen tittel bare konstatere at sånn er virkeligheten i den ene eller andre retningen og monopolet og makten sikrer at man blir hørt og trodd? (sitat fra tale ved 10 års jubileum).

Hvem og hva som har makt kompliseres ytterligere når man ser helsetjenesten i et økonomisk administrativt perspektiv. Følelsen av avmakt og utbrenthet er stor i alle helsepersonellgrupper som stadig utsettes for krav om økende produksjon og effektivitet.

### **3.3 Analyse av Høringer på Lov om alternativ behandling.**

I kjølevannet av NOU 1998:21 ”Alternativ Medisin” ble det foreslått å lovregulere utøvelse av alternativ behandling. I juni 2003 ble en ny lov vedtatt. Denne skulle erstatte den gamle ”Kvakksalverloven”. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter som søker eller mottar alternativ behandling samt å regulere adgangen til å utøve slik behandling. Loven berører en registerordning, taushetsplikt, behandling av allmennfarlige og alvorlige sykdommer, beskyttede titler og markedsføring samt straff.

Lovforslaget var ute til høring i fagmiljøene våren 2003. I dette avsnittet vil jeg kort analysere noen av de kommentarene som er avgitt på lovforslaget. Jeg har lest høringsuttalelsen fra Norsk Sykepleierforbund, et notat fra den Norske Lægeforening, kommentarer fra Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon, høringsuttalelse fra faggruppen Sykepleiere for Alternativ Medisin.

Faggruppen av Sykepleiere for Alternativ Medisin har lagt mye arbeid ned i denne høringen, de har skrevet artikler, debattinnlegg, kommentarer osv, og deres høringsuttalelse var omfattende (9 sider). Legeforeningen derimot, har ikke har avgitt noen formell høringsuttalelse men har skrevet et kort notat i forbindelse med et møte med Sosialkomitéen i april 2003.

Legene er spesielt opptatt av restriksjoner for å hindre at pasienter blir utnyttet, villedet eller skadet. De er også opptatt av at loven skal håndheves og at alternative behandlere underlegges kontroll og tilsyn.

Sykepleierforbundet understreker at alternativ behandling er komplementær, dvs. at den kommer i tillegg til ordinær medisin. De støtter ikke en registerordning fordi de er redde for at utøverne da kan oppfattes å ha en myndighetsgodkjenning. De fraråder også at alternativ behandling tas inn som tema i utdanning av sykepleiere.

De alternative behandlerne er spesielt opptatt av legenes fortsatte overordnede myndighet og det de oppfatter som biomedisinsk monopol. Videre er de opptatt av det de oppfatter som pasientenes manglende valgmuligheter. De påpeker problemet med begrepet ”alvorlig sykdom”, og de har også flere kommentarer knyttet til forskning og påpeker at den må gjøres friere enn den er i dag.

Min analyse av høringene har munnet ut i tre hovedtema:

1. Legenes autoritet og biomedisinens hegemoni
2. Sykdomsbegrepet
3. Pasientens valgmuligheter.

### Legens autoritet og biomedisinens hegemoni.

Loven krever at alternative behandlere som behandler ”alvorlig syke”, må gjøre dette i samarbeid med pasientens lege.

Legeforeningen støtter lovforslaget, og begrunnelsen ligger i en oppfatning av hva som er pasientens beste, dvs. at de mener at pasientene kan bli utnyttet, villedet og skadet av alternative behandlere som ikke har effektiv behandling å tilby. Dette er sykepleierforbundet enig i, mens de alternative sykepleierne reagerer svært sterkt på dette og mener at loven bidrar til å styrke et allerede sterkt legemonopol (se over). Som behandlere står de i et konkurranseforhold til legene, noe de ikke gjorde som sykepleiere. De mener at pasientene fratras ansvar og at legenes makt og kontroll er like sterk i den nye loven som den var i den gamle ”Kvakksalverloven” av 1936. I ”Kvakksalverloven” var visse aktuelle sykdommer konkret beskrevet, mens i det nye lovforslaget er det kun en generell formulering: ”alvorlig sykdom”.

Legene sier det bl.a. slik:

Et av hovedhensynene ved regulering av alternativ behandling er hensynet til å beskytte pasienter - og da særlig alvorlig syke pasienter mot å bli utnyttet på en slik måte at vedkommendes liv, helse og private økonomi settes i fare.

Og videre:

Legeforeningen støtter forslaget om at alvorlig syke kan få alternativ behandling når det skjer i samarbeid eller samforståelse med legen. Det bør imidlertid tydeliggjøres at legen som i samforståelse med pasienten ”aksepterer” bruk av alternativ behandling ikke blir ansvarlig for ev. negative konsekvenser som følge av denne behandlingen. I denne sammenheng er formålet å åpne for pasienters valgfrihet betinget av informasjon til legen, slik at legen kan bidra med sin vurdering og eventuelt melde klart fra at slik aksept ikke vil bli gitt (Notat 3.4. 2003).

Kan den holdningen som kommer til uttrykk her også ha sammenheng med at erstatningsansvar er blitt mer og mer aktuelt? Kan fastlegeordningen komplisere dette? Disse spørsmålene berøres ikke av legeforeningen, men de alternative sykepleierne mener at den nye loven er å ta et skritt frem og to tilbake i forhold til legenes monopol. De sier bl.a:

Eventuelle yrkesmonopol må knyttes til metodene, ikke til pasient eller diagnosegrupper ( <http://www.sfa.no/aktuelt.php?id=72> ).

I en kommentar til lovforslaget sier lederen av faggruppen for alternative sykepleiere:

All ”alvorlig sykdom” foreslås underlagt legemonopol, dette er en omfattende utvidelse av monopolen i forhold til de sykdommer som er listet opp i kvakksalverloven. Alvorlig sykdom er nettopp sykdom hvor legene ofte kun kan bidra med symptomkontroll (<http://www.sfa.no/aktuelt.php?id=64> ).

Videre mener de alternative sykepleierne at det er urimelig at leger kan hindre pasienter i å oppsøke alternative behandlere uten at det kreves at de har kunnskaper om behandlingsformene og de påpeker det som urimelig at legene ikke har plikt til å svare på henvendelser fra alternative behandlere når alternative behandlere på sin side må gi melding til behandlende lege hvis de tar i mot pasienter med alvorlige lidelser. Hva som er alvorlige lidelser mener de alternative sykepleierne oftest avgjøres av hvor spesialiserte kunnskaper legene har på området.

De alternative sykepleierne er også opptatt av at forskningen på alternativ behandling skal være fri, og de er mistenkelige til den posisjon NAFKAM (Nasjonalt Forskningscenter for Komplementær og Alternativ Medisin) har fått, fordi de mener den i stor grad forsker på skolemedisinens premisser.

Denne uenigheten mellom legene og de alternative sykepleierne kom også til uttrykk i høringene til NOU 1998:21 og opplevelsen de alternative sykepleierne den gang hadde av undertrykking er bare blitt forsterket ved dette lovforslaget. De mener at legene utnytter den posisjon de har i vårt samfunn. Det som er annerledes i denne høringen, er sykepleierforbundets manglende kommentarer på dette. I den forrige høringen hadde de en tydeligere mellomposisjon som viste ønske om samarbeid, mens denne høringen i stor grad er sammenfallende med legenes. Det ser ut til at sykepleierforbundet ikke oppfatter alternativ behandling som viktig for sykepleiere. På forslag om å inkludere alternativ behandling som tema i de offentlige utdanningene sier de:

NSF vil fraråde at grunnutdanningen pålegges å innføre undervisning om alternativ behandling, da en ytterligere styrking av eller økning i antall fagområder ikke lar seg gjøre uten en utvidelse av timetallet. ... Det er uheldig å innføre nye kunnskapsområder som kan hindre studentene i å ivareta de faglige utfordringene de allerede står overfor.

Denne uttalelsen viser at sykepleierforbundet mener at sykepleierutdanningen i fremtiden også kun skal presenteres for biomedisinske oppfatninger om sykdom og behandling.

Oppfatningen om å ikke slippe alternativ behandling inn i utdanningen er på kollisjonskurs med medlemmenes store interesse for alternativer (se kap.1), og departementets rammeplaner for utdanning. Helsefaglige utdanninger på høyskoler og universitet har i dag (2005) alternative behandlingsformer på pensum og det arbeides med nasjonale undervisningspakker (nafkam.no).

### Oppfatninger om sykdom.

Lovforslaget bruker begrepet sykdom på en måte som skaper debatt.

I Lovteksten står det i §7 om behandling av alvorlige sykdommer og lidelser:

- Behandling av andre alvorlige sykdommer og lidelser enn dem som omfattes av § 6 skal heller ikke utøves av andre enn helsepersonell.
- Andre enn helsepersonell kan likevel utøve behandling som utelukkende har til hensikt å lindre eller dempe symptomer på eller følger av sykdommen eller lidelsen eller bivirkninger av gitt behandling, eller som har som formål å styrke kroppens immunforsvar eller evne til selvhelbredelse.

Kommentarene viser at legene og de alternative sykepleierne har ulike syn på sykdom og behandling. Sykepleierforbundet kommenterer ikke sykdomsoppfatningen.

I legeföreningens notat står det:

Legeföreningen støtter forslaget om at det skilles mellom behandling av sykdommen - og lindrende tiltak eller tiltak som skal dempe symptomer eller følger av sykdommen eller styrke immunforsvaret.

Mens de alternative sykepleierne skriver:

Når menneskene gis rom for å fortelle om sine sykdommer så forteller de om sine liv. I biomedisinen er det kun de biologiske aspektene av sykdom som er gjenstand for interesse og for intervensjon, sykdom blir redusert til et rent biologisk problem som skal løses mekanisk eller kjemisk. Denne problematikken reflekteres i departementets forslag hvor det hevdes at alternative behandlere fritt skal kunne behandle kroppen og det personlige rundt sykdommen, men ikke selve(diagnosen) sykdommen. ... Det er umulig å behandle "kroppen" eller "personen" uten å påvirke "sykdommen", i den virkelige verden er nemlig mennesket en funksjonell helhet.  
(<http://www.sfa.no/aktuelt.php?id=72>)

For å avklare hva loven sier, ba de alternative sykepleierne om et møte med avdelingsdirektør Røynesland i HD. De fikk da (28. 01. 2003) denne utdypingen av § 7 andre ledd:



Det er en innsats rettet direkte mot den biokjemiske /patologiske prosessen som er forbeholdt helsepersonell. Utøvere som ikke er helsepersonell, og som ikke har samtykke fra lege, har etter dette lovforslaget likevel lov til å ha helbredelse som intensjon så lenge de tilnærmer seg sykdommen på en indirekte måte. Om pasienten blir helbredet for sin sykdom vil dette derfor ikke være straffbart, selv om pasientens lege ikke var orientert eller ikke samtykket i behandlingen... Det er tillatt å ha en intensjon om helbredelse av sykdommen.

De alternative sykepleierne peker på at dette svaret står i kontrast til uttalelser fra Vegard Nore som er rådgiver i Sosial og Helsedirektoratet ([www.forskning.no](http://www.forskning.no)). Han sier(17.03.2003):

Hvis en person har en alvorlig sykdom, for eksempel kreft, vil ikke alternative behandlere ha anledning til å ta pasienten i kur med kurerende formål.

Hva som menes med kur og kurerende i forhold til behandling og helbredelse virker uklart. De alternative sykepleierne mener at det ikke er mulig for alternative behandlere å skille mellom det å behandle eller lindre personens symptomer og den diagnosen pasienten har. Å styrke immunforsvaret eller pasientens selvhelbredende krefter ansees som effektivt også mot diagnosen pasienten måtte ha. De mener det er umulig å avklare hvilke terapier som virker direkte og hvilke som virker indirekte, for eksempel vil kosttilskudd og urtebehandling være terapiformer som direkte påvirker biokjemiske prosesser i kroppen. Spørsmålet er om dette er forbudt eller ikke forbudt behandling.

Det som er den tydeligste forskjellen mellom de alternative behandlerne og legene er om sykdom kan isoleres fra symptomer, følger av sykdommen og fra immunforsvaret. De alternative behandlerne mener nei, legene mener ja.

#### Pasientens beste og pasientens valgmuligheter.

Alle de tre gruppene mener at de har pasientens beste som styrende for sine oppfatninger. Legeforeningen og sykepleierforbundet er enige når det gjelder behovet for en lov som skal beskytte pasientene. Samtidig uttrykker de støtte til pasientenes valgfrihet. Men beskyttelsen er overordnet.

Legeforeningen uttrykker:

Legeforeningen mener at befolkningens ønsker om stor grad av valgfrihet når det gjelder ulike behandlingsformer må respekteres. Legeforeningen legger også til grunn at tro og håp kan være viktig for den enkelte selv om det ikke kan dokumenteres effekt. Tro og håp kan imidlertid ikke være tilstrekkelige kriterier for offentlig legitimitet og ressursbruk. Vi

må påse at samfunnets helseressurser blir benyttet rasjonelt og hensiktsmessig til befolkningens beste.

Videre sier de:

For legeforeningen blir det helt sentralt å vurdere om lovforslaget gir tilstrekkelig beskyttelse for syke mennesker- først og fremst ved at de får nødvendig helsehjelp ved behov, og ikke slår seg til ro med udokumentert behandling”.

Sykepleierforbundet er også redd for at pasientene skal bli utnyttet. De skriver:

Det er av overordnet betydning at pasientenes sikkerhet ivaretas, og at disse ikke utsettes for risiko, skade eller komplikasjoner. Selv om pasientenes autonomi, med- og selvbestemmelse er et overordnet prinsipp, må det sikres at de ikke utnyttes i en sårbar situasjon.

(<http://www.sykepleierforbundet.no/nettside/nsfmain.nsf.webshow/50A302C3736760F2>)

De alternative sykepleierne har tiltro til at utøverne ikke utnytter pasientene og ser ikke det samme behovet for beskyttelse, selv om de også ønsker å bli underlagt kontroll og tilsyn.

De skriver bl.a:

Vi mener at forslag til innskrenkinger i retten til å helbrede syke, må begrunnes i eventuelle fakta og ikke i antagelser, ønsker eller påståtte behov for å beskytte syke mennesker.

De fremhever pasientene som postmoderne mennesker som selv søker valg og som ikke godtar en stor sannhet.

På den ene siden er det slik at dagens mennesker har god tilgang på informasjon og gjør selvstendige vurderinger om egen sykdom og helse. De setter seg selv i sentrum for de valgene de gjør, ikke biomedisinsk kunnskap. Pasienter er blitt mer krevende og reflekterte. Leger betraktes ikke nødvendigvis lenger som forvaltere av den eneste sanne kunnskap om helse. Leger oppfattes som eksperter på en type kunnskap, og pasienter søker aktivt supplerende former for kunnskap andre steder. På den annen side så oppfattes legene som eksperter som kan ta valg på andres vegne og forventningene er at valgene legen gjør er til pasientens beste.

Det at pasienter skal få økt beskyttelse gjennom lovgivning oppfattes altså ulikt, spesielt legene mener at lovforbudet burde vært mer omfattende enn forslaget fra departementet. De sier:

Legeforeningen mener derimot at lovforbudet burde være mer omfattende. I § 5 er det forbud mot metoder som kan innebære ”alvorlig helserisiko”. Vi mener at det bør være tilstrekkelig for forbud at metoden innebærer ”helserisiko” for pasienter.

Det er ikke lett å vurdere hva som innebærer helserisiko, og det er vel også slik at biomedisinsk behandling i flere tilfeller kan innebære helserisiko (for eksempel bivirkninger av medisiner). Helserisiko må alltid veies opp mot forventet helsegevinst.

#### Forholdet til hverandre.

De alternative behandlerne har en oppfatning av legene som maktsyke som arbeider for monopol på behandling av syke mennesker ut fra en oppfatning av sykdom og behandling som er svært snever. Både sykepleiernes og legenes holdninger til de alternative behandlerne er preget av en oppfatning om at alternativ behandling i liten grad er virksom og at alternative behandlere er ute etter å tjene penger på forsvarsløse pasienter. Legene ønsker bl.a. strengere krav til samtykke, de er uenige i at andre skal kunne samtykke på pasientens vegne. De mener det bør være en 18 års grense. Videre sier de:

Markedet består av alt fra utøvere som bevisst villeder alvorlig syke pasienter ut fra økonomiske motiver- til utøvere som ønsker å drive seriøs virksomhet for å avhjelpe ulike helsetilstander... Det primære målet med reguleringer må være hensynet til pasienten og til folkehelsen- ikke hensynet til den alternative behandlerens ønske om fri utfoldelse... Nye behandlingsretninger omgår loven ved å tilby kurs i stedet for behandling. Risikoen med denne virksomheten er at den ber alvorlig kreftsyke pasienter om å stanse behandling med cellegift og stråleterapi.

Videre ønsker både sykepleierne og legene å ha restriksjoner i adgangen til markedsføring. Det er enighet om at helsepersonelloven skal være overordnet og gjelde for dem som i tillegg til å være alternativ behandler også er offentlig godkjente helsearbeider. En avklaring i forhold til dem som er både offentlig godkjente og alternative behandlere gir denne loven ikke. Det vil si at informantene i min studie fremdeles står i en mellomposisjon. Noen er usikre på om det lønner seg å si ifra seg sin offentlige godkjenning som sykepleier, selv om de mener at en grunnutdanning i sykepleie er en kvalitetsikring i møte med pasientene. De alternative sykepleierne uttrykker i debattinnlegg at de er skuffet over manglende støtte fra sin ”moderorganisasjon”, sykepleierforbundet (sfa.no).

### **3.4. Oppsummering og avslutning.**

Sentrale høringsuttalelser på NOU 1998:21 "Alternativ Medisin" ble diskutert ut fra temaene dokumentert effekt, samarbeid og undertrykking. Legene har krav om dokumentert effekt som sitt hovedargument. Hva som ligger i at behandlingsmetoder vitenskapelig kan dokumenteres som effektive er det uenighet om. Sykepleierforbundet er opptatt av økt samarbeid mellom aktørene, men de er uklare på hvordan de vil bidra til dette. Også legene er uklare på hva de vil bidra med i et evt. samarbeid. De alternative sykepleierne er tydelige på at de ønsker å være brobyggere, men uttrykker også sterke opplevelser av undertrykking. De alternative organisasjonene uttrykker unisont en opplevelse av undertrykking. Forholdet mellom medisin og makt ble derfor berørt.

Høringene på det nye lovforslaget kom 4 år etter den offentlige utredningen og viser at det fortsatt er stor uenighet mellom leger og alternative behandlere. Mange av holdningene er preget av manglende kunnskaper om hverandre. Er det for eksempel slik at det ikke finnes dokumentasjon på effekt av alternativ behandling, og at mange blir økonomisk utnyttet? Er det for eksempel slik at legene kun tenker i biomedisinske diagnosebokser når de velger behandling for sine pasienter? Hva mener egentlig brukerne/pasientene selv? osv. osv. Slik jeg ser det er det fremdeles stort behov for kommunikasjon mellom de ulike partene, det er nødvendig å trekke frem erfaringer fra andre land og det er nødvendig med forskning på feltet.

Sykepleierne viste ved høringen av NOU 1998:21 en vilje til samarbeid, dette var ikke tydelig i høringen til den nye loven, der viste sykepleierne større grad av skepsis mot alternativ behandling.

Mye har skjedd de siste årene. Åpenheten mot alternativer er økende, selv om resultater fra undersøkelser blant leger viser at de fremdeles er langt mindre positive enn annet helsepersonell. En konferanse arrangert av Norsk Sykehus og Helsetjenesteforening i desember 2004 hadde tema "Alternativ behandling og skolemedisin i samhandling" På denne konferansen var det både leger, sykepleiere, alternative behandlere, representanter fra høyskole og universitetsmiljø samt representanter fra Helse og omsorgsdepartementet. Som deltager opplevde jeg at det var stor grad av åpenhet og imøtekommenhet fra alle parter, prosessen mot bedre samarbeid er i gang. Statssekretær Elisabeth Aspaker i helsedepartementet sier i en tale (17.12.2004) ved åpningen av nye lokaler for NAFKAM

(Nasjonalt Forskningscenter for Komplementær og Alternativ Medisin) at alternativ behandling er gått fra å være et minefelt til å være et seriøst forskningsfelt. Hun poengterer i denne talen at sykdomsbegrepet og begrepet om behandlingseffekter er sosiale

konstruksjoner, som kan betraktes fra forskjellige perspektiver. Hun sier det kan omfatte:

\*Den subjektive opplevelsen av sykdom og behandlingseffekter - eller det som på engelsk benevnes illness.

\*Folkelig klassifisering av sykdom og behandlingseffekter.

\*Vitenskapelig, objektiv, skolemedisinsk klassifisering av sykdom og behandlingseffekt- eller det som på engelsk kalles disease.

Videre sier hun at de i tillegg til konvensjonelle kliniske forsøk i tråd med en skolemedisinsk forståelse, vil vektlegge pasienters subjektive opplevelser av symptomer, sykdom, behandling og at opplevelse av mening og mestring skal inkluderes i forskning på alternativ medisin.

Slike tilnærminger ligger nært opp til kjernen i sykepleiefaget, noe som kan åpne opp for at alternative sykepleiere har relevant kompetanse for kunnskapsutvikling i det alternative feltet.

## **Kapittel 4 Holisme.**

### **Holisme som sentralt begrep i sykepleie, alternativ behandling og i New Age.**

#### **4.1. Innledning**

Når sykepleiere som velger å tilby alternativ behandling skal beskrive hva de gjør og hvorfor de gjør det, bruker de ofte begrepene helhetlig og holistisk. De hevder at alternativ behandling gir dem muligheten til å jobbe helhetlig. Lederen av faggruppen ”Sykepleiere for Alternativ Medisin” (SFA) foreslår å endre navnet til: ”Forening for Holistisk Sykepleie (FHS). Hun skriver: ”Er *det kanskje en idé at vi kaller oss holistiske sykepleiere?*” ([www.sfa.no](http://www.sfa.no)).

Med ordene helhetlig og holistisk vil sykepleierne understreke sitt alternative ståsted. Holisme og helhet er sentrale begrep i New Age, men begrepene er også velkjente begrep i den teoretiske sykepleien. I dette kapittelet vil jeg beskrive hvordan holismebegrepet brukes og diskuteres i sykepleie og i New Age og jeg vil analysere de alternative sykepleiernes oppfatninger om holisme i lys av dette. Begrepene helhet og holisme går over i hverandre, jeg gjør ikke noe forsøk på å skille disse begrepene.

Holisme anser jeg som et overordnet begrep, det berøres derfor i flere kapitler. I kapittel 5 ligger holisme implisitt i oppfatningene om Selvet og diskusjonen om mening, i kapittel 6 viser jeg hvordan informantenes opplevelse av å arbeide helhetlig som alternativ behandler styrker deres profesjonelle identitet og i kapittel 7 er helhet et viktig tema knyttet til den spenningen informantene erfarer mellom pleie og behandling, mellom lege og sykepleier og mellom det maskuline og feminine. I kapittel 8 diskuterer jeg om en holistisk tilnærming fremmer medikaliseringstendenser.

#### **4.2. Holisme i sykepleie og helsearbeid.**

Den sørafrikanske politikeren Jan C. Smuts (1926) regnes som den som innførte begrepet holisme for å betegne ”den fundamentale faktor som er operativ frem mot å kreere helheter i universet” (Karolisussen 2002). Han hevdet at denne helheten var mer enn summen av bestanddelene. Senere er begrepet tatt i bruk i ulike sammenhenger.

I den norske teoretiske sykepleien blir holismebegrepet hovedsakelig brukt for å beskrive sykepleiens menneskesyn. I en mye brukt pensumbok i sykepleie står det på denne måten:

Med helhetlig menneskesyn menes at mennesket betraktes som en enhet av kropp, sjel og ånd. Innenfor et humanistisk menneskesyn anerkjennes menneskets åndsdimensjon på linje med menneskets fysiske, psykiske og sosiale dimensjon (Kristoffersen 1996:260).

Kristoffersen setter et spesielt søkelys på åndsdimensjonen, og jeg mener at det henger sammen med at det åndelige oppfattes å ha vært lite vektlagt i den profesjonelle sykepleien. Naturvitenskapelig kunnskap har vært dominerende sammen med samfunnsvitenskapelige tema. I andre definisjoner av hva et holistisk menneskesyn innebærer, fremheves også det at man ikke kan skille person og situasjon. I sin presentasjon av omsorgsteorien til Benner og Wrubel som også er mye brukt i utdanning av sykepleiere, sier Trulte Kongsmo: ”De har et holistisk menneskesyn som innebærer at man ikke kan se kropp og sinn atskilt, eller skille personen og situasjonen” (1995:48). Jeg mener denne presiseringen er gjort for å tydeliggjøre en avstand til den oppdelingen mange sykepleiere opplever i helsevesenet. Helhet eller holisme brukes på denne måten til å beskrive mennesket og menneskelige relasjoner og beskrivelsen er ment å være styrende for sykepleierens møte med pasienten. I sin bok om sykepleiens grunnlag sier sykepleieren og professoren i etikk Per Nordvedt:

Mens legene må skue delene for å kunne behandle helheten, må sykepleieren hele tiden ha blick for helheten i delene... Sykepleierens primære fokus som fag er omtanke for personen i sykdommen, diagnosen som levd erfaring, det syke mennesket (1998:57).

Videre sier han at helhetlig sykepleie er en av de mest fundamentale innsiktene i Nightingales sykepleieforståelse hvor sykepleiens dynamikk ligger i å støtte opp under helbredelsesprosessene. En helhetlig tilnærming som tar utgangspunkt i pasientens subjektive erfaring med sykdom oppfattes å være sykepleiens kjerne.

Holisme og helhet er begreper som lenge har vært diskutert i sykepleie. Diskusjonene knyttes ofte til dikotomien holisme- reduksjonisme (se også kap.7). Reduksjonisme har vært et negativt ladet begrep og norsk sykepleiefaglig litteratur fremhever stadig betydningen av at sykepleie er humanistisk og helhetlig, ikke positivistisk og reduksjonistisk. En av dem som har deltatt i debattene er Herdis Alvsvåg (1997) som er en anerkjent og mye brukt forfatter i sykepleiefaglige pensumbøker. Hun trekker frem det vanskelige ved å bruke begrepene helhet/holisme. Hun sier at det å se på mennesket som en ikke-reducerbar helhet representerer en holistisk tradisjon hvor helheten alltid er mer enn summen av delene. Når reduksjonister snakker om helhet er summen av delene helheten. Hun peker på at de to gamle tradisjonsrike

begrepene; reduksjonisme og holisme har stått i opposisjon til hverandre. Den dominerende medisinske tradisjon mener hun har et reduksjonistisk syn på mennesket, mens sykepleien er holistisk orientert. Alvsvåg (1997) poengterer også at vi ikke kan gripe totaliteten, helheten, at det ville bli å undervurdere mennesket i sin mangfoldighet, men at vi skal være helhetlig rettet mot den andre. Det vil si å ta hensyn til at den vi møter har mye til felles med en selv, men at denne personen samtidig har sin livshistorie, sine livserfaringer, en oppfatning av seg selv og andre, og at dette preger hans/hennes livssituasjon. Det å ta hensyn til dette ligger i en holistisk tilnærming.

Også i boken ”Sensibilitet og Refleksjon” som omhandler filosofi og vitenskapsteori for helsefag diskuteres problemer knyttet til begrepet holisme. Forfatterne Per Nordtvedt og Harald Grimen (2004) viser hvordan oppfatningene om begrepene holistisk og reduksjonistisk ikke er klare. Uklarheten ligger i at det finnes ulike typer holisme og reduksjonisme og i det at også posisjoner som blir kalt reduksjonistiske bygger på en idé om helhet. Det man i stedet bør diskutere mener de, er hvordan helheter av forskjellige slag skal forstås og hvilke fenomen de passer på. Å forstå en helhet er å gi et forslag til hvordan dens deler henger sammen. De skriver:

Ingen helhetssyn kan fungere uten en idé om hvordan helheten skal forstås. Ethvert seriøst helhetssyn må spesifisere hvilken idé om det å forstå helheter det bygger på. Her svikter deler av moderne helsefaglig litteratur, og det er trolig hovedgrunnen til det forfestet som en del vage former for holisme har fått. (2004:93).

De mener at det som skiller menneskesyn fra hverandre kan uttrykkes mye mer presist enn bare å si at noen er holistiske mens andre er reduksjonistiske slik det vanligvis gjøres i sykepleie.

En annen diskusjon som er knyttet til holisme og helhet i sykepleien, er diskusjonen omkring innføring av evidensbasert sykepleie. (Evidensbasert sykepleie bygger på generelle standarder for omsorg. Se også kap.1). Kari Martinsen er en av dem som er kritiske til dette. Hun mener at evidensbasert tilnærming ikke egner seg til å hjelpe mennesker med sammensatte plager som er dem vi finner flest av i helsetjenesten. I en artikkel hun har skrevet sammen med stipendiat Janne Boge analyserer de den uro kravene om evidensbasert praksis har skapt i det sykepleiefaglige miljøet. De skriver bl.a.:



Skal en koma dei i møte, kan ein ikkje redusera kropp til ein biologisk storleik, eit menneske ribba for det som gjer det til eit meiningsøkjande og reflektert menneske. I staden må ein sjå på kroppen som både biologisk, sosial og kulturell, og som ein storleik som lyt forståast i den samanhengen den enkelte lever i (2004: 2).

Det å møte mennesket som mer enn en kropp, en diagnose eller et symptom som skal standardbehandles, vektlegges som så sentralt for sykepleien, at den oppfattes som truet når dette ikke er mulig.

Også i internasjonal sykepleie diskuteres holismebegrepet. De amerikanske sykepleieforskerne Owen og Holmes mente allerede i 1993 at holisme oppfattes så ulikt at man bør snakke om ”holismer”, både teoretiske og praktiske ”holismer”. Også de mener at sykepleiens attraksjon til holismebegrepet må forstås i lys av de negative effektene de har opplevd ved medisinenes reduksjonistisk tilnærming til pasientene. Men de mener at det er utfordringer ved å bruke holismebegrepet som sykepleien ikke i tilstrekkelig grad har tatt tak i. De konkluderer bl.a. slik:

Nurses have failed to recognise the complexity of the concept, failed to distinguish its different meanings, overlooked their implications and ignored their philosophical susceptibilities... (1993:1694).

Oppfatningen er at holisme er så lite avklart at alle kan bruke det. Utfordringen i sykepleie er ikke om, men hvilken holisme som skal brukes i sykepleie. Sykepleieforskeren Kolcaba (2003) mener at diskusjonene bør senteres rundt både metafysiske, vitenskapelige og etiske aspekter, mens Suzie Kim (1999) viser til det problematiske ved at holisme i sykepleie brukes i tre ulike diskurser. Den ene er knyttet til sykepleiepraksis, den andre er knyttet til den såkalte holistiske helsebevegelsen og den tredje til utvikling av teorier i sykepleie. Hun sier bl.a. :

It is difficult to say what future holism has for nursing unless we are able to address why holism is necessary, desirable essential or important for nursing conceptualizations and nursing practice (1999: 330).

Hun avslutter med å si at det er vanskelig å si noe om nødvendigheten eller ønskeligheten av et begrep som foreløpig er så uklart og som brukes på så mange ulike måter og nivå. I det internasjonale tidsskriftet Nursing Inquiry var det i 1995 diskusjoner om holismebegrepet i sykepleie. I en artikkel av O’Connell og Radloff (1995), var spørsmålet om holisme er et egnet

begrep for sykepleie. De konkluderer med at det er et umulig begrep å bruke i sykepleieforskning fordi det sier alt og ingenting. De oppsummerer slik:

Holism is perhaps best considered as a metaphysical concept. It may usefully serve as an abstract ideal, a useful spur, remaining forever impossible to operationalize (1995:59).

Mange er altså enige om at holisme er et så uklart og mangfoldig begrep at det ikke uten videre er anvendelig som begrep i sykepleie. Allikevel er det nettopp dette begrepet som velges av ulike helsearbeidere for å beskrive det særegne ved deres tilbud. Det gjelder for eksempel AHNA (American Holistic Nurses Association) som er en stor faggruppe for sykepleiere med videreutdanninger i eller interesse for alternative behandlingsformer. De har et eget vitenskapelig tidsskrift; Journal of Holistic Nursing, og deres slagord er: "The heart of Nursing. The Science of Holism" De oppfatter holismebegrepet som et kjernebegrep i sykepleie og holistisk vitenskap som mest aktuell for sykepleie. De beskriver sitt ståsted på denne måten:

Holistic nursing recognizes that there are two views regarding holism: that holism involves identifying the interrelationships of the bio-psycho-social-spiritual dimensions of the person, recognizing that the whole is greater than the sum of its parts; and that holism involves understanding the individual as a unitary whole in mutual process with the environment. Holistic nursing responds to both views, believing that the goals of nursing can be achieved within either framework. ([www.ahna.org/about/whatis.html](http://www.ahna.org/about/whatis.html))

Videre sier de på samme side:

Practicing holistic nursing requires nurses to integrate self-care, self-responsibility, spirituality, and reflection in their lives. This may lead the nurse to greater awareness of the interconnectedness with self, others, nature, and God/Life-Force/Absolute/Trancendent.

AHNA viser til tre ulike aspekt ved holismebegrepet: holisme handler om en måte å oppfatte menneske på, en måte å oppfatte omgivelsene på og som et behandlingstilbud. Samtidig vektlegger AHNA betydningen av at sykepleieren tar vare på seg selv, er reflektert og har et åpent forhold til en gudskraft som sentralt i en holistisk tilnærming.

I USA har de også en organisasjon for leger (AHMA: American Holistic Medical Assosiation) og en for helsearbeidere generelt (AHHA: American Holistic Health Assosiation) som anvender holismebegrepet for å fremheve sitt alternative ståsted. På hjemmesiden til AHHA står dette om begrepet holisme:

Holistic as a whole made up of interdependent parts. You are most likely to hear these parts referred to as 1) the mind/body connection, 2) mind/body/spirit, or 3) physical/mental/emotional/spiritual aspects. When this meaning is applied to illness, it is called holistic medicine and includes a number of factors, such as 1) dealing with the root cause of illness, 2) increasing patient involvement, and 3) considering both conventional (allopathic) and complementary (alternative) therapies.

Begrepet blir brukt for å fremheve betydningen av de dypere årsakene til sykdom, betydningen av økende grad av ansvar for egen helse og det å kunne tilby både skolemedisinske og alternative behandlingsmetoder. Videre viser de at begrepet også kan bli brukt for å markere en forskjell til det skolemedisinske helsetilbud. AHHA skriver videre:

Holistic is a synonym for alternative therapies. By this definition, "going holistic" means turning away from any conventional medical options and using alternative treatment exclusively. This meaning mainly relates to illness situations, and sometimes is used for controversial therapies. (<http://205.180.191.2/ahha/adjec.htm>).

Både det å integrere ulike behandlingsformer og det å klart velge bort det skolemedisinske kan altså uttrykkes ved å bruke begrepet holistisk. I Norge har vi en stiftelse for Holistisk Medisin, men jeg har ikke fått tak deres definisjon av holismebegrepet. En av grunnleggerne av denne stiftelsen er den norske sykepleieren og fagbokforfatteren Mette Karoliussen. I sin siste bok: "Sykepleie, tradisjon og forandring" (2002) understreker hun betydningen av en holistisk forståelse for fremtidens sykepleie og definerer det slik:

En holistisk forståelse er en forståelse som ikke bare summerer delene, fysisk" + "psykisk" + "sosial" + "åndelig" = helhet, men som ser helheten som noe annet og mer enn summen av delene. Enkeltmennesket er en enhet som er bundet til andre mennesker i et større fellesskap, til den store levende helhet og evt. en høyere makt, sin Gud (2002: 68).

I definisjonen presiserer hun betydningen av den åndelige dimensjonen ved å knytte mennesket til begreper som "den store levende helhet", Gud og "høyere makt". At hun presiserer det åndelige på denne måten er i tråd med en internasjonal sykepleiefaglig bevegelse med økende fokus på "spiritual nursing". "Spirituality" anses som et aktuelt begrep i den holistiske sykepleien og er et tema som det i økende grad skrives om i sykepleiefaglige tidsskrift (3984 treff pr. juni 2005 i den internasjonale sykepleiefaglige databasen CINAHL). Redaktøren av tidsskriftet: "Journal of Holistic Nursing", Lynn Rew, sier i en leder:

Putting concepts such as ...spiritual care into the context of holistic nursing practice shows that our discipline is maturing (2004:96).

Dette begrepet inkluderer også ”ecospirituality” som er en blanding av temaene økologi, spiritualitet og sykepleie. Disse begrepet anvendes i økende grad i sykepleiefaglig litteratur. Karoliussen velger å kalle sin tilnærming til sykepleie for humanøkologisk, dette mener hun inkluderer en holistisk og en økologisk forståelse. Det gjensidige forholdet mellom helse og helhet hos mennesker og miljøets helse og helhet oppfatter hun som en åndelig forbindelse. Flere nye sykepleieteorier har et holistisk perspektiv. Disse teoriene bygger igjen på ideer og teorier som beskrives som typiske for New Age (se kapittel 1 og se under) hvor religion og vitenskap ønskes integrert. Jean Watsons (1999) teori om postmoderne sykepleie henviser for eksempel til kvantefysikk, østlig filosofi, antroposofi, sjamanisme m.m.. Det er altså en utvikling i deler av sykepleien som ikke kan skilles fra det som er sentrale trekk ved New Age (se under).

#### **4.3. Holisme i New Age.**

I New Age brukes holismebegrepet først og fremst som en måte å beskrive virkeligheten på. Naturvitenskap og religion flettes sammen og legger grunnlaget for et nyreligiøst livssyn. ”Holism, altså helhetstänkande, är en av nyckeltänkarna inom New Age” sier Hammer (1997:236) og nevner fysikeren Fritjof Capras bøker om sammenhengene mellom vestlig fysikk og østlig filosofi (Fysikkens Tao), boka til David Bohms: ”Wholeness and the Implicate Order” og Gaia teorien til James Lovelock som sentrale teorier. Disse teoriene beskriver det som oppfattes som et holistisk verdensbilde hvor hele verdensaltet utgjør en ubrutt helhet, en gigantisk organisme hvor helheten gir delene dets struktur og plass. Alt er levende og henger sammen i noe som også beskrives som et bevissthetsnettverk.

Økonomen og New Age filosofen William Bloom (2005) har skrevet flere artikler i tidsskriftet Alternativt Nettverk, han hevder at holisme er den spirituelle, religiøse retningen som bærer i seg selve løsningen på hvordan vi skal skape harmoni og fred på jorden. ”Holisme er det åndelige aspekt av den globale landsby”( <http://www.williambloom.com/> ) står det bl.a. på hans hjemmeside. Han sier også at holismen erkjenner og fordyper den spirituelle essensen av alle religioner og tar vare på det som er best og mest brukbart. <sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> **William Blooms Holistiske manifest** (Alternativt Nettverk nr.2,2005:30): Vi lever i en periode med betydelige endringer, hvor en ny spiritualitet vokser frem.

**Åpenhjertighet:** Holismen er en åpenhjertig og åpensinnet tilnærming til spiritualitet, religion og meningen med livet.

**Mangfold:** Holismen ønsker velkommen og feirer kulturelt og trosmessig mangfold.

Inspirert av bl.a. Bloom bidro medlemmer i Alternativt Nettverk til at en alternativ livssynsorganisasjon så dagens lys i Norge i 2002. Da ble ”Holistisk Forbund” etablert. På deres hjemmeside står det:

Holisme er en helhetlig tankegang, et helhetlig livssyn, som bygger på forståelsen av at alt henger sammen og at vi alle har et felles ansvar for helheten.

Holisme innebærer en erkjennelse av at alt er forbundet og er en del av samme åndelige virkelighet. Holistisk Forbund skiller mellom åndelighet og religion. Vi erkjenner at menneskers forståelse av verden og virkeligheten er i forandring. ([www.holisme.no](http://www.holisme.no)).

Holistisk Forbund utdyper videre begrepet ved å peke på at åndelig og vitenskapelig innsikt beriker hverandre, de fremhever at holisme innebærer en økologisk oppfatning av jorden og at alternativmedisin og skolemedisin bør likestilles. De presenterer også utdrag fra [www.wholism.org](http://www.wholism.org) som bl.a.skriver:

Holisme er en åndelig, filosofisk og økologisk livsstil basert på konseptet at Gud er helheten. Gud er alt som noensinne har vært, er vil bli. Ingenting eksisterer utenom Gud, ellers hadde ikke Gud vært helheten. Holisme lærer deg at du er en del av Gud men at Gud er hele deg. Holisme er en syntese av vitenskap og religion. Vitenskap er søken etter sannhet i den objektive ytre verden, mens religion er søken etter sannhet i den subjektive indre verden (<http://www.holisme.no/N2Holistiskedefinisjoner.htm>).

Også Hanegraaff (1996) bruker holismebegrepet når han skal beskrive New Age. Han sier:

There is no doubt that the quest for ”wholeness” at all levels of existence is among the most central concerns of the New Age movement (1996:119).

Hanegraaff (1996) mener holismebegrepet slik det brukes i New Age, først og fremst er en kulturkritikk knyttet til kristendommen og den vestlige vitenskap. Holismen utfordrer dualismen og reduksjonismen (se kap.1). Hanegraaff (1996) konkretiserer dette ved å beskrive de mest kjente teorier og oppfatninger innen New Age og samle disse i tre hovedkategorier.

---

**Vakkert mysterium:** Holismen ærer det vakre, kraften og mysteriet i naturen, universet og alt liv.

**Forbundet utvikling:** Holismen erkjenner at alt liv er forbundet, at det gjelder en gjensidig avhengighet hvor en utvikling i retning av en fullbyrdelse av et potensiale foregår.

**Etikk:** Holismen støtter kjerneverdiene i alle spirituelle retninger, kombinert med innsiktene hos økologien og psykologien: Kjærlighet, støtte og ivaretagelse av alt levende.

**Daglig liv:** Holismen utvikler kjernen i alle spirituelle tradisjoner:

- Forbindelsen med underet; kraften og skjønnheten i alt liv.
- Utviklingen av medfølelse, selvrefleksjon og klok selvutvikling
- Det å være i aktiv tjeneste overfor livets samhörighet

**Handling:** Holismen er dedikert til skapelsen av: sosial rettferdighet - verdens fred - økologisk harmoni - utvikling, velstand og positiv realisering for alle.

Den første kategorien kaller han: "The ultimate Source of Manifestation", en universell kraftkilde som garanterer den ultimate helhetlige virkelighet. Den andre er nært knyttet til den første og kalles "Universal Interrelatedness" og beskrives som et nettverk hvor alt henger sammen. I den tredje som han har kalla "Other meanings of Holism" beskrives oppfatninger om en "dynamisk harmoni av motsetninger" og organiske modeller som for eksempel Gaia teorien.

Religionshistorikerne Ingvild Gilhus og Lisbet Mikaelsson (1998) har studert New Age bevegelsen i Norge. I boka "Kulturens Refortrylling" beskriver de særtrekkene ved New Age ut fra 2 hovedområder, nemlig idéene og praksisen. Idéene inkluderer: 1. New Age som en selvreligion (en vending mot selvet) inkl. oppfatningen om reinkarnasjon. 2. Ny vitenskap (skepsis til naturvitenskapen, fokus på holistisk vitenskap, skepsis til autoriteter) 3. Naturens betydning (naturen sees på som levende og spirituell, ulike økologiske retninger fremheves). Holismebegrepet anvendes mer implisitt i denne beskrivelsen, for eksempel knyttet til ny vitenskap og det at naturen sees på som levende og spirituell. New Age praksis beskrives ut fra tre hovedområder: 1. Kanalisering (fra avdøde, engler, andre vesener, guddommer, inkluderer automatskrift, ulike former for transe, åpenbaringslitteratur m.m.) 2. Spådom (astrologi, nummerologi, tarot m.m.) 3. Terapi og personlig vekst (ulike behandlingsformer, kurser osv).

Videre viser studiene av New Age at behandling og terapi er et kjennetegn på New Age, også disse beskrives som holistiske (Hammer 1998, Gilhus og Mikaelson 1998, Woodhouse 1996, Hanegraaff 1996).

Studier av New age og det som oppfattes som særtrekk ved bevegelsen viser at få begreper er konsise og at mangfoldet er stort. Det gjelder også oppfatninger om holisme.

Religionshistorikeren Paul Helaas (1996) problematiserer bl.a. New Age bevegelsens bruk av holismebegrepet. Det at alt henger sammen og gjennomstrømmes av spirituell energi oppfattes svært ulikt innen grupper i New Age. Han sier:

New Agers always discern connections beneath the surface of things. However, what is taken to be connected, interconnected (etc.), is by no means regarded in the same way amongst different camps of the New Age (1996:33).

Videre viser Heelas (1996) til ulike sider ved holisme ved å peke på ulike nivå. Han skriver:

Rejecting a very great deal of what the world has to offer, the spiritual purist is certainly far from being comprehensively holistic. And the same applies to counter-culturalists, with their gnostic-like division of the world into the good and the bad; the alternative and the mainstream. At the other end of the spectrum, and curiously for some New Agers, the mainstream empowerer is holistic, this is in sense that money and all it can buy is bought into the sacred orbit. The most holistic of all, however, are those harmonialists who emphasize that spirituality which runs through everything (1996:33)

Han trekker også frem problemene ved bruken av holisme når begrepet knyttes til "Self-spirituality". Dette referer ikke bare til den enkeltes spiritualitet men sees som en del av naturens orden. Forholdet mellom det å være bundet sammen med alt og samtidig være et enkeltindivid er ikke klart og det blir ikke enklere ved at enkelte grupper hevder at spiritualiteten er ulikt fordelt eller hierarkalt organisert, sier han.

Gjennomgangen av hvordan holismebegrepet oppfattes og brukes i sykepleie og i New Age viser at det er mange fellestrekk og at begrepet er uklart. I sykepleie omhandler holisme først og fremst menneskesyn og syn på helse hvor åndelige aspekter og relasjoner fremheves som viktige for helse og i møte med pasienter. Medisinens reduksjonistiske tilnærming til syke og forskning på sykdom kritiseres. I New Age er holismebegrepet et livssynsbegrep knyttet til en virkelighetsoppfatning og en oppfatning om det guddommelige, men også en kulturkritikk. Holistisk terapi og helse er sentralt i New Age.

#### **4.4. En analyse av holismebegrepet med utgangspunkt i data fra eget materiale.**

Under vil jeg analysere holisme slik det kom til uttrykk i mitt materiale. I samtale og intervjuene har jeg ikke spurt informantene direkte om å beskrive hva de legger i holismebegrepet. Men jeg spurte dem om de kunne si noe om sin virkelighetsforståelse, og jeg spurte dem om hva helse og sykdom var for dem. Vi snakket også om forholdet mellom alternativ behandling og sykepleie.

Etter gjennomgangen av de empiriske data, satt jeg igjen med tre hovedkategorier: 1. Holisme som det å vektlegge sammenhenger. 2. Holisme som forestillingen om en enhet mellom mennesket og omgivelsene/naturen. 3. Holisme som det å vektlegge åndelige aspekt. Disse områdene går over i hverandre.

### Holisme som det å vektlegge sammenhenger.

*”Vi er alle en helhet, alt påvirker alt. Det som skjer med meg står alltid i en sammenheng”.* sier Karin. Anna driver ”Senter for Helhetsterapi” og hun sier: *”Jeg opplevde jo det at du har et annet utgangspunkt nå enn i jobben tidligere. Selv om det der blir snakket mye om holisme så er det til syvende og sist det som personen er innlagt for som er i fokus. Mens jeg vel nå opplever at vi tenker annerledes om sammenhenger og årsaker til sykdom enn de gjør i helsevesenet. Det er for eksempel helt uvesentlig å skille fysisk og psykisk, det er mer pasientens livshistorie... I sykepleien ble det for mye spesialisert og oppstykket behandling og pasientene var så kort tid. Det var følelsen av å aldri få gjort noe ordentlig, det er annerledes her ”.*

Anna poengterer at det å velge seg over til det alternative feltet var å bevege seg bort fra helsevesenets fokus på diagnoser og spesialisert oppstykket behandling. For henne er helhetlig å kunne ta hensyn til pasientens livssituasjon og se det psykiske i sammenheng med det fysiske. Hun oppfatter dette som alternativt i forhold til den sykepleien hun erfarte i praksis, men det er ikke alternativt i forhold til den teoretiske sykepleien. Også Bodil Konradsen som bl.a. er utdannet i kinesisk medisin og driver egen praksis forteller om hvordan det alternative behandlingsområdet gav henne mulighet til å se mennesket som en helhet i en sammenheng. Hun skriver om forholdet mellom sykepleie og alternativ behandling i Påtrykk nr.1 1999: *”Å utdanne seg innenfor alternative behandlingsformer er på en måte å komme tilbake til en gammel forståelse og ideologi som gjaldt da jeg gikk på sykepleierhøyskolen for mange år siden. Da lærte jeg at mennesket var en del av en større sammenheng både sosialt, følelsesmessig og åndelig. Mine veiledere i sykepleierutdanningen var meget bevisste på at vi som sykepleiere skulle ha et helhetlig perspektiv og aldri tillate at pasienten ble behandlet som et kasus, en diagnose eller en prøvekanin... Det jeg har lært meg gjennom min akupunkturutdanning er langt mer enn å stikke nåler på de riktige plassene og med riktig teknikk og dybde. Jeg har nemlig blitt introdusert til en helhetlig behandlingstanke som fascinerer meg meget. Akupunktur er som kjent en behandlingsmetode bygget på en gammel tenkning om ubalanser... Jeg har ikke fått innsikt og dybdeforståelse for alle behandlingsfilosofiene. Det jeg har oppfattet er at alle behandlingsformer inkluderer forståelses av mennesket som et helhetlig vesen i en større sammenheng. Jeg synes at det etablerte helsevesen i alt for stor grad håndterer folk som om de skulle være en kropp. Det betyr slik jeg ser det, at kroppens symptomer i alt for stor grad forstås og behandles som sykdom, mens det egentlig kanskje var et signal om at mennesket ikke har det bra, og at*



*kroppen lider under de valgene vi gjør og den måten vi lever, tenker og spiser på. Når mennesket ikke har det bra er det mer enn kroppen som lider. Helheten i mennesket rommer faktisk slik jeg allerede lærte det i min sykepleierutdanning både kropp, tanke og en åndelig dimensjon”.*

Bodil kjenner igjen den helhetlige forståelsen fra sin utdanning i sykepleie, men ikke fra sin erfaring i praksis (se også kap.6 og 7). Både Anna og Bodil understreker at de som alternative behandlere har muligheter for en annen tilnærming til sykdom og behandling enn de hadde som ansatt i det offentlige helsevesen. Det å se ting i sammenheng fremheves som å være helhetlig og er i tråd med en sykepleiefaglig forståelse av begrepet, der både sammenhengen mellom kropp, sjel og ånd og sammenhengen mellom person og omgivelser poengteres (se over). Det som er alternativt er for eksempel forståelsen av hvordan kroppen fungerer (for eksempel meridianene og energiflyten slik den beskrives i kinesisk medisin). Bodil ser etter sammenhenger ut fra en kinesisk medisinsk oppfatning av hvordan mennesket fungerer. Inga som også tilbyr kinesisk medisin fremhever for eksempel hvordan kinesisk medisin poengterer sammenhengen mellom menneskets helse og årstidene, og hun forteller at det er en sammenheng mellom organene og følelser: *”Vi lærer om syv forskjellige følelser og hvordan de virker på kroppen. Hver følelse har et hovedorgan. For eksempel frykt går på nyrene og sinne går på milten. Sammenhengen mellom følelser og det fysiske er viktig. Vi kan ikke skilles opp i deler.”* Oppfatningene av hva som er viktige sammenhenger i en holistisk tilnærming avhenger av den enkelte behandlers oppfatning og den filosofi/ lære de bygger på. Sammenhengen mellom det psykiske og det fysiske trekkes ofte frem som illustrasjon på en holistisk tilnærming. Inga nevner sammenhengen mellom følelser og organer, mens andre snakker mer generelt om at psykiske belastninger gir fysisk sykdom og at behandlingen må være mer rettet mot det psykiske (dette tas opp i kap.5). Ingrid sier det slik: *Når jeg behandler mennesker så tenker jeg mye på det psykiske og at alt kommer fra ytre påvirkninger. Ting i hverdagen som ikke er som det skal, har gjort at menneske blir sykt, alt kommer fra det psykiske.* I behandlingen av pasientene bruker hun dr. Bachs blomstermedisin, Reiki healing, Ma Uri massasje (som er en blanding av massasje og healing) eller krystall healing. Disse behandlingsformene oppfattes å skulle virke på det psykiske plan, men har også en åndelig side (se under).

Karin bygger på antroposofi (Rudolf Steiner). Hun ser for eksempel sammenhenger mellom sykdom og erfaringer i tidligere liv. Hun sier. *”Jeg tror jo at vi har levd før og at vi har en*

*eksistens også mellom våre fysiske liv. Vi er ikke bare enkeltindivider, eller enkeltsjeler, men vi er del av en guddommelig udelelig helhet, og når vi inkarnerer så plukker vi med oss noe, vi velger selv rammene rundt det liv vi blir født til. Jeg tror ikke at karma er noen straff, men det er muligheter du gir deg selv i kjærlighet*” Hun mener at menneskene på et ubevisst plan selv har valgt sykdom og at noen klarer å lære av det, andre ikke. Hun mener at hun som sykepleier skal støtte pasienten i denne prosessen: å gi pasienten mulighet til utvikling. Det er ulike metoder hun anvender i dette arbeidet, hvor hun bl.a. tar hensyn til om pasienten trenger å styrke det eteriske, det astrale eller ”jeg dimensjonen.

Selv om den filosofien en bygger sin alternative virksomhet på, beskrives som helhetlig vil også alternative behandlere være delfokusert i sitt møte med pasienten. Inga som er utdannet i kinesisk medisin og bl.a. tilbyr akupunktur sier at hun alltid har beskrevet det hun gjør som helhetlig, men at hun har begynt å reflektere litt over dette i det siste. Hun spør seg om det er mer helhetlig å sette en akupunktur nål enn å gi en pille? Når en pasient kommer til henne for å få akupunktur for en forstuet ankel har hun vanskelig for å si at det er helhetlig behandling hun gir. Også Susanne som er både akupunktør og healer reflekterer over dette og sier: *En må ha med det helhetlige aspektet, men etter hvert ble akupunktur mest symptombehandling, lite bevisstgjøring.* Hun har derfor gått mer og mer over til healing som hun mener i sin natur er holistisk, også fordi hun mener helbredelse er knyttet til økt bevisstgjøring eller selvutvikling, ikke til fjerning av symptomer. Slik Susanne uttrykker det kan det virke som om symptombehandling oppfattes som mindreverdige. Hun reflekterer ikke over de ulike plagene pasientene kommer til akupunktur for. Hva ønsker egentlig en pasient som kommer til akupunktur for en forstuet ankel? Er kanskje symptombehandling det som er ønskelig i en slik situasjon? Er det kanskje behandlerens egen interesse av å fokusere bevisstgjøringsprosesser som påvirker henne til å velge healing fremfor akupunktur? ( se kap. 5 og 6). Noen ganger har pasientene og behandlerne samme forståelsen av sammenhenger, andre ganger ikke. På den ene siden ser behandlerne sammenhenger som de ikke presenterer for pasientene (for eksempel brukes astrologi hvor en ser sammenhenger mellom pasientens plager og stjernetegn uten at dette nødvendigvis nevnes for pasienten), på den andre siden kan det hende at pasientene ser sammenhenger som de av ulike grunner ikke ønsker å presentere for behandleren.

Når det gjelder å se ting i sammenheng som et viktig kjennetegn på en helhetlig eller holistisk tilnærming så handler dette altså både om sammenhenger mellom de psykiske, fysiske, sosiale

og åndelige dimensjoner i mennesket, og det gjelder i større grad enn det som er vanlig i offentlig godkjent sykepleie, en sammenheng mellom behandleren og pasienten (se kap.5 om selvutvikling). Videre gjelder det også sammenhengene mellom mennesket og omgivelsene, spesielt naturen. Denne sammenhengen er noe som informantene i min studie utviklet et dypere forhold til etter møtet med det alternative feltet og som de ser som svært betydningsfullt for helse.

### Holisme som enhet mellom mennesket og omgivelsene.

På ulik måte beskriver innformatene hvordan de oppfatter at mennesket og omgivelsene er vevd sammen, dette forholdet beskrives ofte ved bruk av energibegrepet. Når energien mellom og gjennom mennesket og omgivelsene flyter fritt er det helsefremmende. Karen som tilbyr soneterapi, bioresonans og kostholdsveiledning sier bl.a. dette i et intervju: *"Energi begrepet er sentralt, det er energi som styrer materie og ikke omvendt. Energi er noe som alltid er i bevegelse, det er ikke noe statisk i naturen. Det er energimønstre på ulike nivå, og da kan du ikke unngå å skjønne at du er del av alt levende på jorden og også kosmos. Vi er en del av altet. Det blir viktig å ta vare på dyr og planter og natur. Da går man ikke inn og voldtår- jeg kaller det voldtekt det vi gjør i dag, med naturen. Før synes jeg også at naturen var fin og skjønn, men nå er jeg plutselig del av naturen, akkurat som om naturen kommer nærmere. Jeg føler meg veldig trygg der."* Hun sier videre at hun oppfatter kvantefysikk som en ny vitenskap som favner denne forståelsen hvor det åndelige og vitenskapelige smelter sammen.

I en holistisk oppfatning av virkeligheten skilles ikke mennesket fra omgivelsene/ naturen. Forestillingen om at alt levende er vevd sammen i et nettverk av energi eller bevissthet er typisk for en nyreligiøs virkelighetsoppfatning og begrunner også valg av alternative behandlingsmetoder i den holistiske sykepleien (over). Med bakgrunn i en slik forståelse av virkeligheten begrunner Ingrid at krystaller og blomsteressenser kan brukes i behandling. Disse har ingen kjemisk effekt men oppfattes å virke som energi som påvirker mennesket som kropp/sinn/sjel helhet. Hun tilbyr for eksempel Bachs blomstermedisin som hun mener påvirker mennesket psykisk. Legen og alternativ behandleren Audun Mykja sier bl.a. dette om Bachs blomstermedisin: *"En grunnleggende helbredelse forutsetter en harmonisering av menneskets naturlige indre tilbøyeligheter, en forsoning mellom "det vi kan være" og "det vi er". Nøkkelen til en slik "forsoning med det naturlige" i oss må finnes i naturen. Det finnes*

*blomster og andre vekster med særskilte egenskaper som kan speile menneskets sjelelige trekk og harmonisere disse.” (2000:11).*

Naturen oppfattes som balansert og harmonisk og mennesket får fremmet sin helse ved å ha kontakt med naturen. Oppfatningen om at helse er knyttet til en forsoning mellom det vi kan være og det vi er, faller sammen med Watsons definisjon av helse (se kap.1).

Else Egeland er healer og holder bl.a. kurs om krystaller, også hun mener at krystaller kan brukes for å fremme helse. I hennes brosjyre om kurset står det bl.a:

*”Krystaller for indre vekst og helhet”*

*Aktuelle tema for kurset:*

*\*Historie og myter*

*\*kommunisere med mineralriket*

*\*teknikker for healing og selvutvikling*

*\*programmering av krystaller*

*\*bruk ved forskjellige tilstander*

*\*sansse mineralenes virkning i kroppen*

*\*oppleve og se energier fra mineraler*

*Hensikten med kurset sier hun er å :*

*\*Åpne for en ny måte å forstå og oppleve mineralene på både ved teoretiske forståelsesmodeller samt ved praktiske øvelser og kreativt utforskende lek.*

Ingrid forteller at ved å bruke krystaller kan vi bli oppmerksomme på sider av oss selv som vi trenger å arbeide med for å utvikle oss. *”Steinene transformerer energi, lys og healing som den enkelte av oss har bruk for på det stadiet vi er på i vår utvikling. Min oppgave er å gi deg viten om steinenes åndelige kvaliteter, og føre deg inn i en verden av sensitivitet og intuisjon”* står det i brosjyren som presenterer hennes ulike behandlingstilbud.

Både Else og Ingrid oppfatter steinene som energi som kan påvirke menneskets helse spesielt knyttet til healing og selvutvikling (om selvutvikling se kap.5).

Inga som er utdannet i kinesisk medisin og har gått på kurs i tai chi, forteller at hun kan oppleve å dele energi med trær. Hun sier. *”Jeg var jo litt skeptisk da, når vi skulle finne oss et tre og bli kjent med og la oss fylle av. Det er jo typisk sånne ting som blir latterliggjort. Men*

*det var faktisk ikke så lenge jeg var sammen med treet "mitt" før jeg kjente energien. Nå føler jeg omsorg for trær og vet at vi kommuniserer. Dessuten gir trærne meg trygghet."*

Opplevelser av "slik energikontakt" med trær, steiner eller dyr (inkluderer også lyder fra naturen) er noe som informantene i stor grad har oppdaget eller utviklet i møte med det alternative behandlingsområdet. Oda som er psykiatrisk sykepleier og Rosenterapeut, skriver i et brev til meg at hun har flere sterke opplevelser av nære forhold til naturen. Hun forteller i et brev om en opplevelse hun hadde med en plante som hun mener reagerte på hennes sykdomsutvikling. Oda forteller:

*" Planten visnet helt plutselig samtidig med at jeg ble syk. Den var da 50 cm. høy. Alle bladene falt av etter hvert. Jeg ble syk i slutten av november. Utpå nyåret januar eller februar var den så "død" at jeg lurte på å kaste den. Men noe fikk meg fra det. Jeg ristet all jorden av den, skylte røttene og gav den ny jord. Til min forundring kom den med det ene skuddet etter det andre, hele veien oppover stammen. I takt med at jeg ble bedre utover mot påske og april, vokste planten til stor glede og oppmuntring for meg. Etter hvert var det de to nederste skuddene som levde opp, og når jeg var nede for telling, sturte planten, og nå er det største 80-90 cm. høyt, det andre 20-30 cm. I sær de første par årene fulgtes vi ad, når jeg var nede for telling, sturte planten, og skjøt fart når jeg var bedre. Jeg sa til meg selv at det bare var tull og innbilning, men det skjedde gjentatte ganger. Om jeg tror på det? Jeg undrer meg. 75 % overbevist om at planten har sansemuligheter, 25 % avventende spørrende.*

*Den samme våren fikk jeg også en drøm som bekreftet plantens betydning for meg: Jeg stod med en visnet plante i hendene og lurte på å kaste den. Min mor støttet meg imidlertid i å prøve å potte den om. Hun hjalp meg også å finne jord til den. Mitt ubevisste brukte situasjonen til å fortelle meg at jeg selv har valg m.h.t. hva jeg gjør med den syke Oda. Og at jeg har indre hjelpere m.h.t. valget og arbeidet med ompottingen i ny jord. Også at min mor har gitt meg noe godt som jeg trekker på nå når omsorgsevnen settes på prøve. Jeg ser på sykdommen min som en omplantingsperiode. Ny jord, men gamle renere røtter. ... Jeg tror det er vesentlig for det som skjedde at jeg har hatt planten så lenge, helt fra den var bitte liten. Nå er den frisk og sterk, og jeg er ikke lenger redd for at den skal syke hen (se parallellen til meg selv). Den har ikke mistet et eneste blad hittil. Dette er en del av forholdet til natur, dyr og alt levende, som har endret seg i takt med min interesse for det alternative.*

Oda opplevde at hun og planten delte følelser bl.a. ved at planten ble et speil på hvordan hun hadde det. Videre brukte hun planten som et symbol på egen livssituasjon, og hun hadde en betydningsfull drøm om den samme planten. (Drømmer og drømmetydning er knyttet til

selvutvikling som tas opp i kap.5). Oda forteller også at hun har utviklet et forhold til dyr som gjør at hun ønsker å bli vegetarianer, og hun er blitt mer opptatt av hvordan husdyr behandles. Denne holdningen deler hun med mange av informantene. Få er gjennomførte vegetarianere, men mange ønsker å bli det og er blitt mer opptatt av at maten skal være økologisk. I tråd med Gaia teorien oppfattes jorden som en levende organisme som menneskene har en moralsk forpliktelse i forhold til. Jordas helse og menneskets helse kan ikke skilles. Menneskets indre helbredelseskrefter oppfattes å være sammenvevd med ytre forhold. Det er en vekselvirkning mellom det ytre og det indre. Dette forholdet har i stor grad et spirituelt preg, hvor naturen oppfattes å være gjennomstrømmet av energi, en guddommelig kraft eller en universell bevissthet som menneskene påvirkes av.

En slik oppfatning gjenkjennes i beskrivelser av New Age, men også i den holistisk inspirerte teoretiske sykepleien er det økende fokus på omgivelsenes betydning for helse hvor bl.a. økologi og humanøkologi er blitt et tema (Karoliussen 2002, Solli 1996). Innenfor New Age hevdes økologien å ha ført til at et nytt paradigme om forholdet mellom mennesker og naturen er i ferd med å erobre bevisstheten, sier Gilhus og Mikaelsson (1998) og fremhever at det økologiske paradigmet har inspirert til nytolkninger som innebærer at menneskets samspill med naturen spiritualiseres. Den mest kjente økologiske teorien er Gaia teorien til Lovelock, og i en New Age fortolkning av denne fremstår jordkloden som et levende vesen. Gaia blir et selvregulerende system og et uttrykk for organisk holisme og er nok et eksempel på den helhetstenkning som står så sterkt innen New Age sier Gilhus og Mikaelsson (1998).

Sykepleieren Lincoln (2000) har analysert begrepet økospiritualitet og beskriver hvordan sykepleiere oppfatter økospiritualitet som det nettverk eller mønster som forbinder mennesket med omgivelsene, og de følelsene de har av denne forbindelsen. Følelsene knyttes til religiøse opplevelser som opplevelser av hellighet og ærefrykt, men også av tilhørighet og ansvar. Økospiritualitet oppfattes som den åndelige forbindelsen mellom mennesker og miljøet (Lincoln 2000, Malinski 1994). Oppfatningen er at det er et gjensidig forhold mellom helse og helhet hos menneske og miljøets helse og helhet, og at sykepleiere bør ha en våken bevissthet på dette. Dette kommer klart til uttrykk i Watsons sykepleieteori som hun kaller en postmoderne, transpersonlig sykepleieteori. Hun sier:

Transpersonal conveys a human connection, beyond personal body-physical ego, and has a spiritual dimension; it implies a focus on the uniqueness of self and other coming

together, moving from the fully embodied physical ego-self to deeper, more spiritual, transcendent even cosmic connections that tap into healing; transpersonal includes the unique individuality of each human, while extending beyond the ego-self, radiating and transcending to deeper connections all humans share with their deeper selves, others, environment, nature and the universe (1999:291)

Ved å koble økologi og spiritualitet på denne måten, blir menneskets forhold til naturen og de menneskeskapte omgivelsene satt i et perspektiv som ikke er vanlig for offentlig godkjente helsearbeidere. I noen grad diskuteres dette i amerikansk sykepleie, men i liten grad i den nordiske. Oppfatningen knyttes i stor grad til nyreligiøse miljøer. Gilhus og Mikaelsson (1998) bruker bl.a. begrepet ”refortrylling” for å beskrive slike forestillinger. Det hellige og magiske er igjen en del av virkelighetsforståelsen. De mener at religiøse virkelighetsbilder og meningsdannelser har økende betydning i samfunnet. Religion blir ”smurt tynt utover” på en måte som både fører til en trivialisering av tradisjonelle religiøse element og til en helliggjøring av nye områder. Informanter i denne studien opplever at de er del av et guddommelig univers, og denne holdningen fører til at daglige hendelser sees i en større sammenheng, og at det guddommelige er tilstede også i ting, som steiner, trær osv. Et eksempel på bruk av begrepet hellig knyttet til helsearbeid er Watsons (2005) nye bok i sykepleie som har tittelen: ”Caring Science as Sacred Science”. Sykepleieren har et moralsk, religiøst ansvar for alt levende.

Også menneskeskapte omgivelser som for eksempel bygninger, former, farger, kulturlandskap osv oppfattes å ha effekter på mennesket som energivesen, eller på et åndelig plan. Det påvirker menneskets helbredende evner. Karin som har jobbet mye på det antroposofiske sykehuset Vidarklinikken sier at i antroposofisk helsearbeid vies bygningene og omgivelsene mye oppmerksomhet. Bygningene ligger i naturskjønne omgivelser, er bygget av økologiske naturmaterialer, ingen rom er firkantet eller like og det tas hensyn til fargenes påvirkningskraft når pasientene blir tildelt rom og i fellesrommene. Watson (1999) har bilder av antroposofisk inspirerte byggverk i sin bok om postmoderne sykepleie og hun kaller dem eksempler på ”healing achitecture”.

Gunn er utdannet i kinesisk medisin og hun har innredet klinikken sin etter prinsipper fra Feng Shui. Hun sier: ”*Med utgangspunkt i Feng Shui har rommene på klinikken min forskjellige farger som styrker de ulike organene. Benkene er plassert slik at pasienten kan se hvem som kommer inn døra, men allikevel føle seg skjermet*”. Hun sier videre at det finnes

avanserte beregninger som brukes for å innrede et rom, at en går ut fra himmelretninger og fødselsdag for å finne ut hvilken retning for eksempel hodeenden på senga skal ha. Ut fra Feng Shui mener hun at hun kan ta hensyn til enkeltindividet og tilrettelegge omgivelsene for å bedre vedkommendes plager. Feng Shui ble for eksempel presentert i et temanummer om omsorgsdesign i fagtidsskriftet "Basis" som gis ut av offentlig godkjente hjelpepleiere (nr.89 1999). Dette viser at det er glidende overganger mellom det etablerte og det alternative.

Florence Nightingale (1997) oppfattes som grunnleggeren av moderne sykepleie, hun la stor vekt på omgivelsenes virkning på pasientenes selvhelbredende krefter. Holistiske sykepleiere (Dossey 1999, Watson 1999) bruker sitat fra Nightingale for å understreke sitt holistiske ståsted. Dossey (1999) kaller boken om henne: "Florence Nightingale: Mystic, visionary and healer" og fremhever hennes spirituelle og alternative metoder. Nightingales beskrivelser av fargenes effekter på helse gjenkjennes i alternativ litteratur om fargehealing, men er ikke tema i undervisningsplanene for sykepleie og er lite vektlagt i den offentlige helsetjenesten. Nightingale sier bl.a. dette:

Farge og form er midler til helbredelse. Den innvirkning vakre gjenstander eller en variasjon av gjenstander har på sykdom, og spesielt virkningen av strålende farger, blir nesten ikke tillagt betydning. Slike behov blir vanligvis kalt "nykker"... Jeg vil aldri glemme feberpasientens glede over en bukett blomster i sterke farger. Jeg husker i mitt eget tilfelle en bukett markblomster som ble sendt meg, og at jeg fra dette øyeblikket av ble fortere frisk. (1997: 97)

Dette er ikke inbildning. Det sies at virkningene er kun på sinnet. Det er ikke riktig. Virkningen er også på kroppen. Selv om vi vet lite om hvordan vi påvirkes av form, farge og lys, vet vi iallfall at de har en fysisk virkning (1997:98). Ingen som har sett syke mennesker kan tvile på at de blir stimulert av å se på skarlagensrøde blomster og slitne av å se på mørkeblått osv(1997:100).

I det alternative feltet oppfattes fargene som vibrasjoner som påvirker mennesket. Noen bruker den indiske chakralæren for å tolke fargene. Susanne sier: *"Jeg har fått et bevisst forhold til farger og hva som påvirker oss. I meditasjonen ser jeg en del farger og det har fått en ny betydning. Det forbindes med chakraene". Hvert chakra oppfattes å ha en farge, og de fargene vi omgir oss med har betydning fordi de påvirker våre chakra og dermed også vår helse. Energien flyter gjennom chakraene og feil bruk av farger, blir oppfattet å være medvirkende til blokkeringer som igjen er sykdomsskapende.*



Med Nightingale som ramme (1999) beskriver Watson fargeterapiens betydning for sykepleie, og sier bl.a.:

Environmental dimensions include conscious actions upon the chakras through the use of colour therapy and what Gerber calls vibrational medicine, where each charka system is aligned with the particular energy center. An understanding of the energetic links of colour to body physiology within the chackra centers is just beginning to be dicovered in Western medicine (1999:249).

Effekten Nightingale beskrev var ikke knyttet til energibegrepet eller påvirket av Østens tenkning slik som hos Watson. Men den effekten Nightingale beskriver av rødt er i tråd med chakrateorien og teorier om fargehealing hvor rødt blir koblet til fysisk overlevelse og utfoldelse, styrke, energi og kjærlighet til livet (Verner Bonds 2001:22). En påstand om at farger er energi som virker direkte fysisk på menneskekroppen, vil ikke bli tatt særlig hensyn til i det offentlige helsevesen, selv om det er en økende forskning på lys og fargers effekt på menneskers helse både immunologisk og psykologisk (Ehdin 2002). Det alternative området derimot har i økende grad vært opptatt av dette, og tilbyr for eksempel utdanning til fargeterapeuter eller fargehealere.

#### Holisme som det å vektlegge åndelige aspekt ved helse og behandling, inklusive forestillingen om en gudskraft.

Ingrid fremhever at hun har et sterkt forhold til livets åndelige aspekter, hun sier: *Jeg ser i hvert fall på menneske som en helhet, det åndelige.* Når jeg ber henne si noe mer om hva hun mener med det åndelige så sier hun: *Jeg har et sterkt forhold til det åndelige, ja sånn som den healingen jeg driver med så betrakter jeg det jo som en Guds gave, det vil jeg si, og som ånd. Det er en kraft som jeg får som bare går gjennom meg. Jeg stiller meg rett og slett til disposisjon.* Videre forteller hun om chakrasystemet som hun oppfatter som kroppens kraftpunkter som kan være blokkert ved sykdom og som hun kan åpne ved hjelp av healing. Når de åpnes leges pasienten av seg selv sier hun. Hun forteller også at hun på en måte blir ett med den andre og kan føle hvordan pasienten har det når hun gir healing.

I intervju med Karin forteller hun at hun valgte antroposofisk sykepleie og healing fordi hun da kunne ha en helhetlig tilnærming hvor det åndelige aspekt er sentralt. Hun oppfatter at mennesket først og fremst er en åndelig sjel som lever i en fysisk kropp og hun opplever og erfarer det åndelige aspekt ved tilværelsen som noe overordnet det fysiske og psykiske. Hun

snakker om energier og Gud som en universell energi som hun bl.a. opplever som et sterkt lys, glede og kjærlighet. Hun mener at alle religionene i bunn og grunn omhandler det samme bare på ulike måter. Hun mener at hennes sykepleieutdanning var lite opptatt av det åndelige. Når jeg spør henne om hva sykdom er sier hun: *”For meg er sykdom en åndelig erfaring, vi kan ikke dele mennesket i psykisk, fysisk og åndelig- vi er en helhet. Sykdom er en helhetlig menneskelig erfaring som gir oss mulighet til forandring og utvikling”*. På Vidarklinikken kan pasientene bl.a. velge mellom massasje, bad, kunstterapi og urtemedisin. Når de vurderer behandlingen pasientene skal få, så avhenger det av om pasienten trenger å styrke det eteriske, det astrale eller ”jeg” dimensjonen sier hun.

Hos de informantene som er healere oppfatter jeg at de guddommelige krefter og menneskets helbredende krefter glir over i hverandre. Mari er healer, hun sier det slik i intervju: *”Jeg er opptatt av åndelighet, forholdet til Gud, Gud er kjærlighet som holder oss oppe. Det er en guddommelig gnist i hver enkelt av oss. Vårt egentlige jeg er guddommelig... Jeg har gått i mange år og lært om energier, energibaner, chakraer osv. Det var faktisk en lege som oppdaget at jeg hadde evner til healing, det bare var der. Jeg tror alle kan, men det er mer fremme hos noen enn hos andre. For at det skal holdes ved like sier hun at hun ber for å være i kontakt med sitt indre.*

Oppfatningen om at alt levende er energi som kan påvirkes gjennom healing er det mange informanter som deler. Ved å balansere energien hos pasienter vil de selvhelbredende kreftene stimuleres. Oftest er det hele mennesket, ikke spesielle organer eller kroppsdelar som er i fokus for healingen, den helbredende energien knyttes til noe guddommelig. Et eksempel er Sofie som arbeider med massasje og healing. Hun sier bl.a. dette i intervju: *”I massajearbeidet jobber jeg med energi og før jeg skal massere har jeg ofte et rituale hvor jeg setter på litt røkelse og et stearinlys og har på litt musikk og så danser jeg gjerne litt eller sitter litt i rommet for å skape gode energier. Det er viktig at man er åpen og lar dem prate og også når jeg gir massasje kjenner jeg på energier som strømmer i mellom oss da og jeg prøver å overføre litt energi til de jeg masserer. Om jeg tar det fra Gud eller hva den kraften er, jeg føler egentlig at det er noe i meg, jeg kan når jeg mediterer åpne for det jeg vil kalle et lys som jeg lar strømme gjennom meg og ut gjennom hendene da til de som mottar massasje”*. Oppfatningen om at helbredende energi kommer fra en guddommelig kilde og går gjennom hendene slik at de kan hjelpe mennesker som er syke eller som ønsker selvutvikling er ikke ny. Den er velkjent i folkemedisinen. I avhandlingen til Alver og Selberg (1992) forteller håndspåleggere om sine evner på samme måte som informanter i mitt materiale, som om de

besitter en guds gave, om en energi som går fra Gud og gjennom dem og ut til dem som trenger det. Alver og Selberg (1992) viser i sin avhandling at dette fenomenet på ulike måter har eksistert i uminnelige tider under ulike forklaringsmodeller eller forestillingsverdener, som for eksempel knyttet til en kristen tradisjon eller til oppfatninger om universelle energier. Oppfatningen om universelle energier har vært knyttet til ulike fenomen og begreper som for eksempel ideer om magnetisme og elektrisitet, eller ideer om vitale krefter, eller en universell kjærlighetskraft/ prinsipp som kan kalles Gud m.m. Under tittelen ”Ny vin på gamle flasker” sier de at de folkelige behandlere tilpasser seg folks behov og tidens idestrømninger og at også folk bruker det de folkelige behandlere står for på sin måte for å få det til å passe inn i egen forestillingsverden (Alver og Selberg 1992:197). Som alternative behandlere kan informantene knytte forestillingene til alternativmedisinske forklaringer (holistisk vitenskap), hvor skillet mellom religiøse ideer og vitenskap viskes ut. En sykepleier og healer i dag gjør kanskje det samme som en klok kone eller håndspålegger gjorde/gjør, men de fleste av informantene i min studie plasserer seg i et alternativmedisinsk helsemarked og oppfattes derfor på en annen måte. Men bildet er sammensatt, også informanter i min studie kan oppfattes som først og fremst en ”klok kone” som tar imot pasienter i eget hjem evt. uten å ta betaling. Bildet kompliseres av at de er offentlige godkjente sykepleiere og videre kompliseres bildet av at også offentlig godkjent sykepleie i noen grad åpner opp for bruk av håndspålegging eller det som kalles terapeutisk berøring (TT, therapeutic touch) i det offentlige helsevesen. Det knyttes da til energibegrepet uten at ordet gud eller guddommelig brukes.

Det er vanskelig å skille medisinske systemer fra religiøse oppfatninger. Er for eksempel det kinesiske energibegrepet eller den indiske læren om chakrapunkter først og fremst en teori om hvordan kroppen fungerer eller er det uttrykk for religiøse forestillinger? Det er ulike oppfatninger om dette. Det oppfattes av flere som religiøse begrep (se under) og dette kan bl.a. ha sammenheng med at energibalansering ligner den form for håndspåleggelse som i norsk tradisjon ofte knyttes til kristne som helbreder i Jesu navn.

#### Holisme som en blanding av livssyn og helsearbeid.

En blanding av religiøse forestillinger og helsearbeid kan møte kritikk og bli oppfattet som useriøst, også i deler av det alternativmedisinske miljøet. Gunn som er utdannet i kinesisk medisin og arbeider ved et senter for alternativ behandling, sier at når hun begynte å bruke healing, ble det ikke tatt vel imot av de andre ved senteret og at hun derfor snakker minst

mulig om det. ”*De vil ha et mest mulig naturvitenskapelig image*” sier hun. At det er reaksjoner på bruk av healing er velkjent fra flere undersøkelser (Widell 1999, Launsø 2001). I Launsøs undersøkelse blant leger og farmasøyter i det danske helsevesen illustreres skepsisen på ulik måte. En lege som også er healer sier:

Det at arbeide med hænderne, det har jeg været afskåret fra inden for sygehusene. Jeg arbejder så via det mentale-med klarhed- uden at røre ved folk. Men jeg ser bedre, når jeg arbejder med hænderne (healer), end når jeg arbejder rent mentalt. Det vil ikke være muligt at lave en regulær healing indenfor systemet. Der sætter grænsen ind. (Launsø 2001:90)

Oppfatningene i det skolemedisinske miljøet er at healing har med religiøs praksis å gjøre og derfor ikke bør blandes med medisinsk behandling. Legen John Nessa (som ledet legeföreningens utvalg om Alternativ medisin) går skarpt ut mot healere. I forbindelse med at den verdenskjente healeren Matthew Manning var på besøk i Oslo ble Nessa intervjuet av Dagbladet. Han sier:

Dette er bare tull og bedrageri-... healere gir seg ut for å løse problemer de ikke kan løse. Om folk går på fotballkamp eller healerkonsert er det samme for meg, men ingen må tro at det kan løse helseproblemer. Å vise omsorg for andre med en symbolhandling kan være verdifullt i seg selv, men ingen biomedisinsk effekt er dokumentert på skikkelig vis (Dagbladet, Magasinet 8.april 1999: 29).

Mer generelt uttrykker fylkeslegen i Vest Agder sin skepsis til at alternative behandlere blander livssyn og helsearbeid. Han sier i en kronikk i avisen Fædrelandsvennen:

Det er viktig å skille religion og livssyn fra alternative behandlingsformer. Det kan være lurt å være på vakt mot sammenblanding av slikt. Hvis dette blir en graut av litt religion pluss litt helsefaglig praksis med tillegg av litt alternativ behandlingsteori, så blir dette en uklar vare som mottageren får (Fædrelandsvennen 31.12.98).

Den sammenblandingen fylkeslegen nevner som problematisk er det som informanter i denne studien faktisk ønsker å tilby. De ser på denne blandingen som en positiv mulighet som gis dem ved å velge alternativ behandling. De ønsker ikke å ”skille kropp og sjel”, de ønsker å ha fokus på menneskets åndelige dimensjon og de ønsker å selv definere hva det innebærer. Det kan se ut til at det er ulike oppfatninger om hva som ligger i begrepet religiøst, for noen defineres for eksempel den kinesiske energilæren eller teorien homøopati bygger på som religiøs, mens for andre er de mer å sammenligne med naturvitenskapelige teorier som

foreløpig ikke er offentlig akseptert. Noen kulturer skiller ikke religiøse forestillinger og medisinske forklaringsmodeller eller religiøs og medisinsk praksis. Er for eksempel chi gong (kinesiske helseøvelser som bygger på energilæren), yoga eller meditasjon først og fremst religiøs praksis og knyttet til livssyn, eller er det først og fremst metoder for å fremme helse? Dette er det ulike mening om.

#### Holistiske behandlere i møte med kristne helsearbeidere.

Holismebegrepet kan bli oppfattet å beskrive en nyreligiøs virkelighetsoppfatning som er konkurrerende til kristendommen. Kristne helsearbeidere kan derfor oppleve et religiøst dilemma ved å velge eller anbefale alternative behandlingsformer. Dette dilemmaet ble bl.a. satt på dagsorden av teologen Joachim Grün i et foredrag han holdt på generalforsamlingen til Norges Kristelige Legeforening 26.januar 2001. Hans oppfatning er at alternativ medisin er basert på et paradigme knyttet til Østens menneskesyn og esoterisme. Han hevder at energibegrepet er et åndsbegrep og at helse i alternativmedisin ligger på det åndelige plan. Som genuin holisme fremmet han tanken om den kristne forsoning som er forsoningen mellom ånd og materie. For å finne frem til et ”sant” holistisk paradigme oppfordret han til et samarbeid mellom kirke og legevitenenskap. Og han oppfordret legene til å arbeide for et holistisk menneskesyn hvor både kropp, sjel og ånd er integrert ([www.else-egeland.org/alltilalt.htm](http://www.else-egeland.org/alltilalt.htm) ).

Sykepleieren Tove Giske (1994) er en av dem som offentlig har uttrykt sin kritiske holdning til alternativ behandling. Hun er leder av gruppen ”Kristent Forum for Sykepleiere og Sykepleierstudenter”. Hun skrev sin hovedfagsoppgave i sykepleie om åndelig omsorg, og hun har skrevet pensumbøker for sykepleierstudenter om samme tema. I tillegg har hun gitt ut et hefte om alternativ medisin i lys av kristen tro. Her hevder hun at det er tre begrep som er problematiske for henne som kristen sykepleier: Holisme, Energi og Høyere bevissthet. Hun mener at man i alternativ medisin bruker holismebegrepet for å beskrive en oppfatning om hele kosmos. En oppfatning som hun beskriver som monistisk, panteistisk eller animistisk hvor Gud og verdensaltet er ett, og mennesker dermed også er guddommelige. Hun fremhever at i den kristne forestillingen om verden er det Gud som står øverst, utenfor skaperverket og har all makt, og for å være hele må menneskene leve i fellesskap med Gud og andre mennesker, samt forvalte skaperverket rett. Hun sier at det for kristne er et klart skille mellom Gud, skaperen og skapningen mennesket og peker på at mennesket lever kun en gang med to utganger på livet: frelse eller fortapelse. Dette står bl.a i kontrast til den sirkulære

oppfatningen av liv-død-liv-død som en finner hos mange som praktiserer alternativ medisin og som hun forbinder med holisme. Hun advarer kristne mot alternative behandlere med en holistisk oppfatning om virkeligheten. Hun sier:

Når alternativ medisin tilbyr eit heilskapeleg behandlingstilbod med veiledning for både kropp og sjel, kan helse og frelse lett blandas saman. Dermed kan det skje at den som ynskjer seg bedre helse plutselig finn ut at ho/han samstundes er på veg mot ei eller anna form for frelse (1994:24).

Oppfatningene av hva som kan karakteriseres som religion og som kan oppfattes å påvirke mennesket sjelelig kan være en annen for den kristne enn for den alternative behandleren. Tove Giske og andre kristne oppfatter for eksempel energilæren eller chakralæren som først og fremst religiøse teorier som kristne anbefales å være på vakt overfor (Giske 1994). Det samme gjør den kristne legen Sven Weum på sin hjemmeside: Han vurderer de mest aktuelle alternative behandlingsformene og konkluderer med at de er religion. Han sier for eksempel dette om fotsoneterapi:

Det burde ikke finnes noen tvil om hva som danner grunnlaget for refleksologi. Det er ikke vitenskap, det er religion.(www.weum.no ).

Inga som er utdannet i kinesisk medisin opplevde å møte slike holdninger da hun skulle presentere akupunktur på en fødeavdeling. Hun oppfatter ikke selv at hennes behandlingstilbud er religiøst. Men da hun ble invitert til en gruppe jordmødre for å fortelle om akupunktur som smertelindring til fødende oppdaget hun at noen oppfattet henne som først og fremst religiøs. En kristen jordmor som var til stede i gruppen sa klart fra (med henvisning til Bibelen) at bruk av akupunktur kunne åpne opp for energi som ikke var av den kristne Gud og at det derfor var galt for henne å anvende slike metoder. Den samme konklusjonen har Sven Weum når han konkluderer sin vurdering av akupunktur. Han skriver:

Det viktigste spørsmålet er derfor ikke om akupunktur virker eller ikke, men hvilken ånd som virker gjennom behandlingen (weum.no)

Når Mari forteller om sin healing, så sier hun: *Men kristne helbredere reagerer, det er rart, det må være fordi vi ikke bruker bibelvers*". På et debattmøte om healing og helbredelse arrangert av medisinerstudenter ved Haukeland sykehus (22.9.97) ble healer og sykepleier

Else Egeland kritisert av medlemmer fra menigheten ”Levende Ord” og betegnet som representant for ”mørkets krefter” fordi hun ikke helbredet i Jesu navn. Dette synet unerstrekes av legen Weum som demoniserer healing og beskriver det som antikrist (www.weum.no). Giske understreker betydningen av å vurdere eventuelle virkninger i lys av den lære som behandlingen bygger på:

Når kraftgjerningar skjer kan ein ikkje automatisk vete kven som står bak... åndeverda har kraft som menneske kan få del i. Ein må evaluere det ut frå den læra som fylgjer med (1994:30).

Å skulle evaluere helsetilbud ut fra den læra som følger med er i dag vanskeligere enn noensinne. Innen det alternative behandlingsområdet blandes ulike medisinske, religiøse og sykepleiefaglige tradisjoner ut fra den enkelte behandlers interesse. Holismen blir brukt for å favne dette, men fordi det kan tolkes på så mange ulike måter skaper det mange ulike reaksjoner.

Samtidig med noen kristnes klare skepsis til nyreligiøs holisme er det en utvikling i store deler av omsorgsvitenskapen som nettopp bruker ordet holisme for å beskrive den retningen de mener fremtidens omsorgsvitenskap bør ta. De fleste helsefaglige teorier har et humanistisk perspektiv, hvor betydningen av menneskets eksistensielle eller åndelige dimensjon for helse og sykdom i økende grad vektlegges. Også gudsbegrepet og menneskets forhold til ”en høyere makt” knyttes på ulik måte til helse og behandling i dette perspektivet. Karin sier for eksempel at den finske professoren i vårdvitenskap Katie Erikson står hennes hjerte nær. Erikson har utviklet teorier om helse og helsearbeid som har et tydelig kristenreligiøst perspektiv og har vært del av pensum i både grunnutdanning og universitetsutdanning i sykepleie i flere år. I praksis viser det seg allikevel å være lite fokus på pasienters religiøse behov (Grasås 1997) og pasienter savner å bli møtt som hele mennesker (Fugelli og Ingstad 2003).

I boken ”Helse og helhet” som er gitt ut som festskrift til den kjente omsorgsfilosofen Antonio Barbosa da Silva (Hälsovårdhögskolan i Göteborg) synliggjøres bl.a. sykepleiens/omsorgsvitenskapens tette bånd til teologien. Teologen Jon V. Hugaas sier i innledningen til boken at hensikten med boken er å stimulere til en refleksjon omkring hva det vil si å anlegge en holistisk tilnærming til utfordringene som helsevesenet står overfor. Boka bygger på: ”Helse som tilpasning i et holistisk perspektiv” (Hugaas, 2004:11) hvor helsens

åndelige aspekter fremheves som sentrale fordi helsen først får betydning når livet i sin helhet har mening- når det oppleves som verdifullt. Dette er også hovedinnholdet i den mye brukte helseteorien til Aron Antonowski som sier at helse er en opplevelse av meningssammenheng. Opplevelse av mening og sammenheng (se kap.5) er knyttet både til menneskets psykiske og åndelige dimensjon (vanskene med å skille ånd og psyke illustreres også i kap.5 hvor psykiske aspekt vektlegges). Helse er ikke bare et empirisk eller helsefaglig begrep, det bærer i seg klare metafysiske perspektiver på hva det vil si å eksistere som menneske. Hugaas (2004) viser til den perspektivrikdommen som ligger i helsebegrepet når det knyttes til holisme eller helhetsbegrepet. Holisme i helsefag drar veksler på den filosofiske og teologiske tilnærmingen til livet. Han sier:

Det er mulig å snakke om helhetlig menneskesyn, helhetlig vitenskapssyn, helhetlig virkelighetsoppfatning, helhetlig livssyn – og det er mulig å se fenomenet helse i relasjon til alle disse begrepene. Det blir tydelig når man fra et vestlig ståsted - og innen biomedisinsk forståelsesramme – skal forholde seg til alternativ medisinske systemer, som for eksempel de som tradisjonelt hører til den kinesiske eller den japanske kultur (2004:13).

Enhetlig virkelighetsoppfatning og et helhetlig livssyn er betraktninger som søker å gripe mangfoldigheten i virkeligheten og livet ved hjelp av et samlende prinsipp. For mange mennesker (inklusive mange av informantene i denne studien) er det samlende prinsippet å betrakte som noe hellig, noe guddommelig, et kosmisk prinsipp eller rett og slett en personlig guddom. En virkelighetsforståelse som opererer med en forestilling om et slikt metafysisk prinsipp som kan gi mening både med og i livet - dvs. retning på livet og opplevelse av at livet har verdi- representerer en større mulighet for opplevelse av meningsfullhet som nettopp er kriteriet på helse slik helse oppfattes i kjente helsefaglige teorier (Hugaas 2004).

På den ene siden oppfattes alternativ behandling som holistisk og konkurrerende til kristendommen, på den annen siden oppfattes alternativ behandling som holistisk og dermed i tråd med sentrale verdier i moderne helsearbeid.

#### **4.5. Oppsummering og avslutning.**

Når sykepleiere som velger å tilby alternativ behandling vil kalle seg holistiske sykepleiere betyr det at de vil understreke både sitt alternative og sitt sykepleiefaglige ståsted. Begrepet holistisk er et kjent og velbrukt begrep i teorier og oppfatninger om sykepleie. De fleste teorier i sykepleie uttrykker et helhetlig eller holistisk syn på mennesket og menneskets



samspill med omgivelsene. For å understreke dette siteres ofte Florence Nightingale og hun rekonstrueres i lys av en holistisk tilnærming. Ved å bruke holismebegrepet vil informanter i denne studien både bekrefte at de er alternative behandlere, og de vil tydeliggjøre sitt sykepleiefaglige ståsted. De tenker og behandler ut fra en annen forståelse enn skolemedisinen og den offentlige helsetjenesten som de oppfatter som reduksjonistisk med for lite fokus på sammenhenger, spesielt sammenhenger mellom kropp, sinn og sjel. For å fremheve sin holistiske tilnærming fremheves psykiske og åndelige aspekt av helse og sykdom, noe de mener ble undervurdert i sykepleierutdanningen og spesielt undervurdert i den offentlige helsetjenesten. Ved å bruke dette begrepet viser de en kritikk mot det bestående, slik også Hanegraaff (1996) poengterte i sin analyse av New Age.

Begrepet holistisk eller holisme er et nøkkelbegrep i New Age. Begrepet kan sies å beskrive en refortrylling av virkeligheten hvor alt levende oppfattes som hellig eller guddommelig. ”Noe” gjennomstrømmer alt levende, binder det sammen, skaper balanse og harmoni og bør respekteres. Denne oppfatningen kommer også til uttrykk i nyere teorier i sykepleie, hvor bl.a. helse, økologi, og religiøsitet blandes. Informanter forteller om hvordan de opplever en kontakt med naturens guddommelige energi og hvordan de kan bruke guddommelig energi i behandling av syke. Nyreligiøse og sykepleiefaglige oppfatninger går over i hverandre, dette har i liten grad vært debattert i sykepleie. Det å blande livssyn og helsearbeid oppfattes av informantene som en positiv mulighet i det alternative behandlingsområdet. Dette møter reaksjoner i den offentlige helsetjenesten som mener dette er en useriøs blanding. Kristne helsearbeidere opplever et religiøst dilemma ved alternativ behandling fordi holisme oppfattes som konkurrerende til kristendommen. Hanegraaffs (1996) analyser av New Age fremhever også holisme som en begrep som utfordrer den kristne dualismen. Noen kristne helsearbeidere advarer mennesker mot å oppsøke alternative behandlere, noe også informantene i denne studien har erfart. Det er mange uavklarte forhold når det gjelder den teoretiske sykepleien, den praktiske sykepleien i det offentlige helsevesen og alternative behandlingsformer når det gjelder hva som ligger i en helhetlig tilnærming, spesielt knyttet til åndelig aspekt ved helse og sykdom. Forholdet til og betydningen av vår kristne kulturarv er også uklar. Fordi holismebegrepet er så mangfoldig, er det et uklart begrep for helsearbeidere og problemene med å bruke begrepet er mange. Owen og Holmes skrev allerede i 1993:

Coming to grips with holism has been likened to trying to hold ice, because it disappears in the attempt (1993:1688).

Nå, 13 år etter, er begrepet like uhåndterlig. Sykepleiere bør gå grundig gjennom hva som egentlig ligger i et sykepleiefaglig holismebegrep. Begreper som dette har en tendens til å bli brukt som ”glasur” uten at det er tydelig hva det i praksis betyr for den enkelte utøver.

## **Kapittel 5 Selvet.**

### **Sykdom og behandling som utvikling av Selvet.**

#### **5.1. Innledning med presentasjon av data.**

*”Jeg synes at vi i utdanningen til sykepleiere var altfor lite opptatt av det faktum at vi ikke kan hjelpe andre, hvis vi ikke kjenner oss selv og våre egne følelser og fordommer osv. Jeg har blitt en mye bedre sykepleier etter at jeg gikk i dybden på meg selv.” (Oda).*

I intervju og samtaler med informantene var jeg interessert i deres oppfatninger om sykdom og helse og deres begrunnelser for å tilby alternative behandlingsformer. Gjennomgangen av dette materialet sammen med gjennomgangen av data fra de eksterne kildene, viste at Selvet og selvutvikling ble oppfattet som sentrale begrep knyttet til både sykdom, behandling og helbredelse. Erfaringer fra egen sykdom og opplevelser i eget liv ble ofte nevnt som utslagsgivende for å velge alternative behandlingsformer. De fremhevet den betydning egen selvutvikling har for å kunne hjelpe dem som er syke, og de fremhevet sykdom som en mulighet for selvutvikling. Dette kan illustreres med et sitat fra intervjuet med Susanne som tilbyr soneterapi og healing. Hun sier: *”Sykdom er mangel på kontakt med vårt innerste... Jeg var selv mye syk under sykepleierutdannelsen, det var da jeg skjønnte at vi må jobbe mer med oss selv. Hvis vi hadde hatt litt mer om kroppen og sammenhenger i sykepleierutdanningen, så hadde ting blitt annerledes. Det gikk for mye på fag og for lite på personlighetsutvikling. Vi må jobbe mer med oss selv, få mer selvinnikt. Da kommer vi nærmere pasientene og kan møte dem som en helhet og bare det er jo helbredende”.*

Dette kapittelet har fokus på Selvet og selvutvikling. I vår vestlige kulturtradisjon står forestillingen om Selvet sterkt, det viser seg bl.a. i stor grad av individualisme og fristilling av det enkelte menneske. Spesielt innen New Age er fokus på Selvet og selvutvikling sentralt. Etter en presentasjon av informantenes oppfatninger om Selvet og selvutvikling vil jeg analysere disse i lys av begrepet ”det meningsskapende Selvet” og begrepet selvrealisering slik det fremstilles i sykepleie/psykologi og nyreligiøsitet.

Også i kapittel 6 er selvrealisering et sentralt tema, der knyttes begrepet til informantenes opplevelser av at det å tilby alternativ behandling styrker deres profesjonelle og personlige identitet.

#### Presentasjon av data.

Hilde har vært mye syk selv, og når jeg spør henne om hva hun mener sykdom er, sier hun: *Sykdom er kroppens måte å si ifra på at det er noe i livet vårt som ikke fungerer. Det har jeg erfart på egen kropp. Jeg har lært meg å lytte til min egen intuisjon og til egne drømmer. Jeg skjønner nå hvordan vi skaper vår egen virkelighet. Jeg er ikke i tvil om at jeg har skapt min egen sykdom på et ubevisst plan*". Også Ester fremhever betydningen av egen sykdom. Hun arbeider som healer og hun sier bl.a. dette i intervju: *"Jeg ble interessert i alternativ behandling fordi jeg selv hadde personlige problemer som skrev seg lagt tilbake i barndommen. Jeg måtte begynne med selvutvikling, så det var sånn jeg fikk inspirasjon til å begynne med healing, først for å hjelpe meg selv da"*. Hun forteller om evnen til intuisjon som hun prøver å utvikle. Hun sier: *"En må stille seg åpen for det som kommer, det som er rett for meg. Det går på det høyere ubevisste, vi er jo åpne for universet og kreftene der og det er en mening med livet vårt. Når jeg er åpen får jeg signaler som automatisk styrer meg i rett retning... Folk må bli mer bevisst på hvem de er, ta tak i alt erfaringsmateriale fra livet. Vi må bli glad i oss selv og åpne opp for det som er meningen for hver enkelt av oss."* Hun mener også at man kan få hjelp i selvutviklingsprosessen, hjelpen kommer fra en gudskraft. Hun sier: *"Det må eksistere en kraft som hjelper oss, jeg er overbevist om at det finnes en Gud eller et univers eller en kraft som hjelper oss. Det har jeg merket gjennom healingen, det kommer en kraft som ikke hører meg til"*. Else Egeland er også healer. Hun holder kurs i healing og fremhever effekten healing kan ha både på den som gir og den som får. I en brosjyre for kurset skriver hun bl.a.: *Healing er en urgammel, helhetlig orientert helbredelsesmetode. Kropp, sjel og ånd er en uatskillelig helhet, og tanker og følelser kan manifesteres som kroppslige symptomer og sykdom. Ved å forstå samspillet mellom tanker, følelser, energi og fysisk form kan du se hvordan sykdommer og symptomer oppstår, og derved også i større grad være bevisst din egen helse og utviklingsprosess". Blant temaene for kurset er: \* menneskets energifelt; bevissthetens dimensjoner, \* den skapende tanke, \* aksept og kjærlighet som helbredelsesfaktorer, \* sykdom sett i sammenheng med livsprosesser, \* mening- å se sykdom som redskap for læring og utvikling"*. Også Mari tilbyr healing, hun forteller i intervju at hun har forandret syn på mennesket fra hun begynte i sykepleien. Hun sier at det begynte med selvutvikling. Hun har tatt flere kurs i selvutvikling og fremhever at hun mediterer daglig. Hun forteller også at hun er opptatt av drømmetydning og at hun hver dag tegner en liten tegning fra drømmene sine. Hun mener at det er spesielt viktig å arbeide med seg selv når man tilbyr healing.

Karin er antroposofisk sykepleier, hun sier i intervju: *"Sykdom er en utviklingsmulighet som vi selv har valgt på et dypere plan."* Hun mener at mennesket selv velger sykdom og at de også kan velge å la seg inkarnere mange ganger hvis det er nyttig for egen åndelige utvikling. Hun sier videre: *"Jeg tror jo at vi har levd før og at vi har en eksistens også mellom våre fysiske liv. Vi er ikke bare enkeltinivider, eller enkeltsjeler, men vi er del av en guddommelig udelelig helhet, og når vi inkarnerer så plukker vi med oss noe, vi velger selv rammene rundt det liv vi blir født til. Jeg tror ikke at karma er noen straff, men det er muligheter du gir deg selv i kjærlighet"*. Det at livet generelt og sykdom spesielt blir sett på som muligheter for selvutvikling er klart uttrykt hos healere og antroposofiske sykepleiere: Sykepleier Inger Nerdrum har arbeidet flere år på Vidarklinikken som er et antroposofisk sykehus i Sverige. Hun har skrevet artikler fra sitt opphold der. I en av artiklene beskriver hun hvordan hun som antroposofisk sykepleier ser på sykdom som en utviklingsmulighet:

Sykdom er for meg en mulighet til vekst og utvikling i et menneskes liv, i motsetning til en mekanisk feil som må repareres... For meg er livet som en prosess hvor vi har mulighet til å bli stadig mer levende, en mulighet til å frigjøre stadig mer av det potensial vi har inni oss. Helse og sykdom er deler av denne prosessen og gjennom sykdom kan man gjennomgå en sterk personlig utvikling hvor man så og si blir mer menneske, frigjør mer av sine menneskelige muligheter Sykdom kan lede oss inn i en sterk prosess hvor vi oppdager sider ved oss selv som vi tidligere har vært fremmede for (Nerdrum1990: 35).

Kan det være at man gjennom angst og smerte kan møte noe i seg selv som gjør en mer til menneske- med andre ord at livet faktisk lutrer? spør Inger Nerdrum (1990).

Karin sier det slik: *"Jeg ser på sykdom som en utviklingsmulighet, men for at pasienten skal finne denne muligheten må han gå inn i seg selv og meditere over eget liv"*. Som sykepleier på Vidarklinikken legger hun derfor til rette for meditasjon, stillhet, noe vakkert å se på, massasje og bevegelsesterapi som skal bidra til at pasienten "synker inn" i seg selv og får kontakt med sitt indre. På den måten mener hun at sykdommens mening vil kunne tre frem, pasienten utvikle seg og de selvhelbredende kreftene kan få "flyte friere".

Informantene over er opptatt av personlig utvikling, både det å være syk og det å være behandler gir muligheter for slik utvikling. Erfaringene fra eget liv brukes for å hjelpe og forstå både seg selv og andre. De mener at sykdom kan være et signal på at det er noe i livet som trenger bearbeidelse, derfor er hovedfokus på selvet og utvikling av selvet når de velger behandlingsform. Mennesket oppfattes som vevd sammen med alt levende (se kap.4) og

kontakt med en guddommelig helbredende kraft oppfattes å kunne fremme utviklingen av selvet. Dette er en sterk psykologisering og spiritualisering av sykdom og behandling. Oppfatningene uttrykker et alternativ til det biomedisinske perspektiv de fikk presentert i sin sykepleierutdanning. Nå er fokus hvorfor man er syk og hva man vil med sykdom mer enn symptomer og medisinsk behandling.

## **5.2 Selvet skaper mening.**

De oppfatningene informanter har av Selvet er en blanding av psykologi og religiøse forestillinger. Studier blant nyreligiøse avdekker slike oppfatninger. I folkloristen Økland Hauskens (2002) feltarbeid blant nyreligiøse ble oppfatninger om sykdom knyttet til selvutvikling. Hun sier bl.a.:

Å bli syk er således ett ledd i selvutviklingen, noe man må overkomme og lære av for å komme videre. Sykdom kan derfor bli ansett som noe positivt (2002: 47).

Hun sier også at i dette miljøet oppfattes sykdom som et symptom på at det er noe galt, at man ikke gjør det som er rett i forhold til Selvet. Behandlingen blir å jobbe med seg selv, å endre tankemønstre for å komme lengre i selvutviklingen. Hun beskriver også oppfatningen om at man ved å bli syk og overkomme sykdom kommer lengre i sin selvutvikling. Noen ganger er dette knyttet til reinkarnasjon og opplevelser fra tidligere liv. Litteratur om nyreligiøsitet fremhever New Age som en ”selvreligion”. Paul Helaas (1996) sin bok ”The New Age Movement” har undertittelen ”The Celebration of the Self and the Sacralization of Modernity” og viser med dette at han oppfatter Selvet og sakralisering som nøkkelbegrep i New Age. Den hollandske religionsforskeren Wouter Hanegraaff (1996) påpeker at ikke alle nyreligiøse forestillinger om Selvet stemmer overens med hverandre, men at hovedtrekkene er klare. Han henviser til David Spangler og skriver:

Self is another part of myself, one that is vastly more expansive than my personality, it is a deeper self, one that participates in eternity even as my daily self participates in time. This catches the essence of the concept. The normal, daily personality we usually call ”me” is not the real Self at all. The real Self possesses a vast consciousness not bounded by space and time (1996: 211).

I New Age er det vanlig å oppfatte vårt Høyere Selv som det essensielle i mennesket. Hanegraaff (1996) sier:

To believe in the Higher Self implies that we are not who we think we are. Our everyday personality is a transient shadow, and may well be described as a dream or illusion created by the real Self. Our real essence is a spiritual reality about which most of us know nothing at all: we are living in a state of alienation from our real being (1996:212)

Selvet oppfattes som evig og konstant, og livet handler om å bli mer og mer bevisst på hvem en er, det handler om å avdekke mer og mer av sitt Selv. En slik prosess kan også knyttes til helse og behandling av sykdom.

I sykepleie er begrepet Selvet lite brukt, det knyttes til sykepleie først og fremst gjennom støttefaget psykologi, der ulike oppfatninger om begrepet presenteres. Et unntak er hos Watson. Hun brukte dette begrepet allerede i 1985 for å definere begrepet helse. Hun definerer helse som en opplevelse av enhet og harmoni i sinn, kropp og sjel og sier at denne opplevelsen er avhengig av graden av samsvar mellom det oppfattede Selv og det erfarte Selv.

Psykologen Tone Mikalsen (2000) har i en artikkel hun har kalt "Det meningskapende selvet" gitt en oversikt over ulike oppfatninger om Selvet. Hun sier bl.a. at selvbegrepet ikke bare er en sentral størrelse innenfor dagens personlighetspsykologi, men også mer generelt innenfor den vestlige kulturtradisjon. Videre fremhever hun hvordan begrepet tradisjonelt har blitt forstått som intrapsykisk med utgangspunkt i individets fungering, som en essensiell størrelse i den menneskelige natur. Nyere oppfatninger i psykologi har vektlagt at individets selvoppfatning ikke kan isoleres fra den kulturelle kontekst. Mikalsen beskriver hvordan selvet har en meningsdannende funksjon i en sosiokulturell kontekst. Hun sier bl.a.: "Å forstå selvet som kontekstuell, vil derfor innebære å forstå selvet som meningsbærende" (2000:15). Hun utdyper begrepet mening som hun påpeker har vært lite brukt i psykologien, men som i stor grad blir brukt innenfor humanistiske og hermeneutiske disipliner og som ofte er knyttet til fortolkning og forståelse. Dette gjelder for eksempel i sykepleie hvor meningsbegrepet er sentralt, ofte knyttet til den enkeltes opplevelse av helse og erfaringer med å være syk. Helse oppfattes å være knyttet til en opplevelse av mening og sammenheng (Antonowskis teori om helse som "Sense of coherence" brukes mye i sykepleie). I Benner og Wrubels fenomenologiske sykepleieteori, vektlegges den situasjon og den kontekst den enkelte er i som avgjørende for hvordan man tolker og forstår ting som skjer. De fremhever at opplevelsen av mening er avgjørende for hvilke muligheter man opplever at man har, og for hvordan man mestrer situasjoner av betydning for helse, sykdom og behandling (Konsmo

1995:67). For å kunne gi omsorg vil det være aktuelt for sykepleieren å få innsikt i pasientens oppfatninger knyttet til egen sykdom og behandling (illness), men i den offentlige helsetjenesten har ikke sykepleieren noe ansvar for behandling av selve sykdommen (disease), da det er legens ansvar (se kap.7). Som alternativ behandler derimot vil meningsbegrepet være knyttet både til selve behandlingen og til opplevelsen av sykdommen (illness og disease), dvs. en utvidelse av det sykepleiefaglige perspektivet.

Mikalsen (2000) henviser til Baumeister når hun utdyper meningsbegrepet. Hun sier:

Hvert individ skaper sin mening utfra de ingredienser som kultursystemet tilbyr ... individet får således tilbudt et system av mening, i våre dager mer et marked av mening, fordi samfunnet, kulturen eller institusjonene har en egen interesse av å knytte sine elementer sammen i felles ideer, verdier og symboler (2000:17).

Sett på denne måten kan hver enkelte pasient velge en behandlingsform som gir mening og for offentlig godkjente helsearbeidere vil det være en utfordring at flere og flere pasienter ilegger sin situasjon en mening som er knyttet til en alternativ forståelse som de ikke har innsikt i. På den annen side er det en utfordring for pasientene hvis behandlerne har en annen oppfatning av hensikten med behandlingen enn pasienten selv har. Man kan få ”prakket på mening” i møte med den alternative behandleren. Det alternative behandlingsområdet tilbyr ideer og metoder som kan sies å være et marked av mening. Mange former for alternativ behandling kan deles opp slik at det bare er en behandlingsmetode/teknikk som tilbys, man må ikke nødvendigvis forholde seg til den virkelighetsoppfatningen metoden springer ut i fra. Men Else (i innledningen) vil for eksempel også tilby kurs i healing hvor healing sees i en større sammenheng og får preg av et meningsfullt livssyn. Det samme kan gjelde akupunktur i lys av kinesisk filosofi osv. Når behandlingsformene settes inn i en større sammenheng på denne måten, vil fokus på mening og selvutvikling komme sterkere i fokus.

Mikalsen beskriver en oppfatning der Selvet har rollen som basiskilde for hva som er meningen med livet. Når troen på de absolutte sannheter blir svekket som legitimeringsgrunnlag for den enkeltes eksistens og handlinger så overtar Selvet som verdibase for å rettferdiggjøre meningen med livet. Dette perspektivet beskrives også som sentralt i New Age hvor mennesket selv kan oppfattes å være religionens ytterste referansepunkt (Helaas 1996). Nyreligiøsitet kan være en selvreligion hvor mennesket selv fungerer som transempirisk makt, sier Gilhus og Mikaelson (1998). Dette kommer til uttrykk i



i uttalelser fra informanter i min studie. For eksempel i oppfatninger knyttet til helse og sykdom, der noen sier at de selv har valgt sykdom på et ubevisst plan (deres høyere selv) for å gi seg selv muligheten til åndelig selvutvikling.

Mikalsen(2000) henviser også til Baumeister når hun beskriver fire grunnleggende behov for mening som det moderne menneske har skapt med utgangspunkt i selvet:

1. Behovet for hensikt, rettet mot et fremtidig mål (ytre) eller fullendelse (indre).
2. Behovet for betydningsfullhet, kontroll og mestring (efficacy).
3. Behovet for verdier og moralske standarder (value or justification).
4. Behovet for individuell eller kollektiv egenverdi og selvrespekt (self-worth).

Informanter i min studie vil på ulike måter søke å dekke disse behovene, for eksempel gjennom å tilby behandling som i stor grad samtidig gir mulighet for egen selvutvikling. Selvet kan også oppfattes som en narrasjon, ”det narrative selv” som den konstruerte livshistorie sier Mikalsen (2000). Slike livshistorier vil forsøke å gi svar på spørsmålet ”Hvem er jeg?” eller forklare ens egen identitet. I min studie kommer dette til uttrykk gjennom oppfatninger av sykdom. Ved å bl.a. meditere over eget liv, kan en finne seg selv, bli kjent med seg selv og dermed også kunne finne meningsfulle årsaker til sykdom. Det er opp til den enkelte å skape mening i sitt eget liv, men selvet vil skape en mening gjennom en narrasjon som er kulturelt betinget, sier Mikalsen videre. For informanter i min studie vil narrasjonen være betinget av den alternative forståelsen de har valgt seg og som beskrives ved hjelp av ulike begrep og ulike adferd (en som er utdannet i kinesisk medisin vil beskrive og forstå seg selv og andre gjennom kinesisk virkelighetsoppfatning, mens en som er antroposofisk sykepleier vil beskrive og forstå seg selv og andre gjennom en antroposofisk virkelighetsoppfatning osv). Mikalsen (2000) sier bl.a. dette om livshistorier:

Ved å ligge et sted mellom ren fantasi og kroniske fakta, er livshistorier først og fremst individuelle sannheter, som fungerer som en slags forklaringsmodell eller et rammeverk for individets hypoteser om eller forståelse av seg selv (Mikalsen 2000:18).

Det vil med andre ord være opp til den enkelte å skape mening i eget liv, men denne meningen blir samtidig bestemt ut fra den sosiale sammenheng som individet befinner seg i. Selvet internaliserer kulturelle verdier, og narrativer kan forstås som en form for internalisert kultur. Slike narrativer integrerer individets rekonstruerte fortid, persiperte nåtid og anteperte fremtid, og gir livet et slags plot med begynnelse, senter og slutt, der selvet spiller

hovedrollen. Det er slike narrasjoner som gir individet en identitet, og det å utvikle en identitet vil ha en meningsdannende funksjon for individet, sier Mikalsen (2000) (se også om reinkarnasjon under). Mennesket forsøker å fremstille sin livshistorie som en integrert og meningsfull helhet, sentrert rundt en kjerne som kalles Selvet, til tross for at dette er foranderlig over tid.

Selvets meningsskapende rolle er ikke uproblematisk for det moderne menneske. Forventningene om det meningsfylte liv har et kulturelt press og kan også bidra til emosjonelle lidelser i form av depresjoner og angst. Prosessen ved å skulle finne mening i sykdom kan kanskje i seg selv være sykdomsskapende. Dessuten kan en prosess for å finne mening gjøre at man blir avhengig av hjelp fra andre (her: alternative behandlere) for å finne den (se kap.8 om marked). Mikalsen (2000) henviser til Baumeister som kritiserer den vestlige populærkulturens overfokusering på "how to find, cultivate, discover, actualize, and transform the self" :

The increasing modern emphasis on self-hood has made the self more difficult, burdensome, and stressful (...) The higher the demands and expectations that surround the self, the greater the vulnerability to falling short. Constant vulnerability is a source of stress (2000:23).

Samfunnsutviklingen og den kulturelle utviklingen i Vesten har beveget seg i en retning hvor tradisjon og historie har mindre betydning for det enkelte menneskes identitetsutvikling og rolleforventninger. Dette anses på den ene siden som en positiv frihet og mulighet for å skape sitt eget liv, men på den annen side kan det føre til at "det moderne selv" får problemer med å legitimere sin eksistens og faktisk finne mening med tilværelsen. Mening kan være en positiv opplevelse, men også et problem. For mennesker som er syke og sårbare vil krav om mening kunne skape ekstra stress, og for helsearbeideren i møte med pasienten vil det å ha fokus på mening føre til en økende grad av "psykologisering" av pasientenes tilstand og større krav til psykologisk (evt. også religiøs) kompetanse. Videre vil et krav om mening i arbeidssammenheng kunne bety at man er utilfreds og søkende og stadig har forventninger til "noe mer". Hvorvidt den enkelte opplever sitt liv som meningsfullt er ikke bare en individuell, men også en kulturell utfordring.

### **5.3. Selvet, sjelen, det guddommelige og reinkarnasjon.**

Ordet sjel ble ofte brukt av informantene i min studie (se også kapittel 4 om Holisme), som regel i uttrykket: ” kropp og sjel”. Karen svarer bl.a. dette på spørsmål om hvorfor hun valgte å tilby alternativ behandling: ”Kropp og sjel vil ikke lenger være atskilt”. I intervjuene ba jeg ikke informantene uttype hva de mente når de brukte ordet sjel, men jeg oppfatter at sjelen oppfattes som udødelig eller evig, som den siden av det levende mennesket som er knyttet til bevissthet, en guddommelig gnist osv. Sjelen oppfattes som den man egentlig er, som menneskets kjerne eller essens og knyttes ofte til reinkarnasjon og ordet guddommelig. Slik informantene bruker begrepene sjelen og Selvet, går de over i hverandre. En slik blanding av begrepsbruk beskrives også av Økland Hausken (2002) som sier:

Det nyreligiøse begrepet Selvet ligger derfor tett på den tradisjonelle oppfattelsen av sjelen, men skiller seg likevel ved å ha en dypere mening og å være en del av et annet forestillingskompleks(2002:21).

Begrepet sjel oppfattes hovedsakelig som et religiøst begrep, mens Selvet oppfattes som et psykologisk begrep. Økland Hausken (2002) sier at bruken av ordet sjel henger sammen med informantenes oppvekst i en kristen kultur og at de griper ordet Selvet med begrepet sjel fordi det er det som ligger først på tungen.

Tradisjonelt oppfattes kroppen og sjelen som vesensforskjellig i vår kultur (og i sykepleie). I det nyreligiøse feltet oppfattes kropp og sjel i større grad som udelelig enhet, selv om sjelen har en høyere status enn kroppen. Sjelen er evig mens kroppen er forgjengelig. ”Kroppen er bare et hylster for sjelen og uten varig verdi” sier Gilhus om oppfatninger av kropp i New Age (Alver 1999:51).

I psykologien brukes ikke begrepet sjel selv om psykologi betyr læren om sjelen (gresk). Psykologene Teigen, Skoe, Lindgren og Storjord (1999) diskuterer dette i en artikkel som de har kalt: ”Psykologien og sjelen”. De henviser til en undersøkelse blant psykologistudenter (amerikanske og norske) der det viste seg at 90 % trodde at menneske har en sjel og at 75 % trodde at dyrene hadde sjel. Hoveddelen av disse oppfattet seg ikke som religiøse. Begrepet opplevdes meningsfullt fordi det refererte til en essens, en kjerne som ligger til grunn for psykiske prosesser og livsytringer. Det lå tett opp til begreper som bevissthet, samvittighet, vilje, tanke, følelser evt. summen av disse prosessene. Videre var oppfatningen at sjelen står for det usynlige, ikke-materielle i oss, det som gjør oss til individuelle og unike personligheter. Begrepet sjelen tilsvarer den totale mentale prosess.

I mitt materiale er det religiøse aspekt tydeligere, f.eks. ved henvisning til kontakt med Gud og ved at sjelsbegrepet knyttes til reinkarnasjon, en forestilling som var vanlig blant informanter i denne studien. Oppfatningen er at man kan velge å bli født som fysisk kropp mange ganger, og at man selv velger utfordringer for det enkelte liv, men man har den samme sjelen. Karin hevder at utfordringene man velger for det enkelte liv kan bidra til utvikling av sjelen eller Selvet og oppfatningen er at det er ulike aspekt ved sjelen som uttrykker seg ved hver inkarnasjon. Også sykdom kan sees i en slik sammenheng. Alice sier i intervju ” *Vi kommer igjen, sjelen dør ikke, vi er i en annen sfære. Kroppen vi har nå er midlertidig, og hvis vi tenker på sykdom kan vi langt på vei helbrede oss selv. Vi kan og vet mye mer enn det vi tror. Sykdom bunner i uløste problemer, ikke nødvendigvis i dette livet, det bryter ut sykdom av ubearbeidede ting... jeg tror at de sykdommene du evt. måtte få skal vi lære noe av. På en måte må en jobbe seg igjennom det. Det er uløste problemer...Jeg tror jo det at vi er beskyttet, jeg får ikke mer enn jeg kan takle der og da, eller at du skal lære noe, kanskje skjer det ikke i dag, kanskje 1 år kanskje 10 år. Jeg må gå veien selv, men det er noen som passer på.* ” Alice oppfatter at hun har en udødelig sjel, som mellom livene er i en annen sfære. Her vil hun evt. velge å bli født inn i et nytt liv som kanskje vil inneholde sykdom. Sykdom oppfattes som en åndelig læringsprosess, et sjelelig anliggende og dermed ikke bare avgrenset til det nåværende kroppslige livet. De kroppslige symptomene er uttrykk for uløste problemer på et dypere plan. Hver inkarnasjon gir mulighet for utvikling, evt. gjennom sykdom, og det er guddommelige krefter til stede for å gi støtte.

Den vestlige nyreligiøse forestillingen om reinkarnasjon, er hovedsakelig knyttet til utviklingen av selvet - mot et mål som ligger i fremtiden og ikke utenfor tiden. I det nyreligiøse miljø oppfattes muligheten til å leve flere ulike liv som en positiv mulighet (Winje 1999). Det er selvet eller sjelen som blir gjenfødt, selvet skal vandre gjennom mange liv for å utvikle seg. Gjennom selvutvikling blir man bevisst at man har levd flere liv. Oppfatningen om reinkarnasjon er også et særtrekk ved New Age. Hanegraaffs (1996) analyse av New Age inkluderer et kapittel om død og overlevelse hvor han skriver om reinkarnasjon. Han drøfter New Age oppfatninger om reinkarnasjon og sier:

Rather than reincarnation, the universal element in New Age ideas about survival is *progressive spiritual evolution* considered as a process which started before death and will continue beyond death (1996:262).

Videre skriver han at oppfatningen om at vi selv har valgt våre inkarnasjoner for å hjelpe oss i en lære eller utviklingsprosess er svært vanlig innen New Age. Dette er igjen knyttet til oppfatningen om at vi skaper vår egen virkelighet, slik Hilde (over) også poengterer.

Troen på at mennesket har levd tidligere liv kan gi en trygghet og en tilhørighet og det gir innhold til personlige fortellinger samtidig som de er del av et kollektivt forestillingskompleks sier Gilhus (1998) og viser hvordan mennesker gjennom tro på sjelvanding får en tilhørighet bakover i tid. Hun sier:

For det moderne mennesket bidrar forestillinger om sjelevandring til å gjenfortrylle verden i form av private myter som gir individet en urgammel historie og derved ny betydning (1998:44).

Sjelen eller Selvet er guddommelig og i følge nyreligiøs oppfatning har det guddommelige flyttet ned fra himmelen og inn i det enkelte individ, sier Alver (1999). Helaas drøfter ”the religious self” innen New Age og henviser til Bellah når han sier:

One aspect of the great modern transformation (of culture) involves the internalization of authority and...this has profound consequences for religion. Religion has become more inner and individualistic. Although fundamentalistic forms of Christianity remain significant, mainstream religion is considerably more detraditionalized than the past. Authority has- in measure- shifted from theistic location to that which lies within self (1996:163).

Når selvet er guddommelig må man gå i seg selv for å få kontakt med det guddommelige. ”Om individens innersta anses vara av guddommelig karaktär, blir sjelutvecling en väg til gudomlighet” sier Liselotte Frisk i sin dr.grad om nye religiøse bevegelser i Sverige (1993:164)

Ulike metoder kan brukes i en slik selvutviklingsprosess hvor målet er å få kontakt med egen guddommelighet. Det kan for eksempel være meditasjon eller drømmetyding slik Mari nevner eller det kan være ved å tilby regresjonsterapi. Ved å vende fokus innover både i eget liv og overfor pasientene viser sykepleiere i min studie at de prioriterer sjelens åndelige utvikling som sentral for å fremme helse. Dette er selvsagt ikke uproblematisk. Å sette fokus på Selvet og selvutvikling stiller ikke bare store krav til kompetanse, det gir mange muligheter for å føre pasienter inn i prosesser de kanskje ikke er forberedt på og som kan ta både tid og koste penger (se kap.8 om marked og medikalisering). Videre er det fare for at behandleren blander

tema fra eget liv med pasientens og blander livssyn og helsearbeid på måter som kan komplisere tilværelsen for syke mennesker som kanskje allerede er i en vanskelig situasjon.

#### **5.4. Selvrealisering.**

I mitt materiale knyttes betydningen av selvrealisering både til sykepleieren som behandler og til mottagere av alternativ behandling. Evnen til å hjelpe andre avhenger av innsikt i eget liv og ulike behandlingsformers effekt er knyttet til i hvilken grad de bidrar til selvinnsett og selvrealisering. Oppfatningen av selvrealisering er knyttet til deres forståelse av Selvet og til meningen med livet. Selvutvikling har sammenheng med det å vokse, modnes eller utvikles og kan derfor tolkes ut ifra både psykologiske og religiøse referanserammer (Frisk 1998). Psykologen og forfatteren av lærebok i psykologi for sykepleiere; Grethe Nordhelle (2004), sier at det å oppdage egne medfødte evner og ressurser og å ta disse i bruk er det som menes med selvrealisering. Hun henviser til humanistisk psykologi som mener at selvrealisering eller selvaktualisering er en nedadrettet tendens i den menneskelige organismen, en tendens mot å vokse, utvikle seg og realisere sitt fulle potensial. Når selvaktualisering skjer vil selvbilde forandre seg i positiv retning. Dette vektlegges også i sykepleie som har fokus på menneskets grunnleggende behov. Selvrealisering ansees for å være det høyeste nivå av behov vi mennesker har og Nordhelle (2004) henviser bl.a. til Carl Jung når hun utdyper dette. Innenfor det alternative behandlingsområdet har Jungs psykologi vært populær bl.a. fordi han inkluderer et religiøst perspektiv inspirert av Østens tenkning. Jung kalte selvrealisering for individuasjonsprosessen - å bli sitt eget selv. Jungs individuasjon omfatter ikke bare å realisere ens evner og anlegg, men går videre enn det. Jungs Selv er i sin kjerne religiøst, det er en overpersonlig kraft som på en skapende måte griper inn i individuasjonsprosessen, sier Nordhelle (2004). Hos Jung handler selvrealisering om en virkeliggjørelse av det individuelle livets mening, om å velge det enestående ved seg selv og å velge å differensiere seg som helt menneske fra andre mennesker. Selvet er for Jung drivkraften for enhver utvikling. Det sentrale for menneskelig utvikling er å utvikle det som allerede er der, dvs. å aktualisere potensialet. Han sier bl.a.:

Alt som ligger i det ubevisste streber etter å gi seg til kjenne, og også personligheten streber etter å folde seg ut av sine ubevisste betingelser og oppleve seg selv som helhet (Jung 1966:17, her fra Nordhelle 2004:170).

Selvrealisering er å våge å styres innenfra, og dette igjen betyr en lydhørhet for ens eget indre fremfor alle de ytre stemmene. Slike oppfatninger gjenkjennes hos informanter i min studie,

som bl.a. vektlegger betydningen av meditasjon, drømmetydning, intuitiv maling osv. ”Vi har alt inni oss” som en av dem sa. Og det som er inni oss oppfattes å være i kontakt med en høyere bevissthet, det kollektivt ubevisste, det guddommelige lys, det hellige osv.

Det at idéer fra Jungs transpersonlige psykologi er å finne på pensum i sykepleie er noe nytt og viser at det i økende grad er flytende overganger mellom det som anses som alternativt og det som er etablert. Jungs oppfatninger verdsettes i det alternative feltet (inkl. holistisk sykepleie). Skillene mellom sykepleie, psykologi og religion er flytende og flere teorier i sykepleie trekker frem alternative metoder med fokus på selvrealisering som aktuelle i sykepleie (se kap.1).

### **5.5. Oppsummering og avslutning.**

I dette kapittelet har jeg analysert informantenes oppfatninger om Selvet og den betydning selvrealisering har for sykdom og behandling. Analysens perspektiv er sykepleie/psykologi og nyreligiøsitet. Utvikling av Selvet er sentralt både for den som behandler og den som er pasient. Det å gjennomgå sykdom oppfattes som meningsfullt på den måten at det gir muligheter for selvrealisering, mange mener også at sykdom er noe vi velger gjennom vårt Høyere Selv. Selvrealisering er også knyttet til oppfatninger om reinkarnasjon. Den alternative behandleren kan ved hjelp av ulike metoder hjelpe pasientene i en selvutviklingsprosess. For eksempel vil bruk av krystaller og healing kunne sette i gang slike prosesser. Evt. kan man bruke meditasjon, skapende aktiviteter osv for å få kontakt med sitt indre, en kontakt som anses som nødvendig for å bli hel.

Begrepet Selvet ble analysert ved hjelp av psykologen Tone Mikalsens beskrivelser av det meningsskapende Selvet og sett i sammenheng med begrepet sjel. Selvet er et nøkkelbegrep i teorier om New Age og det brukes i noen grad i teoretisk sykepleie, først og fremst gjennom støttefaget psykologi. Selvets meningsskapende rolle er ikke uproblematisk, forventningene om det meningsfulle liv har et kulturelt press som kan skape stress og uro i det enkelte menneske (se også kap.8 om Marked og Medikalisering). Gråsonene mellom sykepleie og nyreligiøsitet kom til syne også i dette kapittelet, livssyn og helsearbeid blandes og religiøse aspekt fremheves som sentrale i helsearbeid.

Religiøse og psykologiske begrep er oftere og oftere å se i sykepleiefaglig litteratur hvor nettopp opplevelse av mening og utvikling av Selvet er kjernebudskapet. I medlemsbladet for

Holistic Nurses no.1, 2005 er tema "Caring for Self" og under et bilde av en sykepleier som sitter i lotusstilling og mediterer siteres: "It is difficult to be a healing presence with others if our own vessel is empty". Og i det internasjonale sykepleiefaglige tidsskriftet "International Journal for Human Caring" er det i no.1, 2005 flere artikler som omhandler "Caring for Self and Others". Metoder som har til hensikt å fremme selvutvikling og som i Norge oppfattes som alternative, presenteres i økende grad som sykepleie i utenlandsk faglitteratur.



## Kapittel 6 Identitet.

### Alternativ behandling påvirker profesjonell og personlig identitet.

#### 6.1. Innledning med presentasjon av data.

I intervju og samtaler ble informantene spurt om hvorfor de valgte alternativ behandling og hvilket forhold de mente det var mellom alternativ behandling og sykepleie. Også i SFA's (Sykepleiere for Alternativ Medisin) medlemsblad "Påtrykk" har dette vært tema. I dette bladet har flere sykepleiere presentert sin alternative virksomhet og reflektert omkring det å være både sykepleier og alternativ behandler. Sykepleierne har en klar oppfatning av at de som alternative behandlere virkeliggjør grunnleggende ideer i sykepleie. Else Egeland som er healer sier: *"Jeg opplever min healingpraksis som "virkelig sykepleie"* (Påtrykk nr.1, 2003), mens Anne Kragseth som arbeider med energimedisin sier: *"Har du sluttet som sykepleier? er det mange som spør. Sannheten er at jeg føler meg mer som sykepleier enn noen gang"* (Påtrykk nr.2-2001).

Sykepleiere i denne studien velger ut fra egne verdier og holdninger å tilby svært ulike former for alternative behandlingsformer, allikevel opplever og mener de at de virkeliggjør grunnleggende ideer i sykepleie. Forholdet mellom alternativ behandling, sykepleie og personlige erfaringer og verdier er tema for dette kapittelet. Etter en presentasjon av data, vil jeg sentrere analysen rundt tre hovedpunkt. For det første i lys av oppfatninger om sykepleie, for det andre i lys av begrepet profesjonell identitet og for det tredje i lys av vår tids fokus på yrket som viktig faktor i egen selvrealisering. Identitetsbegrepet vil ikke bli brukt som kulturvitenskapelig tolkningsredskap, men ut fra en forståelse av begrepet slik det anvendes i sykepleie. Begrepet selvrealisering sees i sammenheng med identitetsbegrepet. Kapittelet er knyttet til kapittel 5 som omhandler Selvet og selvrealisering i sykdom og behandling.

#### Presentasjon av data.

Karin forteller i intervju at hun tilbyr terapeutisk berøring og healing og at hun er interessert i antroposofi. Hun ble utdannet sykepleier for 25 år siden og har jobbet ca. 15 år på sykehus. For 4 år siden sluttet hun og flyttet til Sverige for å arbeide på Vidarklinikken som er et antroposofisk sykehus. Hun sier at de siste årene på norske sykehus var veldig stressende, at hun var på vei til å bli utbrent. Hun fikk ikke være sykepleier slik hun var opplært til og hadde behov for å være. Hun følte at pasientene hadde mange behov som hun ikke fikk tid til å imøtekomme, og hun fremhever at det økte presset på å skrive ut pasientene så fort som

mulig, ble slitsomt. Karin følte at hun hadde god kontakt med pasientene, men hun mener at pasientenes opplevelser av sin situasjon ikke ble tatt nok hensyn til i vurderingen av behandling. Hun synes etter hvert at det ble for mye fokus på teknologi, medikamenter og papirer. Hun opplevde at pasientene ble beskrevet som diagnoser og organer, og at dette gikk ut over pasienten som helt menneske. Hun sier at de medisinske og økonomiske ekspertene styrte pasientbehandlingen på en måte som ble vanskelig for henne å akseptere. I sykepleien hadde hun lært om pasientenes fysiske, psykiske, åndelige og sosiale dimensjoner, at ”helheten var mer enn summen av delene”. Men et slikt menneskesyn mener hun at dagens sykehus ikke representerer. Karin er opptatt av det hun kaller menneskets åndelige dimensjon, og mener at sykdom gir en mulighet for utvikling som sykepleieren må å ta fatt i. Hun fremhever at de får tid til å prate og reflektere sammen med pasientene om den betydning sykdommen kan ha for dem. Videre fremhever hun at pasientene trenger tid og ro for å bli friske, og at det fikk de ikke på de offentlige sykehusene. Privat utviklet hun en interesse for antroposofi, og for 3 år siden tok hun steget fullt ut og sluttet i det norske helsevesen for å jobbe på Vidarklinikken i Sverige. Hun synes at antroposofisk sykepleie slik den utøves på Vidarklinikken er i tråd med den oppfatning hun har av god sykepleie. Her får pasientene tid og ro (de må ligge der minimum 3 uker) og sykepleierne får være nær pasientene over tid. Mange av dem har kreft eller lider av kroniske sykdommer. Hun forteller at de gir massasje og ulike former for berøring og de tilbyr ulike bad og innsmeringer. De bruker også urter, homøopatiske midler og vegetarmat. Pasientene blir også tilbudt musikk, eurytmi (en type dans/bevegelsesterapi) og maling. Antroposofien har også egne idéer om hvordan arkitektur, farger og natur påvirker helse, noe som er tatt hensyn til på sykehuset. Karin følte seg hjemme og synes at hun fikk være den sykepleieren som hun kunne være stolt av og identifisere seg med. Hun sier: ”*Alternativ behandling passer til sykepleie. Det er ikke konflikt. Det fungerer på sykepleiens premisser.*”

I intervju forteller Inga at hun arbeider med kinesisk medisin/akupunktur. Hun ble utdannet sykepleier for 12 år siden. Hun sier at hun allerede under utdannelsen følte at det var en kollisjon mellom teori og praksis. Hun sier: ”*Jeg trivdes og likte å gå på sykepleieskolen, men jeg kjente hele tiden at det var mye som kolliderte mot det jeg stod for, som dette med helhetstenkningen, det får vi inn i sykepleien, men ikke slik jeg synes det burde være når vi kom ut i praksis. Da synes jeg ikke jeg så den respekten for enkeltmennesket som jeg trodde jeg skulle møte. Alle de tingene finner jeg mye mer i det jeg driver med nå.*” Hun jobbet noen år i eldreomsorgen, men var ikke fornøyd. Hun synes aldri de fikk tid nok til det enkelte

mennesket, og det ble fort frustrerende. I jobben gikk hun på akkord med det hun mente var rett, hun følte at hun ikke fikk virkeliggjort de verdiene hun som sykepleier ønsket å stå for. Hun begynte derfor fort å tenke på om hun kunne gjøre noe annet. Hun poengterer at hun ville gjøre noe som var ordentlig og seriøst, men som hun kunne koble til sin sykepleierutdanning. Hun begynte derfor på en 3-årig utdanning i kinesisk medisin, inkl. akupunktur, hvor hun måtte ha en 3-årig helsefaglig bakgrunn for å komme inn. Dette mener hun passet henne midt i blinken, og hun følte at den tenkningen hun der ble møtt med falt sammen med egne oppfatninger om menneske og sykdom. Særlig var det dette med helhet og sammenhenger som føltes rett, sier hun. Læren om menneskets og naturens energi passet henne og hun synes hun kunne møte pasientene friere når de ikke hadde diagnoser. At den kinesiske medisin setter fokus på enkeltmennesket og på forebygging synes hun også er viktig. I det siste har hun interessert seg for blodtypedietten og hun mener at sykepleiere i altfor liten grad tar ansvar for den betydningen kosthold har for helse, sykdom og tilheling. Nå kan hun gi pasientene råd og oppfølging når det gjelder kost og kosttilskudd. Men hun synes det er trist at hun ikke kan anvende sine ferdigheter og kunnskaper i kinesisk medisin og om kosthold i de etablerte offentlige helseinstitusjoner. Nå tar hun imot pasienter på et eget kontor som privatpraktiserende, og hun er deltidsansatt på en privat bedrift som kombinert bedriftssykepleier og akupunktør, noe hun synes er en flott mulighet. Hun mener det er en stor fordel å være både sykepleier og akupunktør og hun erfarer at de to utdanningene utfyller hverandre. Men hun avslører at hun har blitt anmeldt av fylkeslegen i Vest Agder fordi hun har annonsert i avisen under tittelen ”offentlig godkjent sykepleier og akupunktør”.

I samtale med Solveig forteller hun at hun kort tid etter at hun var ferdig med sykepleien tok en utdanning i aromaterapi og kurs i terapeutisk berøring. Hun har vært sykepleier i 5 år. Etter endt utdanning arbeidet hun på en gynekologisk avdeling ved et sykehus. Spesielt var hun opptatt av lindring for de pasientene som var døende. Hun sier at hun ble skuffet over at hun ikke fikk være den sykepleieren hun hadde forestilt seg. Hun hadde for eksempel forestilt seg at hun kunne bruke tid hos pasientene til gode samtaler og til berøring. Etter å ha fått en del negative tilbakemeldinger fra kollegaer som for eksempel: ”Du skulle heller vært psykolog du”, eller ”Du kan ikke ta deg tid til å massere pasientene”, så sluttet hun. Nå holder hun selv kurs for helsepersonell og andre om berøring. Hun forteller at når hun koblet aromaterapien til sykepleien så fikk hun en sterkere opplevelse av å være sykepleier. Hun arbeider nå som selvstendig næringsdrivende, men opplever i økende grad henvendelser fra det sykehuset hun sluttet ved. I senere tid har hun vært på sykehuset for å gi pasienter aromaterapi, noen ganger

på henvendelse fra pasienter eller pårørende, men også fra sykepleierkollegaer. Hun sier: *”Hvis noen spør meg hva jeg er eller driver med, så svarer jeg alltid begge deler. Jeg sier at jeg er sykepleier og alternativ behandler. Det er ikke bare fordi jeg tror sykepleiertittelen gir tillit, men jeg føler meg faktisk som sykepleier.”*

Susanne forteller i intervju at hun tilbyr både soneterapi og healing, fortrinnsvis til venner og kjente. Hun sier: *”Interessen for alternativ behandling begynte med meg selv. Jeg følte behov for forandring. Jeg var deprimert hadde både fysiske og psykiske symptomer. Jeg visste at det ikke var hjelp i å gå til lege. De senere år, etter at jeg har jobbet med meg selv med personlighetsutvikling og blitt mer bevisst, så har det blitt vanskelig å jobbe som sykepleier igjen. Jeg kommer i en konfliktsituasjon. Nå som jeg er blitt klar over hvordan ting fungerer er det vanskelig å kombinere med å jobbe som sykepleier. Jeg har trukket meg ut, jeg kunne aldri jobbet på sykehus i dag. Jeg er skeptisk til tidspresset og den medisinske behandlingen som tar den letteste veien ved å behandle symptomene. Det passer for sykepleien når samspillet mellom meg og pasienten blir mer helhetlig. Vi skulle hatt en alternativ klinikk der vi alle arbeidet ut fra et helhetlig syn, det er det jeg drømmer om.”*

På spørsmål om hvorfor de velger alternativt, svarer mange slik som Susanne; at de har hatt personlige erfaringer knyttet til egen sykdom (se kap.5). Oda som var syk i mange måneder i årene 1993 og 1994, forteller at hun ikke fikk hjelp i det offentlige helsevesen og at hun en periode var svært deprimert. Hun valgte etter hvert å gå til ulike alternative behandlere som hun mener fikk henne på rett vei. Når hun ser tilbake sier hun: *”Jeg ble syk av hvordan jeg forholdt meg til meg selv. Mennesket er en helhet, mer sammensatt og i utgangspunktet selvhelbredende.”* Denne erfaringen førte til at hun i dag har utdannet seg til Rosenterapeut. Dette mener hun passer til den psykiatriske sykepleien hun har fra før. Som Rosenterapeut mener hun å kunne arbeide ut fra oppfatningen om at kropp og sjel er en sammensatt helhet. Opplevelser og erfaringer gjort gjennom livet setter seg i musklene og huskes av kroppen, ved å berøre disse musklene kan pasienten få kontakt med viktige hendelser i livet som hun kan samtale med pasienten om.

Inga, Karin og Solveig mener at alternativ behandling passer til sykepleie og de opplever seg mer som sykepleiere når de kan arbeide med alternativ behandling enn de gjorde i det offentlige helsevesen. Inga opplevde dette allerede mens hun var i utdanning til sykepleier og søkte seg derfor videre til kinesisk medisin med en gang hun var ferdig sykepleier. Hun mener

at kinesisk medisin er mer helhetlig og passer henne som person bedre. Karin arbeidet mange år som offentlig godkjent sykepleier, men hennes interesse for antroposofi påvirket henne også som fagperson. Hun så muligheten for å koble sin interesse for antroposofi med sykepleie ved å jobbe på et antroposofisk sykehus. Solveig arbeidet kort tid som sykepleier, men hun fikk ikke bruke tiden med pasientene slik hun mente var riktig og godt for dem. Hun hadde interesse for den gode samtalen og for berøring. Hun sluttet på sykehuset, utdannet seg i aromaterapi og terapeutisk berøring og startet for seg selv.

På bakgrunn av egne erfaringer med sykdom og utdanning i alternativ behandling har informantenes syn på sykdom og behandling har endret seg fra den de hadde som offentlig utdannet sykepleier. De synes det er vanskelig å fungere i en stilling som offentlig godkjent sykepleier igjen. Ikke fordi de ser en motsetning mellom sykepleie og alternativ behandling, men fordi de ser at det offentlige helsevesen ikke har rom for den type sykepleie. Egne erfaringer har endret deres syn, og de mener at deres arbeid som alternativ behandler ikke fjerner dem fra sykepleien, men tvert imot styrker deres identitet som sykepleier. For mange blir gapet mellom forventning til yrkesrollen som sykepleiere og yrkeslivets realiteter for stor. Karin, Inga og Solveig peker på mangelen på tid, mangel på helhetstenkning og en frustrasjon over at de ikke kan bruke et større mangfold av metoder. De hadde en idealistisk oppfatning om det å være sykepleier som det var viktig for dem å virkeliggjøre. De mener at de i større grad virkeliggjør disse idealene som alternative behandlere. Disse idealene eller verdiene er sterkt knyttet til deres personlige verdier og interesser. For eksempel ville Karin integrere sin interesse for antroposofi med sitt yrke som sykepleier.

Inga, Karin og Solveig er som de fleste av informantene i denne studien, medlemmer av SFA (Sykepleiernes faggruppe for Alternativ Medisin). I SFA poengteres medlemmenes sykepleiefaglige ståsted som et viktig grunnlag i arbeidet med alternativ behandling. Et viktig formål med faggruppen er å bidra til brobygging mellom det etablerte helsevesen og alternative behandlingsformer (Brosjyre). SFA ønsket et samarbeid med NSF (Norsk Sykepleierforbund), men NSF har den oppfatning at alternativ behandling ikke er sykepleie og vil derfor ikke godta SFA som en faggruppe for sykepleiere (se også kap.1).

Bodil Konradsen som en periode var leder for SFA holdt et innlegg for NSF's forbundsstyre om alternativmedisinske behandlingsmetoder og sykepleie. Dette innlegget er publisert i Påtrykk (nr.1 og 2, 1999). Hun sier bl.a.: ” *Å utdanne seg innenfor alternative*

*behandlingsformer for en sykepleier er på en måte å komme tilbake til en gammel forståelse og ideologi fra jeg gikk på sykepleierhøyskolen for mange år siden. Da lærte jeg at mennesket var en del av en større sammenheng både sosialt, følelsesmessig og åndelig. Vi var meget bevisste på at vi som sykepleiere skulle ha et helhetlig perspektiv og aldri tillate at pasienten ble behandlet som et kasus, en diagnose eller en prøvekanin". Hun mener at alternativ behandling bygger på pasientenes selvhelbredende ressurser, og at dette også er det sentrale i sykepleie. Hun sier: "Verdens beste lege sitter inne i oss selv, og som sykepleiere må vi være villige til å legge til rette for menneskers egen prosess mot helse og sunnhet."*

Oppfatninger om forholdet mellom alternativ behandling og sykepleie skapes gjennom utdanningen i sykepleie, gjennom erfaringer fra det offentlige helsevesen, gjennom personlige erfaringer med sykdom og behandling, gjennom personlige verdier/livssyn og gjennom utdanning i og erfaring med alternativ behandling. Informantene tilbyr svært ulike former for alternative behandlingsformer, men alle har den oppfatning at alternativ behandling kan inkluderes i sykepleie. Denne oppfatningen innebærer at de har en forestilling om hva som er sykepleie.

## **6.2. Hva er sykepleie?**

Det er ulike måter å beskrive teoretisk hva sykepleie er (se kap.1). Grunnleggeren av moderne sykepleie Florence Nightingale (1997) skriver i sine "Notater om Sykepleie" fra 1860 at sykepleie er å legge til rette for at Naturen<sup>5</sup> skal få virke på pasienten, de selvhelbredende kreftene i mennesket skal stimuleres. Nettopp Nightingales definisjon av sykepleie løftes frem av alternative sykepleiere og de har den som blikkfang på sin hjemmeside ([www.sfa.no](http://www.sfa.no)).

Begrepet Naturen eller selvhelbredende krefter er imidlertid ikke sentrale begreper i utdanningens Rammeplan (KUF 2000). De gjøremålene/ prosedyrene sykepleiere utfører i den offentlige helsetjenesten er rettet mot å fjerne eller dempe symptomer knyttet til sykdom, kombinert med det å lindre lidelse eller gi omsorg. Når informantene mener at det å stimulere til selvhelbredelse er sykepleiens hovedhensikt, mener de at valg av alternativer virkeliggjør denne hensikten i større grad enn den offentlig godkjente sykepleien. Uten å nevne alternative metoder, så støttes denne oppfatningen av sentrale sykepleieteoretikere. Per Nordtvedt sier i sin bok om "Sykepleiens grunnlag" at "Sykepleiefagets dynamikk ligger i å støtte opp under helbredelsesprosessene" (1998:57).

---

<sup>5</sup> Når Naturen står med stor N har det sin bakgrunn i hennes religiøse oppfatning om mennesket som skapt og guddommelig.

I tillegg til det å støtte menneskets selvhelbredende krefter, nevnes det å ha en helhetlig tilnærming til det syke mennesket, som en sentral verdi i sykepleie. Karen som har vært sykepleier i over 30 år, har de siste 10 årene jobbet med bl.a. soneterapi, bioresonans og kostholdsveiledning. Hun sier i intervju: *”Jeg er ti ganger mer sykepleier nå uten den fragmenteringen i organer som vi hadde i helsevesenet. I alternativ medisinen kan jeg bruke alle aspektene ved mennesket. Hele organismen og også det åndelige, og det at det psykiske og fysiske går over i hverandre - det får jeg brukt i alternativ terapien”*. Hun fremhever at sykepleien i for stor grad har blitt en støttestruktur for det medisinske behandlingsapparatet hvor det er liten mulighet for helhetstenkning (se kap.4 og 7). Nettopp en helhetlig tilnærming med understreking av det åndeliges betydning fremheves av informantene og det står også sentralt i den teoretiske sykepleien. Utviklingen i den offentlige helsetjenesten har derimot utviklet seg i en retning hvor virkeliggjørelsen av en slik tilnærming blir vanskelig. Helsetjenesteforsker Reidun Norvoll sier:

Det største skillet mellom teori og praksis synes å være misforholdet mellom utdanningens fokus på helhetlig og psykososial sykepleie, og sykepleiernes faktiske arbeid innenfor et medisinsk og spesialisert helsevesen (2002:1).

Å sette fokus på helhet og støtte til selvhelbredende krefter er ikke alternativt i den teoretiske sykepleien, men de metodene informantene tilbyr og som de mener er helhetlige og en støtte til selvhelbredelse, er pr. i dag definert som alternativ behandling og i liten grad inkludert i det offentlige helsevesen. Flere kjente sykepleieteoretikere beskriver metoder som vi her i Norge definerer som alternative i sine teorier om sykepleie. De fremhever at sykepleie nødvendigvis må åpne opp for et mangfold av metoder som de definerer som helhetlige. Dette fremheves også av Karoliussen (2002) som i sin bok ”Sykepleie, tradisjon og forandring” beskriver og nevner flere av de alternative behandlingsmetodene som aktuelle metoder for sykepleiere, nettopp på bakgrunn av at de stimulerer selvhelbredelse og er helhetlige.

Informanter i denne studien har fokus på sammenhengen mellom mening, selvutvikling og livskvalitet (se kap.5 om Selvet og selvrealisering). Også dette gjenkjennes som sentrale tema i teoretisk sykepleie, om enn ikke i samme grad som hos alternative sykepleiere. Teorier i sykepleie fremhever pasientens opplevelse av og erfaring med sykdom og lidelse som kjernen i sykepleie. Hos Nightingale var en forståelse av den sykes situasjon, den sykes erfaringer og tilstand, grunnlaget, ja selve forutsetningen for god sykepleie sier Nortvedt (1998). Den syke

kan ha en diagnose som trenger behandling, men den samme personen har også en personlig opplevelse av å være syk/lidende som gjør at han trenger omsorg/sykepleie.

Informantenes oppfatninger om god sykepleie inkluderer at man støtter pasientenes selvhelbredende krefter og har en helhetlig tilnærming med fokus på opplevelse av mening og sammenheng. Dette kolliderer ikke med oppfatninger om sykepleie slik det presenteres i teorier om sykepleie. Kollisjonene oppleves først og fremst i den offentlige yrkesrollen. De oppgavene og den rollen sykepleierne "er tildelt" i dagens offentlige helsetjeneste er kulturelt betinget (sosialt konstruert), og det er denne som bidrar til at informantene velger seg ut. De opplever at de bedre virkeliggjør sykepleiens hensikt utenfor den offentlige helsetjenesten hvor de fritt kan anvende metoder som defineres som alternative (se også kap.7 om selvstendighet og kap.4 om helhet/holisme).

Å være utdannet sykepleier blir sett på som et godt grunnlag for videre utdanning i alternativ behandling, men yrkesrollen "offentlig godkjent sykepleier" kan ikke formelt forenes med yrkesrollen "alternativ behandler". Dette er et paradoks når flere av de norske alternative studiene krever en treårig offentlig godkjent helseutdanning (for eksempel i kinesisk medisin/akupunktur, kurs i terapeutisk berøring, fysikalsk aromaterapi m.m.) som inntakskriterium. Det skapes derfor en kobling mellom en offentlig godkjent utdanning (f.eks. sykepleie) og en ikke-offentlig godkjent, alternativ utdanning (for eksempel kinesisk medisin). I andre vestlige land godkjennes utdanning i alternative behandlingsformer som en videreutdanning i sykepleie. Dette gjelder f.eks. i England hvor RCN (Royal College of Nursing) har utgitt en veileder om integrering av KAM i klinisk sykepleie; "Complementary therapies in nursing, midwifery and health visiting practice" (2005). Dette viser igjen de flytende overgangene som finnes mellom alternative behandlingsformer og sykepleie på ulike nivå. Å være utdannet til offentlig godkjent sykepleier vekker tillit blant pasientene, derfor kombineres ofte sykepleiertittelen med den alternative tittelen i markedsføring (for eksempel: offentlig godkjent sykepleier og homøopat). Dette er juridisk problematisk.

### **6.3. Profesjonell identitet i sykepleie.**

For å sikre at sykepleierens praksis er profesjonell mener sykepleiere at det er viktig å utvikle sin faglige identitet. NSF har bl.a. gitt ut et studiehefte med dette som formål (NSF 1993). Den faglige identiteten er nær forbundet med en klar bevissthet om sykepleiens innhold, sykepleiens kunnskapsområde, grunnleggende ferdigheter i sykepleie og sykepleiens



verdigrunnlag (Kristoffersen 1996). Videre fremheves at det å ha en sykepleiefaglig identitet innebærer å ha en indre opplevelse og erkjennelse av hva en står for som yrkesutøver med hensyn til verdier og kompetanse. Utdanning, historie, forholdet til andre yrkesgrupper og synet på seg selv er også viktige faktorer. Sykepleierens profesjonelle identitet omfatter dermed den enkelte sykepleiers oppfatning av hva som er sykepleiens grunnleggende verdier og i hvilken grad en selv opplever å virkeliggjøre disse verdiene. Dette kommer til uttrykk i May Solveig Fagermoen's definisjon av profesjonell identitet, som var et nøkkelbegrep i hennes dr. grads avhandling om sykepleiernes opplevelse av mening i jobben.

In this study professional identity was defined as the values and beliefs held by the nurse that guide her thinking, actions, and interactions with the patient. In other words, professional identity represents the nurse's philosophy of nursing, i.e. what it means to be and act as a nurse (Fagermoen 1995:213).

Sykepleie er vidt og mangfoldig, den enkelte har selv en oppfatning av hva de synes er viktig å virkeliggjøre som sykepleier. Videre er sykepleie i stor grad å bruke seg selv terapeutisk, være et medmenneske osv, slik at det personlige og det profesjonelle går over i hverandre. Personlig identitet slik det defineres i faglitteratur i sykepleie legger vekt på at personen kontinuerlig tilstreber en væremåte og en livsstil der idéer, tanker, følelser og handlinger utgjør en helhet og dermed lever opp til "at en er den en mener å være" og "vet hva en er på vei mot" (Kristoffersen 1996). For informantene i denne studien har bevisstheten om hva en ønsker å være og hva en vil være på vei mot, endret seg i møte med det alternative behandlingsområdet. Ofte er det personlige erfaringer som har åpnet opp for nye veier.

Den svenske arbeidslivsforsker Birgit Pingel (1998) har undersøkt ulike helsefaglige yrkesgruppers opplevelse av yrkesidentitet. Hun påpeker at sykepleierne uttaler en tydelig kobling mellom yrket og personen. Sykepleiere som velger alternativer ønsker å integrere og virkeliggjøre sin personlige oppfatning om mennesket, helse, sykdom og behandling i sin yrkesutøvelse. Et eksempel på dette er Mari som sier: "*Jeg har et videre syn på mennesket enn de har i helsevesenet. Menneskets energifelt, det åndelige er blitt mer sentralt for meg. Jeg er blitt mer opptatt av at vi er guddommelige, av forholdet til Gud som kjærlighet. Sykdom er blokkeringer i energiflyten i kroppen og kommer av psykiske ting, alt man opplever og evt. av fysiske traumer*". Det er blitt viktig for Mari å kunne arbeide ut fra en slik forståelse, derfor må hun arbeide utenfor den offentlige helsetjenesten.

Forskjellen mellom den enkeltes tilpasning til arbeidet og den personlige motivasjonen/opplevelsen av arbeidet som sådan ble fremhevet av Pingel (1998). Dette er et sentralt poeng for informantene i min studie, da deres personlige motiv for å arbeide som offentlig godkjent sykepleier er svekket. De ønsker ikke lenger å tilpasse seg den stadig endrede sykepleierrollen som det offentlige helsevesen krever av dem. Ved å gå inn i en ny yrkesfunksjon som alternativ behandler opplever informantene at deres personlige verdier får større muligheter for å virkeliggjøres. Pingel (1998) drøfter videre hvilke faktorer hun mener påvirker sykepleierens identitet. Ulike identitetsskapende møter og forhold presenteres. Møtene med pasientene gir motivasjon, men samtidig er de kilde til frustrasjon ved at sykepleierne alltid opplever å ha for lite tid. Sykepleierne oppfatter at de får tildelt stadig nye arbeidsoppgaver, at mye blir delegert til dem, men at de ikke får mer formelt ansvar. Resultatene fra Pingels undersøkelse viser at sykepleierne oppfatter sin funksjon i det offentlige helsevesen som lite avgrenset og spesialisert, med liten mulighet for kontroll over eget arbeid. De skal kunne brukes til alt. Under slike arbeidsforhold vil det være vanskelig å virkeliggjøre de grunnleggende verdier i faget.

#### Sykepleie, identitet og modernitet.

Sykepleieren og antropologen Unni Krogstad (1995) har gjort flere undersøkelser ved norske sykehus der sykepleierens arbeidssituasjon har vært i fokus. Hun har bl.a. undersøkt forhold ved det å være sykepleier i spenningsfeltet mellom tradisjon og modernitet. Hun peker på det hun mener gir sykepleie som fag identitetsproblemer. Hun mener at temaet sykepleiefaglig identitet i liten grad er tema i den praktiske sykepleien, men at det er i forbundet, ved skolene og universitetene at temaet diskuteres. Min erfaring med sykepleiere som velger alternative behandlingsformer støtter ikke opp under denne oppfatningen. For dem var det opplevelsene i praksis som fikk dem til å stille spørsmål ved egen faglige identitet. Møtet ved sykesengen kan ikke isoleres fra de rammene møtet foregår i. Nina som tilbyr kinesisk medisin uttrykte det slik: *”Jeg orker ikke å jobbe på sykehus mer, det er bare mas og krav og de eneste gangene vi får ros, det er hvis vi har klart å spare penger. Og jeg synes ikke det er så veldig spennende å være spesialist på et organ. Det er jo det man blir på et sykehus. Jeg vil arbeide med hele mennesker, ikke deler av kropp.”* Ninas opplevelse av økende krav til effektivitet og spesialisering trekkes frem av Krogstad (1995) i artikkelen: *”Sykepleie, identitetsproblemer og modernitet”*. Her diskuterer hun sykepleiers identitetsproblemer i forhold til det moderne samfunn. Hun oppfatter ikke modernitet som en tidsepoke, men et begrep som er knyttet til bestemte verdier som blir betraktet som viktige i vår tid, som for eksempel produktivitet og

effektivitet. Dette mener hun fører til et samfunn som er preget av differensiering og spesialisering både når det gjelder kunnskap, organisering av arbeid og bedømming av resultater. Med til denne samfunnsformen hører også bestemte kunnskaps og vitenskapsformer. Krogstad (1995) sier at den vitenskapen som kan dokumentere målbare forskjeller, bevise årsak - virkningsforhold, beregne gevinst eller tap, blir i et slikt samfunn betraktet som viktigere enn kritisk, drøftende og fortolkende vitenskap. Hennes påstand er at vitenskapeliggjøringen av sykepleie bryter med fagets tradisjonelle verdier og kunnskapsformer og skaper identitetsparadokser (se kap.1).

Krogstad (1995) hevder videre at det moderne preges av økt byråkrati med krav om skriftlig dokumentasjon og skriftlig formuleringsevne. En konsekvens av dette er for eksempel at en større del av sykepleiernes arbeidstid brukes til administrasjon. Hun nevner virksomhetsplaner og målstyring som eksempel på noe som blir oppfattet som et universelt gode som er innført både i helsevesen og utdanningsvesen. Slike dokument utvikles ofte på et høyt nivå og visjonene som nedfelles skal oppfylles på de lavere nivå. Videre hevder hun at ved å la modernitetens krav om differensiering, effektivisering, og resultatdokumentasjon bli anerkjente dimensjoner av sykepleie, kultiverer man ikke lenger kjerneverdier som helhet og omsorg (se også kap.1 og 7).

Denne utviklingen poengteres også av informanter i denne studien. Norunn trekker det frem som begrunnelse for at hun ikke lenger vil være sykepleier i dagens helsevesen. Hun sier: *”Egentlig har jeg alltid hatt lyst til å jobbe på sykehus, og i mange år trivdes jeg. Men de siste 5 – 10 årene synes jeg det bare har vært snakk om effektivisering, liggedøgn og ferdig behandling. Jeg får ikke tid til å være den sykepleieren jeg ønsker. Derfor har jeg nå, med litt tungt hjerte, forlatt sykehuset og startet et kurs og behandlingssenter hvor jeg bl.a. tilbyr terapeutisk berøring.”*

En av visjonene for sykepleie som er nedfelt i NSF's (Norsk Sykepleier Forbund) strategiplan, er at sykepleie skal anerkjennes som en vitenskap. Begrunnelsen for denne visjonen finner vi ikke i analyser av sykepleieres kunnskapsbehov eller i analyser av pasientopplevelser, men ut fra en vestlig forståelse av at vitenskap er den høyeste og dermed beste formen for kunnskap, påstår Krogstad (1995). Den høyeste, betyr imidlertid ikke nødvendigvis den mest relevante formen for kunnskap. Dette synet støttes også av Martinsen (1986,1991) som har kritisert at sykepleien i økende grad baserer sitt kunnskapstilfang på

vitenskapelig kunnskap. Hun mener den kollektive, erfaringsbaserte kunnskapen (tradisjon) er sentralt i omsorgsfagene (se kap.1). Visjonen om hva slags kunnskap sykepleien trenger blir et resultat av globale moderne verdier. ”... det er i moderniserings/ vitenskapeliggjøringsprosjektet at sykepleieidentiteten blir borte” hevder Krogstad (1995). Hun hevder at sykepleiere i teorien ser behov for autensitet og legitimering gjennom sykepleiens tradisjonelle, helhetlige tilnærming og at sykepleiens retorikk på denne måten blir tradisjonell. Hun sier:

De samme teoretikernes metoder, med sykepleieprosessen som mest kjente eksempel blir derimot liggende pinlig nær den mål -middel tenkningen som i samme åndedrag blir kritisert som ”positivisme” Behovet for denne legitimeringen gjør at moderne sykepleieforskere ikke kan innrømme sin positivisme. Det hadde revet bort hele begrunnelsen for å utvikle sykepleie til egen vitenskap (1995:30).

Naturvitenskapen har alltid stått sterkt i sykepleien og har påvirket sykepleien som fag. Ved utviklingen av sykepleie til et eget vitenskapelig fagområde, startet en diskusjon om fagets innhold og verdigrunnlag. Det ble klart at sykepleie stod i et spenningsforhold mellom humaniora og naturvitenskap. Sykepleieutdanningene har i dag et sterkt innslag av samfunns- og humanistiske fag i tillegg til naturvitenskapelige fag. Også forskningen i sykepleie skjer i denne spenningen og gir bl.a. nyttige bidrag til en viktig og nødvendig samfunnsdebatt om verdivalg og om omsorgens vilkår i dagens moderne samfunn. Krogstads artikkel (som også er å regne for vitenskap) og min egen avhandling er eksempel på akkurat dette. Jeg mener derfor at det ikke er selve vitenskapliggjøringen, men hva som vitenskapeliggjøres, hvordan og den status som naturvitenskapen har som bør drøftes i tilknytning til sykepleiefag og identitet.

Til slutt i sin artikkel om sykepleieidentitet og modernitet understreker Krogstad at sykepleieridentiteten må skapes og vedlikeholdes gjennom praksis.

Det er karakteristisk at den smuldrer opp i teorien mens de som er i praksis ikke har noen følelse av svinnende eller uklar identitet. Sykepleiepraksis er fortsatt tradisjonell i den forstand at den ikke kan endre fokus. Syke mennesker vil alltid ha noen av de samme grunnleggende behovene. Sykepleieridentiteten skapes og gjenskapes ved å møte disse behovene (Krogstad 1995:29).

Det er riktig at praksis ikke kan endre fokus bort fra pasientenes grunnleggende behov, men det er viktig å huske at sykepleierne møter med pasientene i dag er sterkt innskrenket og delt mellom ulike yrkesgrupper. På sykehusene brukes i økende grad dagkirurgi, poliklinikker og

sykehotell. Pasientene ligger ikke på sykehus etter at de er ferdig medisinsk behandlet, noe som de er på et gjennomsnitt av 3-4 dager. Pasientene som fremdeles har behov for hjelp blir tatt hånd om i kommunehelsetjenesten. I kommunehelsetjenesten er det stor grad av lavere utdannede omsorgsarbeidere som tar seg av pasientene, mens sykepleierne har ansvar for å følge opp den medisinske behandlingen og administrere underordnede. Videre er det viktig å huske at sykepleie ikke bare praktiseres i møte med sengeliggende pasienter. Sykepleie foregår også i møte med friske, psykisk syke, innen rehabilitering osv. Sykepleiere arbeider i økende grad med undervisning, veiledning, på poliklinikker osv. De arbeider med forebygging, behandling, lindring og rehabilitering (Rammeplan for Sykepleierutdanning KUF, 2000). Det vil si at det er stor spennvidde i sykepleiernes yrkesroller. Bildet som Krogstad (1995) tegner av sykepleieren ved den sykes seng på et sykehus er i dag bare et av mange bilder som illustrerer sykepleie som yrkesfunksjon. I kap.1 viste jeg til undersøkelser som viser at sykepleiere som er i praksis ved sykehus er mer styrt av rammene enn av pasientenes behov. Dette påvirker den faglige identitet negativt. Videre har sykepleiere ulike interesseområder og ulik kompetanse som også er medvirkende til deres opplevelse av identitet til yrket. Jeg mener at det mangfold av arbeidsoppgaver og arbeidsplasser som finnes for sykepleiere gjør det vanskelig å si noe entydig om hvilken praksis som bidrar til identitetsstyrking. Men det jeg kan si er at informantene i min studie opplevde sterkere identitet til sykepleien ved å velge seg bort fra det offentlige helsevesen for å tilby alternativ behandling. De mener at de dermed kan møte pasientene på en måte som er mer i tråd med egne sykepleiefaglige verdier og kunnskaper. De vil gjerne tilby alternativ behandling innenfor det offentlige helsevesen, men erfarer at det ikke er rom for det pr.idag. Metodene aksepteres ikke og det er ikke tid til det. De skaper seg derfor en ny yrkesrolle som er mer i tråd med ”den de ønsker å være”. Den nye yrkesrollen kan i mange tilfeller bygge på verdier og metoder som i utgangspunktet ligger implisitt i sykepleie, som for eksempel; tid, nærhet, berøring og samtaler. Ved å velge, for eksempel aromaterapi, massasje, healing, refleksologi, life coaching osv. vil de bruke tid og ha nærhet til pasientene. Dette mener de selv styrker deres opplevelse av å virkeliggjøre sykepleie. Krogstad (1995) avslutter sin artikkel med å si at sykepleie er en del av det norske helsevesen og har eksistensberettigelse som fag bare så lenge de er ”bra for pasienter”. Informantene i min studie hevder at den praksis de ”tvinges til” i dagens helsevesen, ikke er bra for pasientene. De mener at rammene i helsevesenet må endres og at de må få mulighet til å anvende alternative metoder.

For Krogstad er diskusjonen knyttet til dikotomien tradisjon - modernitet hvor hun hevder at

modernitetens verdier skaper identitetsproblemer for sykepleie. Dette kan jeg til en viss grad være enig i. Men modernitetens verdier er ikke bare synlige i høyskolene, universitetene og i forbundet. Modernitetens verdier er etter min mening spesielt tydelige i norske sykehus hvor det er evidensbasert sykepleie<sup>6</sup> som gjelder og hensikten er måling av produksjon. Tradisjon er knyttet til sykepleiens tause kunnskap, utvikling av skjønn og intuisjon og har dårlige kår under slike forhold. Men hvis man går utenfor dikotomien tradisjon - modernitet og ser sykepleie i lys av senmoderne/postmoderne verdier (se kap.1) vil det kunne se annerledes ut. Tradisjon er integrert i den senmoderne/postmoderne sykepleien som søker å forene ”art and science” og som fremhever betydningen av menneskets personlige opplevelser og erfaringer av å være menneske, være syk, være sykepleier. Sykepleiere som velger alternative behandlingsformer velger å tilby behandlingsformer som faller sammen med det de selv har erfaringer fra og har opplevd som gode og effektive og det som passer inn i deres virkelighetsforståelse. Metodene er i liten grad vitenskapelig dokumentert som effektive og blir brukt med skjønn og intuisjon. Mange av de alternative behandlingsmetodene er utviklet på bakgrunn av tradisjon (NOU 1998:21). I nyere sykepleieteorier integreres metodene i sykepleie, og det som oppfattes som forskningsbasert sykepleie, også når metodene er basert på erfaring og tradisjon (Watson 1999, Benner og Wrubel 1995).

#### **6.4. Å ta valg som føles rett.**

Britt Karin Ulle er jordmor og rosenterapeut. Hun sier: *”Jeg hadde i mange år arbeidet som sykepleier både på sykehus og i hjemmebasert omsorg. Jeg hadde vært jordmor og lærer, men da jeg var 38 år skiftet livet retning. Jeg ble interessert i drømmearbeid og i intuitiv maling og jeg tok massasjeutdanning. Så da jeg startet i Rosenterapiutdanningen, var jeg modnet, det var som om alt det jeg hadde gjort tidligere bare hadde vært forarbeidet til nettopp dette(Påtrykk nr. 2. 2002).*

Å ta en utdanning og å velge hva man vil arbeide med, er et viktig valg i livet. Det sier noe om hva man ønsker å realisere, hvem man ønsker å være. Ved å velge å bli sykepleier ønsket informantene å virkeliggjøre noe i eget liv, som å hjelpe, gi omsorg, å jobbe med mennesker osv. Reguleringer og krav om tilpasning er store i det offentlige helsevesen, og på forskjellig måte opplevde informantene at forventningene de hadde til å være sykepleier ikke ble

---

<sup>6</sup> Evidensbasert sykepleie har røtter i en medisinsk forskingspraksis, målet er å standardisere og styre praksis. Ved å samle evidenskunnskap i databaser, kan travle praktikere raskt finne den nyeste, mest effektive og anvendbare faktakunnskapen. Slik målbar kunnskap blir rangert høyere eller mer evident enn humanistisk kunnskap (Martinsen og Boge 2004).

innfridd. De fikk ikke utfolde seg som den sykepleieren de ønsket å være. Mange hadde også erfaringer med sykdom og lidelse i eget liv som påvirket deres oppfatninger av hvordan man hjelper syke. Ester er en av dem som har slike erfaringer. Hun sier: ” *I og med at jeg har hatt så mange traumer i eget liv så er jeg blitt ekstra opptatt av betydningen av det psykiske... Jeg har jo hatt veldig store opplevelser selv når det gjelder massasje og jeg oppdaget hva det satte i gang hos meg av positive og negative følelser* ”.

På bakgrunn av ulike erfaringer valgte de å tilby alternativ behandling og erfarer dermed større grad av frihet og muligheter for å arbeide med det de selv er opptatt av og tror på. Å være sykepleier er knyttet til et ”kall” fra ditt indre Selv, om å bli den du er ment til å være. Da må man lytte til seg selv, finne sine personlige kvaliteter og egenskaper og foredle disse for å hjelpe andre (se kap.5). Marina Udén Bryn som er akupunktør sier det slik under overskriften: *Akupunktur- en vei til selvinnsikt: ” Jeg har under de siste årene arbeidet mye med min egen selvutvikling der meditasjon og yoga har blitt en viktig del av hverdagen. Jeg har alltid hatt en stor interesse for kosthold og livsstil og har fordypet meg i dette under årene som akupunktør ”* (Påtrykk nr.1, 2001). Som akupunktør får hun videreutviklet det som hun selv synes er viktig for et godt liv.

Å være alternativ behandler er like mye et personlig som et profesjonelt livsprosjekt. Man kan gå på kurs og ta utdanninger for å bli bedre kjent med seg selv og samtidig bli en bedre behandler. I Watsons omsorgsteori (1988) presenteres 10 såkalte ”Carative Factors” som hun mener utgjør kjernen i omsorg. Faktor 3 heter: ”Sensitivity to Self And Others” som betyr å utvikle lydhørhet overfor seg selv og andre. Hun mener at å kjenne og akseptere seg selv er et viktig utgangspunkt for å lære andre å kjenne. Den eneste måten å bli kjent med seg selv på er å være oppmerksom på og erkjenne egne følelser og reaksjoner, smertefulle så vel som positive. Gjennom erfaring kan selvforståelse og selvaksept utvikles. Sensitivitet og oppmerksomhet overfor egne følelser danner grunnlaget for empati med andre mennesker. Sykepleierens lydhørhet overfor seg selv og andre avgjør i hvilken grad sykepleieren vil være i stand til å bruke seg selv terapeutisk i forhold til pasienten, hevder Watson. I sin siste bok om postmoderne sykepleie, kaller hun postmoderne sykepleie for transpersonlig sykepleie. Hun definerer det slik:

Transpersonal:

An intersubjective human to human relationship in which the person of the nurse affects and is affected by the person of the other. Both are fully present in the moment and form a union of the other. They share a phenomenal field which becomes part of the life history of both (<http://www.uchsc.edu/ctrinst/chc/jwtheory.htm>).

Ut fra en forståelse av menneske som inkluderer energibegepet, mener Watson at sykepleien og pasienten deler et energifelt og blir en ny helhet. Det blir da ikke mulig å skille de to fra hverandre, begge vil få erfaringer som har betydning for helse og egen utvikling. Det blir vanskelig å skille pasient fra behandler. Er sykepleieren til for pasienten eller er pasienten til for sykepleieren? Når sykepleieren har fokus på egne erfaringer, følelser og utvikling kan det være vanskelig å skille ut hva som gjelder henne selv og hva som gjelder pasienten. Egne erfaringer med sykdom og behandling kan lett overføres til også å skulle gjelde andre. Det kan bli en uklar blanding av meg og den andre og mellom livssyn og helsearbeid (se også kap.4 og 5). Ved å gi omsorg til andre skal en samtidig få noe selv. I samtale med en aromaterapeut og en healer forteller de meg at de måtte ha en pause fra virksomheten fordi de ble utbrente og følte at de ikke hadde mer å gi. De fikk for lite igjen for det selv, de følte seg tomme. Utbrenthet er et økende problem blant helsearbeidere og kan ha sammenheng med forventninger til hva yrket skal gi. Den altruistiske holdningen hvor vi er til for den andre har vært sentral i sykepleie, denne holdningen settes på prøve når man knytter hjelperollen til egne behov. At det bør være en balanse mellom det å gi og det å motta, er mer i fokus nå enn det var tidligere. I utdanningen av sykepleiere har det vært pasientens behov som har vært i fokus, og ”belønningen” er evt. at pasienten får det bedre. Spørsmålet er om dette ikke lenger er nok? Forventer vi i dag at arbeidet også skal gi personlige positive opplevelser? Hvis ikke arbeidet gir oss dette kan vi velge noe annet. I dagens samfunn oppfordres det enkelte menneske til å være opptatt av egne opplevelser og erfaringer. Det å ha et yrke som bidrar til selvutvikling, vil da sees på som positivt. Man skaper kontinuerlig sitt eget liv og yrket er en viktig, kanskje den viktigste, bidragsyter til dette. Mer enn noensinne må vi skape våre egne liv. Som en metafor for dette å skape sitt eget liv, snakker man om at livet er blitt et personlig prosjekt (Anthony Giddens, her fra Hammer 1997). Å leve sitt liv som et åpent prosjekt innebærer også å hele tiden ta stilling til det og vurdere det. ”Er det dette jeg vil?” Har jeg valgt rett yrke? Føles dette riktig for meg? Det er ikke lenger nok å begrunne sine valg i en tradisjon eller kultur, man må selv finne svarene og begrunne dem ut i fra egne verdier og følelser.



Når det gjelder spørsmålene ”Hva skal jeg tro på?” og ”hvilke behandlingsformer skal jeg velge?” så har det alternative behandlingsområdet mange tilbud som den enkelte kan vurdere i forhold til sitt personlige livsprosjekt. Valg er sterkt knyttet til det å skape sitt eget liv og begrepet valg er blitt et mantra også i helsetjenesten. I New Age er dette med valg og betydningen av selvutvikling svært sentralt (se kap.1 og 5).

New Age filosofen Mark B.Woodhouse sier:

The only absolute right we have (or why we are here): to choose what to create.  
...”We were created in order to create (1996: 336 - 337).

Med oppfatningen om at hensikten med livet er å velge hvordan vi vil skape våre liv, vil det være nødvendig å finne ut hva det er man vil skape, og det vil også være ”naturlig” å stadig spørre seg selv om det man gjør bidrar til å oppfylle dette.

Også når det gjelder pasientene er dette med valg sentralt, de betegnes i økende grad som brukere som selv skal få ta valg. Også de skal skape sine liv. ”*La pasientene velge- ikke legen*” er overskriften på et debattinnlegg (Bergens Tidende april 2003) i forbindelse med det nye lovforslaget om Alternativ Medisin. Forfatteren er en ”alternativ sykepleier” i SFA (Sykepleiere for Alternativ Medisin). Pasientenes rett til å velge er av foreningens kampsaker. En stor kampsak for alternativ bevegelsen generelt (inkl. sykepleierne i denne studien) har vært bevegelsen: ”Fritt Helsevalg” hvor de bl.a. har samlet inn underskrifter og skrevet mange debattinnlegg om pasientenes rett til selv å velge hva slags behandling de vil ta imot.

Valgnødvendigheten er et grunnleggende trekk ved dagens samfunn, men alle valgene er både en frihet og en byrde, menneskene har ulike muligheter og evner til å takle alle valgene. I en individualisert og globalisert verden med hurtige endringer vokser også menneskenes usikkerhet og uro hevder psykiateren Finn Skårderud (1999). På alle plan, fra utformingen av sitt eget liv og til de stadig nærværende samfunnsproblem som man mates med gjennom media, så konfronteres mennesker med en tilværelse som kan oppfattes som kompleks og truende usikker. Stresset og frustrasjonene som for mange følger med det å måtte ta stadige valg, fører til økt oppblomstring av terapeuter og hjelpetilbud. Informantene i denne studien er del av dette voksende tilbudet. På den ene siden er mange alternative sykepleiere kritiske til utviklingstrekk i helsevesenet og samfunnet. Men på den andre siden er det nettopp

”svakhetene” ved det bestående helsevesen og konsekvensene av prioriteringer i samfunnet som gir dem levebrødet (se kap.8).

Når man har søkelyset rettet mot enkeltmennesket og den kraft som den enkelte selv besitter i forhold til helbredelse av sykdom, opplevelse av helse og åndelig utvikling, fører dette også til at autoriteter ikke har samme betydning som før. Samtidig som det pekes på den enkeltes ansvar og muligheter, så er de alternative sykepleierne i denne studien avhengige av at mennesker ”trenger” dem som behandlere og veiledere, for det er det de lever av. Det sterke fokus vi idag har på selvstendighet og ansvar for eget liv kan samtidig skape ensomhet og savn. Informanter i denne studien kan da tilby en times terapi, for eksempel i form av aromaterapi, massasje, healing osv mot betaling. Solveig er aromaterapeut, hun sier i en samtale: *”Det kom en mann her en dag som sa rett ut at han savnet fysisk kontakt etter at han ble skilt. Han kommer her fast til aromaterapi.”* Den enkeltes livsprosjekt utfordres av mange ”vellykkethetsbilder” og forventninger. Livet skal være interessant, spennende og innholdsrikt. Dette kan være tyngende og stressende for mange, og de negative følelsene setter seg i kroppen i form av stive skuldre, hodepine vektproblemer osv. På denne måten vil nettopp fokuset på den enkeltes ansvar for eget liv også kunne bidra til utvikling av helseproblemer, problemer som informantene i denne studien kan tilby behandling for. Hjelp til selvhjelp er ofte brukt som slagord, men for å kunne hjelpe seg selv må man lære det, og her har de alternative behandlerne flere og stadig nye tilbud (se også kap.8 om marked og medikalisering).

Det alternative behandlingsområdet kan med sitt fokus på det enkelte menneskes valgfrihet og fokus på selvutvikling og personlig velvære, oppfattes som et typisk postmoderne fenomen.

### **6.5. Avslutning og oppsummering.**

I en dansk studie blant sykepleiere som hadde valgt å arbeide med alternativ behandling, var en av konklusjonene: *”Det er en annen måte at være sykeplejerske på”* (Rasmussen 2001 s. 53). Dette er i samsvar med funn i min studie, og viser at sykepleiere som velger alternativ behandling fremdeles føler seg som sykepleiere, bare på en litt annen måte enn før.

Informantene fremhever at de som alternative behandlere virkeliggjør verdier og handlinger de anser som sentrale i sykepleie. Det de trekker frem som sentralt er selvhelbredende ressurser, helhet og selvutvikling. Ved å velge å tilby alternativ behandling opplever de en sterkere sykepleiefaglig identitet enn som ansatte i det offentlige helsevesen. I dagens

helsevesen er sykepleiefunksjonen sterkt preget av krav om effektivisering, produksjon og spesialisering. Mulighetene for utøvelse av helhetlig sykepleie anses som truet og informantene vil frigjøre seg fra fastlåste roller. Profesjonell identitet i sykepleie defineres svært vidt, og alternativ filosofi og behandlingsmetoder kan integreres i sykepleiens profesjonelle identitet

Utviklingen i samfunnet generelt og i sykepleie spesielt har ført til at det er et stadig behov for å avklare hva sykepleierne står for og hva som forventes av dem som yrkesgruppe. At et økende antall sykepleiere velger å tilby alternativ behandling oppfatter jeg som et tegn på at utviklingen i helsevesenet ikke gir informantene de mulighetene for faglig og personlig utvikling som de ønsker seg. På et overordnet teoretisk nivå kan alternative behandlingsformer inkluderes i sykepleie, men på det praktiske nivå knyttet til sykepleiernes yrkesfunksjon i dagens offentlige helsevesen, er det lite rom for alternative behandlingsformer.

Ved hjelp av Krogstads artikkel om sykepleiens identitetsproblemer i spenningen mellom modernitet og tradisjon drøftet jeg de alternative sykepleiernes opplevelser av faglig identitet. Analysen utdypet spesielt betydningen av modernitetens fokus på vitenskap som den mest verdsatte form for kunnskap og den betydningen dette har/har hatt for sykepleie. Dette synliggjøres i dag i form av et økende krav om evidensbasert sykepleie. Men vitenskap er ikke lenger ensbetydende med naturvitenskap, humanistisk kunnskap verdsettes i økende grad av sykepleieforskere og kan i større grad integrere sykepleiekunnskap utviklet gjennom taus kunnskap og tradisjon. Jeg mener at tradisjon og modernitet ikke nødvendigvis må oppfattes som en dikotomi.

Sykepleiere som velger alternativ behandling stiller seg friere i forhold til krav om vitenskapelighet, dette kan bl.a. være medvirkende til den lunkne holdningen de blir møtt med i NSF (Norsk Sykepleier Forbund) som ikke oppfatter alternativ behandling som tilstrekkelig vitenskapelig dokumentert (se kap.3) og ikke som sykepleie.

Informanter i denne studien har hatt personlige erfaringer med helse, sykdom og behandling som har påvirket deres faglige interesseområde og bidratt til at de søkte alternativer. Disse personlige opplevelsene og forandringene har bl.a. ført til at informantene har et stort fokus på selvutvikling. Det å bli kjent med seg selv ansees som viktig for å kunne hjelpe andre. Eget

livsprosjekt blandes med pasientenes behov for behandling. Dette kan sees på som et utslag av verdier i vårt postmoderne samfunn hvor enkeltmenneske, valg, frihet og selvutvikling vektlegges.

## **Kapittel 7 Selvstendighet.**

### **Pleiere blir behandlere. Forholdet mellom leger og sykepleiere og betydningen av kjønn.**

#### **7.1. Innledning og presentasjon av data.**

Bodil Konradsen som er sykepleier og utdannet i kinesisk medisin skrev en artikkel i Påtrykk (nr.2. 1999) om alternativmedisinske behandlingsmetoder i sykepleie. Hun begynner artikkelen med fire spørsmål:

*Jeg ønsker å stille spørsmål ved om sykepleieutøvelsen har utviklet seg slik vi ønsker?*

*Eller har sykepleierfunksjonen i for stor grad blitt en støttefunksjon for legens arbeid og medisinske terapier?*

*Er vi fornøyd med nivået på sykepleiernes selvstendige ansvar i dag?*

*Tør vi stolt stå frem å si at vi er sykepleiere og i stand til på selvstendig vis å være sykepleier for pasienten.*

Hun svarer selv:

*Jeg våger å påstå at vi ikke er stolte nok.*

*Jeg tror at vi for lenge har tenkt på samarbeid, ledelse, organisering og i for stor grad har brukt vår styrke til å støtte opp under systemet og at vi har vært for systemtro...*

*Jeg tror vi sykepleiere i større grad skal søke mot pasienten og ikke systemene...*

*Slik jeg ser det, vil en stolt selvstendig sykepleierutøvelse måtte inkludere å være søkende mot hva vi kan lære av det som skjer innenfor alternativ medisin...*

*Kan det være at vi er for preget av det naturvitenskapelige synet på forskning og dokumentert effekt og i for liten grad tør stå frem med vår sykepleiekunnskap som slett ikke alltid føles lett å beskrive eller dokumentere eller forske på?...*

*Mitt ønske er at sykepleierne ansatt i det offentlige helsevesen etter hvert søker mot å få innsikt i hvordan ulike alternative utøvere tenker og hva de bygger sin terapi på...*

Så går hun videre og beskriver behandlingsformer som hun mener kan knyttes til sykepleie og gjøre sykepleien mer spennende, tilfredsstillende og selvstendig.

På bakgrunn av erfaringer i det offentlige helsevesen og oppfatninger om sykepleiens uselvstendige funksjon har hun startet privat praksis. Det er uvanlig for sykepleiere å være selvstendig næringsdrivende, og ved å arbeide slik, endres fokus fra pleie og omsorg til terapi og behandling. Det er foreløpig svært få stillinger for alternative behandlere i døgninstitusjoner. Unntaket er Vidarklinikken i Sverige (som er offentlig godkjent) og noen

palliative avdelinger eller hospice i Norge. Sykepleiere som tilbyr alternativ behandling er selvstendige, og de utfordrer den ansvarsdelingen mellom pleie og behandling og mellom leger og sykepleiere som det offentlige helsevesen bygger på. Denne arbeidsdelingen har en kjønnsdimensjon som også er en maktrelasjon, noe som mange av informantene har tatt fatt i. Tema for dette kapitlet er sider ved det offentlige helsevesen som kan ha betydning for informantenes valg. Særlig berøres forholdet mellom pleie og behandling, mellom lege og sykepleier og sider ved kjønn.

### Presentasjon av data.

Karen er et eksempel på en sykepleier som gjennom å tilby alternativ behandling har frigjort seg fra den funksjon hun som sykepleier ble forventet å ha i det offentlige helsevesen. For ca. 15 år siden etablerte hun et naturmedisinsk senter. Dette har i dag vokst og har 7 ansatte. Jeg ble invitert til å besøke senteret og intervjuer henne. Hun forteller at hun ble utdannet sykepleier for 30 år siden og at hun har arbeidet mange ulike steder som sykepleier. Fordi hun ble mer og mer frustrert over et helsevesen som hun mener verken tok hensyn til pasientene eller til sykepleierne, så valgte hun å slutte for å begynne for seg selv for 15 år siden. Hun har tatt flere ulike alternative utdanninger, som for eksempel soneterapi, ernæringsterapi, bioresonanstesting og naturmedisin. Karen mener helsevesenet med legene i spissen ikke har tatt inn over seg at det har skjedd en endring i forståelsen av hvordan et menneske fungerer som en enhet av kropp og sjel. Den nye forståelsen mener hun er helhetsorientert og passer hennes sykepleierbakgrunn. Hun mener at sykepleierne i det offentlige helsevesen svake og feige. Sykepleierne står ikke frem som pasientenes advokat slik de er opplært til, de tilpasser seg et biomedisinsk og legestyrte helsevesen preget av markedstenkning. Hun er også kritisk til legene som hun mener har en ovenfra ned holdning til pasientene og at diagnosene og økonomien er det som styrer pasientbehandlingen på en negativ måte. Videre opplevde hun det offentlige helsevesen som et hierarkisk system som hun ikke ville innordne seg i. Hun mener at legene og naturvitenskapen har en makt og en monopolstilling på behandling av syke som hun er dypt uenig i. Dette ser hun også i sammenheng med forholdet mellom mann og kvinne. Hun mener at kvinner i større grad enn menn har evne til helhetstenkning og intuisjon som må oppvurderes og hun ser en klar sammenheng mellom alternativ behandling og kvinners forståelse av virkeligheten. Videre mener hun at sykepleierne ikke blir brukt som ressurs i det offentlige helsevesen fordi de alltid har en faglig overstyring av legene og formelt ikke skal ha behandlingsansvar. Selv om sykepleierne er den yrkesgruppen som står nærmest pasientene, så mener Karen at de ikke har fått eller tatt den autoritet de har krav på. Hun har

meldt seg ut av Norsk Sykepleierforbund fordi hun mener de i altfor stor grad har akseptert å være assistenter til legene og i for liten grad står på for pasientene og viser hva sykepleierne faktisk selv kan ta ansvar for. Skillet mellom behandling og pleie mener hun er en hemmende faktor for sykepleierne som dermed alltid blir plassert i en underordnet rolle. Karen er aktiv i en fagorganisasjon for naturterapeuter og hun er en aktiv skribent og foredragsholder.

Slik jeg oppfatter Karen var det hennes erfaringer fra det offentlige helsevesen som var avgjørende for valget om å starte for seg selv. Hun fremhevet det hun mente var en passiv holdning fra egne sykepleierkollegaer og en arrogant holdning fra leger. Karen er også opptatt av den betydning kjønn har i behandling av syke, og hun ser en sammenheng mellom det kvinnelige og alternativ behandling. For å arbeide selvstendig som kvinnelig behandler velger hun alternativ behandling.

Også Else Egeland har arbeidet selvstendig i mange år. Hun ble utdannet sykepleier for ca. 20 år siden, men har aldri jobbet i en fast tradisjonell sykepleierstilling, hun sier: *”Jeg pleier å si at jeg begynte på sykepleierhøgskolen og kom ut som healer. Ble oppmerksom på evnene i 1.praksisperiode, da jeg helt konkret kjente pasientenes smerter og ubalanser når jeg berørte dem. Jeg tok kurs i England, eksperimenterte litt med familie og venner, de sendte sine naboer og kollegaer, og så var jeg i gang med en praksis. Nå har jeg arbeidet 20 år som healer og kursholder, og som ekstravakt i hjemmesykepleien i Bergen kommune frem til 1997”*. Hun sier: *”Jeg vil nok aldri kunne finne meg til rette i et system som fører kriger mot menneskers kropper.”* (Påtrykk nr.1,2003). Videre er Else kritisk til at sykepleiere er assistenter til legenes biomedisinske behandling og hun mener legene har et monopol på behandling av syke som hun er uenig i. Hun har bl.a.vært aktiv i bevegelsen ”Fritt Helsevalg”, leder av Norsk Healerforbund og av SFA (Sykepleiere for Alternativ Medisin).

Else oppdaget allerede som sykepleierstudent at hun ikke passet inn i det offentlige helsevesen og det var grunnen til at hun startet for seg selv, mens Ester som er soneterapeut ønsket å starte for seg selv fordi hun hadde lyst til å gjøre noe nytt og ikke fikk full jobb på sykehuset. Hun forteller at hun jobber 45 % stilling som sykepleier på sykehus og 55 % stilling som soneterapeut med kontor i eget hjem. Jeg ble invitert til hennes hjemmekontor hvor hun fortalte meg om sin praksis som soneterapeut. Hun sier bl.a.: *”Jeg har mange ganger tenkt på at det hadde vært så fint å kunne kombinere soneterapien med jobben på sykehuset. Det er mange av pasientene mine der som er uten tilbud. Mange av dem kunne ha*

*nytte av min behandling. Jeg har snakket med legene, men det vil de ikke høre snakk om, så jeg har ikke turt å gjøre noe*". Ester har ikke en generell kritikk mot legene eller biomedisinen, men hun synes de er lite åpne for alternativer når de selv ikke har mer å tilby, og hun har et ønske om samarbeid. Et slikt ønske om samarbeid med legene uttrykkes også av Kari Skrautevoll som er sykepleier og homøopat. Hun ønsker å tilby et alternativ til deler av biomedisinen. I en artikkel i Tidsskriftet Sykepleien (nr.6, 2001) utfordrer hun legenes behandlingsmonopol. Hun mener at sykepleiere som er utdannet homøopater eller akupunktører bør kunne tilby pasienter alternativer til for eksempel antibiotikabehandling. Begrunnelsen er bl.a. de negative effektene overdreven bruk av antibiotika har på menneskets naturlige evne til selvhelbredelse. Homøopati og akupunktur mener hun styrker denne evnen, og derfor faller naturlig inn under sykepleiens fokus og ansvarsområde. Hun ønsker at det startes en debatt og et faglig engasjement blant leger og sykepleiere om alternativ behandling, og hun mener sykepleiere bør gå inn i komplementærmedisin og samarbeide med legene. *"Sykepleie og medisin er nært knyttet til hverandre som fagdisipliner og har en viktig funksjon i å inspirere og hjelpe hverandre"* sier hun. Skrautevoll utfordrer ansvarsforholdet mellom sykepleier og lege og inkluderer behandling i sykepleie. Å foreslå at sykepleiere som er alternative behandlere skal kunne foreskrive behandling mot infeksjoner som et alternativ til legenes antibiotikabehandling, mener jeg er en direkte utfordring til legenes behandlingsmonopol i det offentlige helsevesen. At leger skal kunne la seg inspirere av sykepleiere til økt fokus på menneskets selvhelbredende krefter og dermed endre sin behandlingskultur, er en prinsipiell utfordring. Det er bare leger som kan foreskrive legemidler, men dette utfordres av alternative sykepleiere som foreskriver homøopatiske piller eller urter. I medlemsbladet til de alternative sykepleierne (Påtrykk) presenteres alternativer til skolemedisinens legemidler. Spesielt er det ulike urter og hvilke sykdommer og symptomer disse kan påvirke som beskrives. I Påtrykk nr.1, 2002 beskrives Hyll. Det står bl.a.: *"Blomsten brukes fremfor alt til å fremme immunforsvaret. Uttrekk av blomsten er god mot luftveislidelser, høysnue, reumatisme, nevralgi, ischias, betente mandler, fremmer svetting og er mildt avførende"*. Sykepleiere i det offentlige helsevesen kan ikke foreskrive legemidler og der brukes ikke urter. Foreløpig ansees urter mer som kosttilskudd enn som medisiner, men i den grad urter og homøopatiske piller erstatter kjemiske legemidler kan det oppfattes som konkurrerende til skolemedisinsk behandling.

Informantene over tilbyr svært ulike behandlingsformer og har av ulike grunner valgt å satse på en alternativ karriere. Når de velger å tilby behandling velger de også et annet fokus enn



det de hadde som offentlig godkjente sykepleiere. Som sykepleiere i det offentlige helsevesen har de ikke behandlingsansvar, deres selvstendige funksjon er knyttet til pleie og omsorg. I den grad de utfører behandling er det som legens assistent. Skillet mellom behandling og pleie/omsorg ligger til grunn for ansvarsfordelingen i helsevesenet, de alternative sykepleierne tar et selvstendig behandlingsansvar og står dermed i et konkurranseforhold til legene.

## **7.2. Pleier eller behandler ?**

*Det jeg har lært gjennom min akupunkturutdanning er langt mer enn å stikke nåler på de riktige plassene og med riktig teknikk og dybde. Jeg har nemlig blitt introdusert til en helhetlig behandlingstanke som fascinerer meg meget (Bodil Konradsen i Påtrykk nr.1, 1999)*

Bodil argumenterer videre i sin artikkel om sykepleie og alternativ behandling, at akupunktur passer til sykepleie. Men akupunktur defineres som behandling. Og sykepleiere har tradisjonelt ikke noe ansvar for behandling. Arbeidsdelingen og ansvarsforholdene mellom legene og de underordnede gruppene går langs en slik skillelinje: Legene har ansvaret for den medisinske behandlingen (også den som sykepleierne utfører) og sykepleierne har sammen med andre helsearbeidere ansvar for pleie og omsorg. Sosiologen Roland Svensson (1998) peker på betydningen av dette todelte helsevesenet når han drøfter sykepleiens vilkår. I todeling mener han da delingen mellom pleie og behandling, mellom sykepleiere og leger. De som arbeider i helsevesenet opplever denne todelingen som to atskilte verdener og kulturer som har forskjellig status, makt og arbeidsvilkår. Den vanligste forklaringen på at medisin er rangert over sykepleie i yrkeshierarkiet er at medisin bygger på et naturvitenskapelig kunnskapsgrunnlag, mens sykepleie blir forstått som praksiskunnskap med svakere teoretisk overbygning (Dahle 2001). Medisin og sykepleie er også preget av ulike holdninger til sykdom. Per Nordtvedt (1998) beskriver det bl.a. slik i sin bok om ”Sykepleiens grunnlag”:

Derved ser man et grunnleggende skille mellom medisin og sykepleie som er særlig relevant i våre dager. Medisinens fokus er behandling av den sykes sykdom ut fra en kvalifisert forståelse av den enkelte sykdoms årsaker, diagnostikk og prognose. Sykepleiens fokus er omsorg for den syke ut fra en forståelse av hans eller hennes opplevelse av det å være syk eller det å bli truet av sykdom... Sykepleiere anser pasientens subjektive erfaring med sykdom og helsesvikt som selve kjernepunktet i sin virksomhet (1998:57)

I det daglige er dette skillet komplisert. Det er generelt stor grad av frustrasjon blant sykepleiere fordi oppgaver knyttet til den medisinske assistentfunksjonen prioriteres, og de får

for liten tid til den uavhengige sykepleien. Denne frustrasjonen beskrives i et debattinnlegg i Sykepleien nr.19, 1999, hvor innsenderen (som ikke driver med alternativ behandling, men arbeider på et større sykehus) har et sterkt ønske om å ”komme tilbake til sykepleien”. Hans opplevelse er nettopp at sykepleierne ikke får anledning til å virkeliggjøre sin selvstendige funksjon, men bruker det meste av tiden til å være legens assistent.

Det er vanskelig for sykepleierne å skille mellom rollen som selvstendig og som assistent, da det til tider er stor grad av overlapping mellom de ulike funksjonene. Dette illustreres også i ”Rammeplanen for utdanning av sykepleiere” (2000:31-32) hvor sykepleierens funksjoner beskrives i 7 punkter:

1. Helsefremmende og forebyggende oppgaver
2. Behandling
3. Lindrende oppgaver
4. Rehabiliterende og habiliterende oppgaver
5. Undervisning og veiledning
6. Administrasjon
7. Fagutvikling

Når det gjelder behandling, står det:

Sykepleierens medansvar for behandling innebærer å understøtte livsprosesser som fører til helbredelse. Sykepleieren har et selvstendig ansvar som omfatter iverksetting og oppfølging av forordnet behandling og informasjon, herunder observasjon, vurdering og rapportering av effekten. Utdeling av legemidler utføres av sykepleieren etter medisinsk ordinasjon. Sykepleieren har et selvstendig ansvar for å håndtere legemidlene forskriftsmessig, og på bakgrunn av kunnskaper i farmakologi observere og rapportere virkninger og bivirkninger til lege. Sykepleieren skal kunne betjene det mest vanlige medisinske utstyret og har medansvar for å kvalitetssikre dette utstyret for anvendelse. Pasientens opplevelse av situasjonen og miljøet rundt behandlingsopplegget har betydning for sykdomsforløpet. En sentral del av sykepleien er å tilrettelegge et miljø preget av hygiene, estetikk og ro (Rammeplan for Sykepleierutdanning 2000:31).

Innholdet er ment å avklare sykepleierens selvstendige ansvar kontra hennes medansvar for behandling. Sykepleierens medansvar fremheves som det å understøtte pasientens livsprosesser. Ordet selvstendig brukes om det å iverksette og følge opp behandling som er forordnet av en annen. Medikamenter og teknisk utstyr trekkes frem eksplisitt. Til slutt nevnes betydningen av pasientens opplevelse og sykepleierens ansvar for å tilrettelegge et terapeutisk

miljø – fordi dette har betydning for sykdomsforløpet. Beskrivelsen viser at begrepet behandling i en sykepleiefaglig sammenheng er uklar. Denne uklarheten viser seg også i forholdet mellom omsorg for pasienten og behandling av sykdom. På engelsk brukes begrepene "cure" og "care" for å vise forholdet mellom behandling og omsorg. Disse begrepene settes også i sammenheng med ordene "disease" og "illness" som viser til ulike sider ved sykdomsbegrepet. Disease viser til den objektive, målbare sykdommen som beskrives i diagnoser, og som har et behandlingsopplegg med det hovedformål at pasientene skal bli friske (cure). Dette er hovedsakelig legens ansvarsområde, med sykepleieren som assistent. Illness beskriver pasientens opplevelse og erfaring med sykdommen/lidelsen, og er hovedsakelig sykepleierens ansvarsområde (care). Dette skillet problematiseres av sykepleiere som praktiserer alternativ behandling. For eksempel mener Else Egeland som er healer og leder av faggruppen SFA (Sykepleiere for Alternativ Medisin) at alternative behandlere ikke kan skille sykdommen (disease) fra mennesket som er sykt (illness), selv om "Loven om Alternativ Behandling" nettopp presiserer dette skillet for å begrunne at alternative behandlere ikke skal behandle alvorlig syke uten at det er i samarbeid med lege (se kap.3).

Det å gi skolemedisinsk behandling for en lidelse kan ha en annen innfallsvinkel enn å gi en alternativ behandling for den samme lidelsen. Skrautevoll fremhever balansen mellom tre ulike perspektiv i møte med syke, hun sier:

Det er viktig med balanse mellom pleie-"care", behandling som fører til bedring - "cure" og utfordringer- "challenge" (2001: 4).

Den homøopatiske innfallsvinkelen er at menneskekroppen må gis muligheter/ bli utfordret til å ordne opp selv slik at det får styrket sin motstandskraft. Hun mener at en slik innfallsvinkel er sammenfallende med sykepleie, som er å legge til rette for at Naturen skal virke. Sykepleiernes yrkesutøvelse vil foregå i spenningsfeltet mellom disse perspektivene. Sykepleieren er dermed en som både gir omsorg, behandling og som utfordrer pasienten.

Informantene i denne studien utfordrer det tradisjonelle synet på hva sykepleiens ansvarsområde skal være, og de beveger seg samtidig inn på det området som til nå har vært legenes ansvarsområde.

### 7.3. Forholdet mellom lege og sykepleier i et kjønnsperspektiv.

Karen sier at kampen mellom skolemedisin og alternativ medisin er som kampen mellom mann og kvinne, og hun sier: ” *Jeg har mange tanker om legenes maktmonopol også i forhold til helsepersonell. Helsekrisen kan tilbakeføres til at andre ikke er blitt utnyttet maksimalt, for alltid har vi hatt denne faglige overordnede styringen - at det er legen som skal ha det siste ordet, og de som er nærmest pasienten og kanskje har størst kunnskap og innsikt har vært de som er minst hørt*”.

Forholdet mellom sykepleiere og leger har vært preget av et kjærlighet/hat forhold. Dette synliggjøres også i informantenes oppfatning av legene. Forholdet til legene opptar dem sterkt og mange har meninger om dem. Noen er bare kritiske, mens andre fremhever det som positivt hvis de kan samarbeide med leger. Flere av informantene var utdannet i en tid (1960-1980) da rollefordelingen mellom sykepleiere og leger fremdeles var et typisk mann (lege) og kvinne (sykepleier) forhold, preget av den samme kjønnsrollefordeling og ansvarsfordeling som preget samfunnet frem til i 1970 årene. (Legen var ”far”, sykepleieren var ”mor” og pasienten var ”barnet”.) Bakken (2001) kaller sykepleieren fra denne tidsepoken for ”Hustrumoderen” (se under). Det mannlige og vitenskapelige overtok hegemoniet og i et forsøk på å oppnå samme status som medisinen har sykepleien også blitt en egen profesjon og en egen vitenskap (se kap.6). Men denne utviklingen har foreløpig endret lite på forholdet mellom leger og sykepleiere i helseinstitusjoner.

Informantene i denne studien har meninger om den medisinske behandlingen og blander seg til tider inn i legens forordninger. De har ulike erfaringer med dette, noen forteller at legen er nysgjerrig og interessert og godkjenner det når sykepleieren for eksempel foreslår tranebær mot urinvegsinfeksjon. Andre forteller om leger som blir provosert. Med bakgrunn i en alternativ oppfatning av sykdom og behandling vil de velge noe annet for pasienten enn det legen vil. Flere og flere sykepleiere tar videreutdanninger i alternative behandlingsformer<sup>7</sup> noen av disse sykepleierne arbeider samtidig i offentlige sykehus. I den offentlige grunnutdanningen i sykepleie er alternative behandlings og lindringsmodeller, inklusive filosofien bak alternativmedisinske retninger, del av pensum fra 2001 (Rammeplan fra KUF, 2000: 42). Selv om temaet fremdeles er marginalt, betyr det at den hegemoniske posisjonen skolemedisinsk behandling har hatt i sykepleierutdanningen utfordres. Når sykepleiere får

---

<sup>7</sup> (30 % av sykepleierne ønsker at det opprettes offentlig godkjente videreutdanninger i alternativ medisin for sykepleiere: Sykepleien nr. 17, 1998).

kunnskaper om urtemedisin, homøopati, akupunktur osv vil en kunne tenke seg at de også vil bruke denne kunnskapen i møte med legene og utfordre legenes valg av behandling. Dette kan også føre til at de tradisjonelle samarbeidsforholdene utfordres. Blir denne kunnskapen spredt blant sykepleiere, men ikke blant leger kan det bidra til konflikter. Økt kompetanse i behandling kan føre sykepleierne inn i et konkurranseforhold til legene. Men det er foreløpig få områder hvor alternativ behandling blir oppfattet som et reelt alternativ (betennelser, allergier, kroniske tilstander, lettere psykiske plager m.m.). Det er derfor ikke sikkert at legene i særlig grad vil oppfatte dem som konkurrenter. Alternativ behandling har mer status som supplement enn som alternativ. De utfyller hverandre og gir ulike tilbud. Inga som har arbeidet som akupunktør i mange år sier: *”Jeg hører så ofte at pasientene sier at det ikke nytter å gå til legen med de plagene de kommer til meg med.* Denne uttalelsen viser at pasienter velger alternative behandlingstilbud der de har erfaring fra at skolemedisinen har lite å tilby. Sykepleier og akupunktør Bodil Konradsen har skrevet et innlegg om alternative behandlingsformer og sykepleiere (Påtrykk nr.1, 1999). Hun sier bl.a: *”Jeg tror at min erfaring som akupunktør har mange fellestrekk med en allmennleges erfaringer. Det kommer mange mennesker med ulike plager og mange av plagene er diffuse og jeg forstår at leger mange ganger må ha vanskelig for å stille medisinsk diagnose. Symptomene er så diffuse og de skifter ofte. Akupunktørens fordel fremfor allmennlegens er at det akupunkturfaglig ikke skal settes noen medisinsk diagnose”.* Jeg kan være enig i at en allmennlege og en alternativ behandler kan ha mye felles i sin funksjon. Både leger og sykepleiere arbeider i svært forskjellige kontekster og har ulike funksjoner og ansvarsområder. Men det er bare behandling hos lege som gir refusjoner og dekkes av trygdesystemet, og Lov om Alternativ behandling (se kap.3) setter grenser for at alternative behandlere kan behandle alvorlig sykdom og krever at de samarbeider med lege når pasienten lider av alvorlig sykdom. Makt og myndighetsforholdene er svært ulike. Dette opptar informantene på ulik måte. Sykepleier og alternativ behandler Bodil Konradsen ser det som en frihet å slippe å være underlagt trygdesystemets regler og lover. Hun skriver: *Vi slipper å forvalte trygdevesenets midler på å sette i gang mer eller mindre vellykkede behandlinger som vi ikke har noen tro på... Det samme privilegium har alle alternativ terapeuter som ikke er avhengige av trygdesystemet (Påtrykk 1999:4).* Dette kan også forstås som om alternative terapeuter er uvillige til å ta på seg det samme ansvar som legene faktisk er nødt til å ta.

Uavhengig av den økte interessen for alternativ behandling er det et spenningsforhold mellom sykepleiere og leger. I utredningen ”Pasienten først” (NOU 1997:2) beskrives utviklingen for sykepleiere bl.a. på denne måten:

”Sykepleien har kommet langt i å utvikle seg til en egen profesjon, slik som legene har vært. Det er ikke minst en følge av satsning på å utvikle et eget vitenskapelig og forskningsmessig ståsted (1997:27)... Sykepleierne overtok etter hvert oppgaver som før ble gjort av leger. Dette bidro til at sykepleien etter hvert oppfattet sitt yrke på selvstendig basis, og ikke som en entydig hjelpefunksjon for legen eller en residual av legetjenesten. Dette har naturlig nok medført konflikter, spesielt i forhold til legene, som har hatt en utfordret posisjon i sykehusene (1997:25)

Det er forsket lite på forholdet mellom leger og sykepleiere, forskere ser ut til å ta for gitt at helsevesenet skal være hierarkisk organisert og at leger og sykepleiere skal stå i et over og underordnet forhold til hverandre (Svensson 1998). Hvilke konsekvenser det har for pasientbehandlingen har vært lite studert. Organisasjonsforskere påpeker at hierarkiske relasjoner får konsekvenser både for kommunikasjonsmønstre og de underordnedes motivasjon og engasjement i arbeidet. I en hierarkisk oppbygd organisasjon vil ofte kommunikasjonsstrømmen gå ovenfra og ned, og mer sjelden nedenfra og opp. Dette er situasjonen i helsevesenet. De som har ansvar for pasientomsorgen mister mye av sitt engasjement og sin motivasjon hvis de opplever likegyldighet fra legene eller har problemer med å formidle sine egne oppfatninger til legene. Sykepleiernes forhold til legene og den administrative ledelsen påvirker deres forhold til pasientene (Svenson 1998). Dette mener jeg kommer til uttrykk i mitt materiale som en medvirkende faktor til at de velger å starte for seg selv.

I Freidsons (1989) sosiologiske analyser av legens forhold til de andre yrkesgruppene i helsevesenet, hevder han at den medisinske profesjonen mer eller mindre totalt dominerer helsevesenet. Selv om dominansen i den senere tid har blitt utfordret, mener han at legene stort sett har klart å opprettholde sin innflytelse over de andre gruppene. Befolkningens generelle bilde av sykepleieren har vært en som er underordnet legen. En vil kunne anta at de personene som søker denne utdanningen ser seg selv i en slik rolle. Videre er sykepleiernes sosialisering og skolering til yrket preget av dette bildet. Sykepleierutdanningen har tradisjonelt lagt vekt på disiplin og lojalitet, og gjennom dette er det skapt personligheter som oftest har akseptert en underordnet rolle. De senere år har derimot utdanningene forsøkt å fokusere sykepleiens selvstendige funksjon, ledelse og identitet, men samtidig har sykehusene

blitt stadig mer effektivisert på skolemedisinsk behandling slik at det er lite rom for den selvstendige sykepleien. At forholdet mellom lege og sykepleier fortsatt har preg av over/underordning kan også forklares med at sykepleierne har fordeler av sitt forhold til legene. Nærhet til leger med høy status kaster også glans over sykepleierne. Forholdet har på mange måter vært symbiotisk og bygget på en allianse som på mange måter har fungert som en mekanisme som har hindret forandring av forholdet sier Svenson (1998). Høyskolelektor Dad Karterud sier i en artikkel om sykepleierstudenters erfaringer fra praksis at: ”Det viktigste er å bli likt av legene”(Karterud 1997:1). Allerede i sin praksis sosialiseres studentene inn i roller hvor forholdet til legene har stor betydning. Sosiologen Leonard Stein (1990) har analysert forholdet mellom leger og sykepleiere og har forsøkt å klargjøre prinsippene for underordning. Han ser forholdet som et sosialt spill (the doctor nurse game). Samspillet mellom leger og sykepleiere mener han har et grunnleggende mønster som er kjent for alle som arbeider i helsevesenet. Spillet følger uuttalte men grunnleggende regler, og hvis reglene ikke følges så trues de sosiale relasjonene av sammenbrudd. Spillet tillater sykepleieren å utøve en viss innflytelse på legen selv om dette ikke innrømmes åpent. Legen er avhengig av og må stadig spørre om råd fra sykepleieren, hvis han ønsker å gi sine pasienter best mulig behandling. Samtidig må han leve opp til de krav som legerollen stiller. Å akseptere råd fra ikke leger er truende for hans legeidentitet og omnipotens. Sykepleieren er også i en vanskelig situasjon for hun har lært at hun ikke skal utfordre eller betvile legens avgjørelser, selv om hun synes de er feilaktige. Hun identifiserer seg med pasienten som hun har et nærere forhold til og ønsker å ivareta hans interesser men uten å utfordre legen. Sykepleieren råder derfor legene uten å utfordre legens stilling. Slike situasjoner ble bl.a. diskutert i fagtidsskriftet Sykepleien nr.12,1998. Her vises bl.a. til dette eksempelet: ”*Sykepleieren: EKG viser tydelige infarkforandringer, da er det vanlig at vi gir Fragmin og henger opp et Nitrodrypp. Legen tar avgjørelsen på behandlingen: EKG viser et tydelig infarkt, du gir Fragmin, henger opp et Nitrodrypp, og kontakter meg ved forandringer, oppfattet? (gjør med autoritet i stemmen) og skriver ned forordningen*”. Stein (1978) mener at sykepleierne lærer seg dette spillet under utdannelsen og at de tidlig i yrkeskarrieren lærer seg den vanskelige kunsten å aldri direkte utfordre, betvile eller sette legen i forlegenhet overfor kollegene. Etterhvert lærer legene seg spillet og ser fordelene ved det. I Sykepleien nr.12, 1998, ble dette tema tatt opp under tittelen: “Ferske turnuskandidater og erfarne sykepleiere”. Her sier en av legene bl.a.:

Jeg er veldig bevisst på at jeg som lege skal ta avgjørelsen med hensyn til diagnose, tiltak og behandling. Men når jeg er usikker, kan det være lett å akseptere en erfaren sykepleiers erfaringer og ikke stole nok på egne kunnskaper. Men jeg er nok mer enn en gang blitt reddet av sykepleiere... Det går litt på hvor sikker du er som person, og det handler litt om kjønn. Selvsikkerhetskurven for gutter er jevnt stigende i løpet av medisinerstudiet, mens det for jentene dessverre ofte er det motsatte, uten at jeg har noen forklaring på det (Dale 1998:10).

At kjønn har betydning for forholdet mellom leger og sykepleiere kom tydelig frem i en undersøkelse presentert i Tidsskriftet Sykepleien (Aase 1998). Denne undersøkelsen viser at kvinnelige leger får mindre hjelp fra sykepleierne enn sine mannlige kolleger, og at sykepleierne stiller mer spørsmål ved den jobben en kvinnelig lege gjør. Forholdet mellom lege og sykepleier har gjennom generasjoner hovedsakelig vært et kvinne -mann forhold. Sosiologen Elisabeth Gjerberg (1995,1998) som har foretatt undersøkelsen, påpeker at status til de to yrkesgruppene har vært knyttet til kjønn. Undersøkelsen viser at legenes forklaring på forholdene er at sykepleierne ønsker å redusere forskjell i status mellom de to yrkesgruppene. Dette mener de igjen er lettere overfor en som er av samme kjønn. Når en kvinne kommer inn i posisjoner som gjennom generasjoner har vært knyttet til menn skjer det nye forhandlinger om arbeidsdeling og rolleutforming. Det er kvinner som krysser grenser og går inn på arenaer som tradisjonelt har vært forbeholdt menn, men ikke omvendt. Det er fremdeles få mannlige sykepleiere (ca. 5-10 %). Dette tallet har vært stabilt de siste 30 årene.

Steins analyser er 25 år gamle, men er aktuelle også i dag. Samtidig viser nye studier at forholdet mellom leger og sykepleiere i dag er noe mer åpent (Kupferberg 1999) og at det er større grad av ulike sykehuskulturer (den hierarkiske oppbygningen og arbeidsfordelingen var tidligere ganske lik fra sted til sted, slik er det ikke lenger). Også den britiske sosiologen David Hughes (1988) har studert forholdet mellom leger og sykepleiere. Han mener sykepleierens innflytelse over legen er betydelig større og blir utført på en mer åpenbar måte enn man kunne forvente seg ut fra Steins spillanalyser. Også Porter (1991) som har studert forholdet leger – sykepleiere på et stort sykehus i Irland trekker lignende konklusjoner. Det ser ut til å være akseptert og åpent at hun gir legen råd. Det var imidlertid et viktig unntak og det var forholdet mellom sykepleieren og overlegen.

Disse undersøkelsene peker på aspekt ved kjønns og yrkesroller som også berører informantene i denne studien. Om det er slik at informantene i denne studien har egenskaper som gjør det mulig å identifisere dem som en viss type kvinnelige sykepleiere, det har jeg



ikke grunnlag for å uttale meg om. Men de er generelt ukomfortable med den underordnede rollen sykepleiere har overfor legen, de ønsker større grad av frihet og faglig autonomi og de er i all hovedsak kvinner. Informantene i denne studien har ikke hatt mye samarbeid med kvinnelige leger, fremtiden vil vise om alternative sykepleiere vil ha et mer åpent forhold til kvinnelige leger enn de har hatt til de mannlige.

I det offentlige helsevesen vil økt autonomi for sykepleieren innebære at legens kontroll og makt må reduseres, dette vil spesielt være aktuelt hvis sykepleiere skulle kunne tilby alternativer til den medisinske behandlingen. En større selvstendighet for sykepleieren vil derfor kunne kollidere med legens forventninger til egen rolle. Mange leger ser fortsatt annet helsepersonell mer som assistenter for seg selv enn som selvstendige og profesjonelle kolleger. I følge denne oppfatningen arbeider sykepleierne først og fremst for legen og ikke for pasienten (Svensson 1998). De senere årene er dette blitt tydeligere ved at sykepleiere tar over flere og flere av de oppgavene som legene tradisjonelt har hatt ansvaret for. Dette har sammenheng med hva som oppfattes som en mest mulig økonomisk utnyttning av knappe ressurser (sykepleiere er billigere enn leger). For eksempel får flere og flere sykepleiere ansvar for poliklinisk oppfølging av pasienter. Her utfører de prosedyrer, skriver ut resepter osv som før lå til legens ansvarsområde. Dette frigjør tid for legene (Varsi 2005).

Pasienter med symptomer på akutte, men vanlige tilstander som ørebetennelse og sårinfeksjoner kan behandles av sykepleier alene (Varsi 2005:56).

Sykepleierens økte selvstendighet er da ikke knyttet til omsorg og sykepleiefaglige oppgaver, men til delegert medisinsk behandling og undersøkelser. Denne rollen kan ligne flere av de rollene informantene har, dvs. mer lik en lege. Likheten kan for eksempel ligge i at de tar imot pasientene på eget kontor, bruker apparater for diagnostisering eller skriver ut medisiner (for eksempel homøopatiske piller, kosttilskudd eller andre naturlegemidler). Diagnostisering og behandling er ikke den offentlige godkjente sykepleierens selvstendige ansvar, det er legens ansvar, men delegeres i varierende grad.

Sykepleiere oppfattes å stå i rollekonflikter i det offentlige helsevesen (Svensson 1998). En vanlig måte å beskrive sykepleiernes rollekonflikter på, har vært å beskrive rollen som utsatt for to motsatte norm og verdisystemer. På den ene siden er hennes arbeid sterkt regelstyrt; rollen krever føyelighet overfor behandlingsorganisasjonens regler og overfor ulike

forordninger og lover. På den annen side forventes hun å demonstrere initiativ, kreativitet og selvstendighet. I sosialiseringen til sykepleierrollen har det førstnevnte synet dominert lenge. Når utdanningsinstitusjonene i de senere år har innført det nye idealet, har rollekonflikter blitt tydeligere. Det er en konflikt mellom sykepleiernes økte ansvar og den samtidige mangelen på beslutnings og kontrollmuligheter. Sykepleiere har blitt stimulert til kunnskapsutvikling gjennom sykepleieforskning og videreutdanning, men samtidig har de ikke fått det formelle ansvaret for sitt eget arbeidsområde. De forventes å utvikle sykepleie og beskytte pasientens autonomi og integritet samtidig som de fortsatt i høy grad er avhengige av legens velvilje og interesse og en i økende grad markedsorientert kultur. Som selvstendig næringsdrivende alternative behandlere står de friere i å forme sin yrkesrolle og de unngår profesjonskonflikter.

De siste års konflikter når det gjelder ledelse på sykehus er et eksempel på legenes misnøye med og motarbeidelse av sykepleiens selvstendige status. (I februar 2000 gikk legeforeningen ut med sterk kritikk og boikott mot valget av sykepleiere som ledere ved to avdelinger på Vest Agder Sentralsykehus). Disse reaksjonene må også sees i sammenheng med den økte styringen ovenfra. Legenes selvstendighet har vært stor, men trues nå i økende grad av administratorer og politikere. Det utvikles stadig nye metoder for kostnadskontroll. Rasjonalisering og effektivisering er begreper som alle ansatte i den offentlige helsetjenesten har hørt til det kjedsommelige. Dette blir fremhevet som kvalitetssikringsmetoder og det rammer alle ansatte. For noen er situasjonen utmattende og kan være motiverende for å velge seg ut av det offentlige helsevesen. Som selvstendig næringsdrivende opplever informantene større grad av frihet og mulighet til å virkeliggjøre verdier og metoder de har tro på.

At nye yrkesgrupper utfordrer legenes posisjon kan også sees som en virkning av at helse, helsefremmende arbeid og behandling av sykdommer har fått en utstrekning i tid og rom som legen ikke lenger kan håndtere alene. Arney & Bergen mente allerede i 1984 at fremtidens helsevesen ville stå overfor helt andre oppgaver enn det gamle. De mente at det er en endringen i fokus fra å forhindre død til å håndtere livet. Den store oppgaven for dagens helsetjeneste er ifølge disse to, å skape forutsetninger for det gode liv for mennesker som risikerer helseproblemer og for de kronisk syke. Dette krever bl.a. en åpenhet for det følelsesmessige, sosiale og åndelige. På mange måter har det blitt slik Arney & Bergen forutså, og informantene i min studie bidrar til å synliggjøre denne utviklingen. Sykepleiere som velger å videreutdanne seg i alternativ behandling gir i stor grad tilbud til mennesker som

ønsker hjelp til å håndtere livet, inkludert sykdommer (se kap.5 om selvutvikling og kap.8 om medikalisering).

Flere yrkesgrupper har posisjoner innen helsesektoren som er likeverdige med legens når det gjelder utdanningstid og yrkeskvalifikasjoner. Men de har en betraktelig lavere status, mindre innflytelse og lavere lønn for det arbeid de utfører sammenlignet med legene. Denne typen ubalanse vil ofte på lang sikt gi opphav til forandringer i retning av en mer balansert situasjon hevder Svenson (1998). Arney & Bergen (1984) er blant dem som hevder at legene, som en logisk konsekvens av denne nye situasjonen, vil bli tvunget til å tre tilbake til fordel for andre i helsevesenets behandlingsteam. De hevder at da "det syke mennesket" en gang forsvant fra den historiske arena og ble erstattet med "den syke kroppen", kunne legene - som spesialister på kroppens organer - etablere sin dominans innenfor helsevesenet. Når "det syke mennesket" nå er i ferd med å gjenoppstå, så forutsetter dette også en forandring i dominansforholdet. Informantene i denne studien presiserer nettopp sitt fokus på det hele mennesket som et alternativ, og mener de representerer et nytt perspektiv. Mari er healer, hun sier: "*Legene forsinker noe som allikevel kommer. Helsevesenet har ikke noe fremtid som det er nå. Jeg vil ikke inn på legenes premisser. Jeg vil ikke underlegges legene med min healing*".

Undersøkelser som er utført blant leger viser at det er liten sjanse for at Mari skal måtte samarbeide med leger når det gjelder healing. Det er svært få leger som vil vurdere healing som et aktuelt behandlingstilbud (se kap.3). Gunn derimot som er akupunktør, møter en helt annen velvilje hos leger. Denne behandlingsformen tilbys i økende grad i det offentlige helsevesen, også av leger. Men Gunn er redd for at legen skal gjøres til en koordinator for de ulike yrkesgruppene/behandlingsformene. Hun sier: "*Nå skal du bare se, når det nå viser seg at akupunkturen virker, så tar legene det inn i "varmen" og skal bestemme når vi kan bruke det*". Gunn er opptatt av at det de skolemedisinske legene inkluderer som behandlingsmetoder ikke lenger blir oppfattet som alternativt, men som en del av det etablerte. Hun mener at dette vil gå på bekostning av den filosofien kinesisk medisin bygger på, og at akupunktur blir tatt ut av en sammenheng og bare blir en av mange metoder. Hun har tatt en 5 årig utdanning i kinesisk medisin og er redd hun vil miste noe av sin selvstendighet og autoritet som fagperson hvis hun skal ansettes som ren akupunktør underordnet legene i det offentlige helsevesen.

På mange områder innen det medisinske feltet har kampen om herreveldet blitt intensivert i senere år. Informantene i denne studien er med i denne kampen. De styrker sine posisjoner og stiller spørsmålstegn ved legenes monopol. I følge Arney & Bergen (1984) så vil legene være

uvillige til å oppgi den maktposisjon som den kliniske stillingen har gitt dem, både i forhold til sine pasienter og sitt arbeid. De mener at hvis legene blir stilt overfor trusselen om å bli redusert til en av mange behandlere av den syke, vil de utvikle ideologier og visjoner som kan bidra til å forsvare de gamle posisjonene. Denne oppfatningen uttrykkes også av kjønnsforsker Rannveig Dahle som har studert leger og sykepleiere i det norske helsevesen. Hun sier bl.a.:

Den stabile og forutsigbare sosiale orden med mannlig overordning og kvinnelig underordning er satt under press. Da er det duket for flere posisjoner og forskjellige konfliktlinjer i dette landskapet. Og hvorfor skulle leger frivillig gi opp sine tidligere kjønnsmaktposisjoner, som vil begrense deres mulighetshorisont? (2005:129).

I en rapportserie om Helse-Norge (Sørensen 2001) fremheves sykepleiernes selvstendighet og det foreslås at sykepleiere kan ta over enkle medisinske behandlingsmetoder som legene i dag har ansvar for. Hvis sykepleierne overtar en del av legenes kliniske arbeidsoppgaver må de frasi seg en del av de administrative funksjonene. De må også kunne overbevise den generelle opinion og samfunnets rettslige instanser om behovet for en større autonomi. Skillet mellom behandling og pleie vil i større grad måtte viskes ut. Rapporten omtaler ikke alternativ behandling og sykepleiernes muligheter for selvstendighet som alternative behandlere.

Sykepleier og homøopat Kari Skrautevoll tar et selvstendig ansvar for behandling, hun konkurrerer med legene. Samtidig fremhever hun at homøopatien er sykepleie ved sitt fokus på å styrke menneskets evne til selvhelbredelse. Hvilken rolle skal en sykepleier som er homøopat ha i et eventuelt samarbeid med lege? En sykepleier er tradisjonelt legens assistent når det gjelder behandling, slik hun også er ved for eksempel Vidarklinikken der sykepleiere utfører legenes homøopatiske forordninger. Men hvis hun selv blir homøopat kan hun bli oppfattet å gå over en ”grense” fra først og fremst omsorgsarbeider til å bli behandler. Dette blir spesielt tydelig når homøopatiens behandling i stor grad skjer ved å ordinere piller. Å ordinere piller er det bare leger som kan gjøre og det er nært knyttet til det bildet vi har av leger. Andre behandlingsformer har mer likhet med sykepleiens tradisjonelle oppgaver, som for eksempel terapeutisk berøring, fotsone eller rosentherapi. Dette er behandlingsformer som ikke anvender verken medikamenter eller på annen måte invaderer pasienten fysisk. Dermed kan de lettere oppfattes som omsorgshandlinger. Fotsone ligner for eksempel på fotmassasje som sykepleiere utfører som del av et stell. De fleste alternative behandlingsformer ligger i en gråsoner og kan ikke plasseres som enten pleie/omsorg (sykepleier) eller behandling (lege).

#### 7.4. Det mannlige og det kvinnelige eller det maskuline og det feminine.

Magnhild tilbyr ulike former for alternativ behandling og er bl.a. med i stiftelsen ”Holistisk Medisin”. Hun sier: ”*Skolemedisinen er del av den maskuline rasjonalitet, som jeg mener er ødeleggende for samfunnet, og må bekjempes*”. Hun mener at skolemedisinen uttrykker maskuline verdier, mens alternativ behandling i større grad er uttrykk for feminine verdier. Oppfatningen er at feminine verdier har vært undertrykket i vår kultur, og at behandling av syke har lidd under dette. På bakgrunn av dette har kvinner blitt undertrykket som selvstendige behandlere. Alternativ behandling sees som en mulighet for å virkeliggjøre det de oppfatter som feminine tilnærminger til syke mennesker. Karen sier det slik: ”*Kampen mellom skolemedisinen og alternativ medisinen er som kampen mellom det mannlige og det kvinnelige*”. Denne oppfatningen deles av Watson (1999) som sier:

We all recognize that the Western cultural cosmology, while changing, still continues to endorse the hierarchy of men over women and therefore medicine over nursing (masculine archetype over feminine archetype), rather than promote the idea of two co-equal, flowing, intermingling energies needed to make a whole (1999:15).

Målet er en større grad av likeverd og balanse, dette illustrerer Watson ved å bruke symbolene Yin og Yang som hun mener uttrykker en ettertraktet og nødvendig helhet. På bakgrunn av en fortid og delvis nåtid hvor hun mener at det feminine og kvinner har blitt undertrykket, fremhever Watson betydningen av endring fra en hierarkisk oppfatning av forholdet mellom medisin og sykepleie til en oppfatning der medisin og sykepleie er likeverdig og sammenvevd. En slik sykepleie mener hun vil ha stort innslag av alternative behandlingsformer. Hun fremhever betydningen av å gjenoppdage og videreutvikle en form for kunnskap og ferdigheter som hun mener er gått tapt under ”*the modern masculine archetype of traditional science and medicine*”. At noe har gått tapt på veien diskuteres også av den amerikanske professoren i psykologi Jeanne Achterberg. Hun har i sin bok ”*Woman as Healer*” (1991) utforsket kvinnens rolle i de vestlige helbredelsestradisjonene. Med utgangspunkt i bl.a. historie, antropologi, arkeologi og psykologi diskuterer hun kvinnens behandlerrolle i fra de gamle kulturer frem til i dag. Hun følger prosessen fra den tid da kvinner hadde en uavhengig og vel ansett behandlerrolle, gjennom hekseprosessene og til utviklingen av jordmor og sykepleieprofesjonen. For kvinner gikk utviklingen fra behandlingsansvar til ansvar for omsorg og assistent til behandling. Achterberg (1991) viser hvordan en mannsdominert vestlig medisin etter hvert ble den ledende. I tråd med Watson (1999) setter hun den krisen mange i dag opplever i helsevesenet i et kjønnsperspektiv. Hun

fremhever betydningen av at kvinnelige behandlere vurderes og gis vilkår ut fra de til enhver tid rådende verdier i kulturen. Achterberg er inspirert av Ehrenreich og English(1976) som sier at den stilling kvinner i dag har i helsevesenet ikke er ”naturlig”. De analyserer den historiske og kulturelle utviklingen for å finne svar på spørsmålet:

Hvordan er vi nået fra vores tidligere førende stilling til vores nuværende underordnede? (1976:6)

Fortsatt tenker man ”kloke koner” og ”mannlige leger”, sier Torunn Selberg (1990). Det er kvaliteter ved de to typer sykdomsbehandling som gjør at de blir oppfattet som kvinnelig og mannlig, selv om det faktisk ikke er slik at de bare blir utøvet av de respektive kjønn. Folkemedisin, kloke koner, privat allsidig omsorgsarbeid som ikke er profesjonell står på den kvinnelige siden, mens skolemedisinen, de mannlige legene, spesialisert helsearbeid som er profesjonelt står på den andre siden. Legene representerer den offentlige, formelt godkjente medisinen, mens de kloke representerer den private, uformelle behandlingen som ikke er godkjent. Skolemedisinens (det mannliges) monopol på behandling av syke har skjøvet annen sykdomsbehandling ut av samfunnets offentlighet og inn i privatsfæren sier Selberg videre. Feltarbeidet mitt viser at det Selberg i 1990 kaller annen sykdomsbehandling i økende grad har inntatt det offentlige rom og tituleres som alternativ behandling, det utøves av kvinner og brukes av kvinner og det er ikke offentlig godkjent.

Historisk har kvinner vært utestengt fra de institusjonene som fremskaffet medisinsk kunnskap og som forvaltet den. I følge kjønnsforsker Agnes Frølich (1986) ble det fra 1893 til 1920 utdannet ca. 2 kvinnelige leger i året i Norge. Slik utviklet det seg kunnskaper og ferdigheter for behandling av sykdom som ble ukjent og utilgjengelig for kvinner. Dette førte til en avmaktsposisjon hvor kvinner ble avhengige av menns kunnskaper og ferdigheter. Profesjonaliseringen av ”kunsten å helbrede” / behandling av syke var en konsekvens av den økte vitenskapelige kunnskapen. Kunnskapen som utviklet seg ut over på 1800 tallet, ble mer og mer spesialisert og det vokste frem offentlige behandlingsinstitusjoner. Profesjonene ble etablert langs kjønnslinjene. Dette skjedde samtidig med en sterk sekularisering. Med naturvitenskapens fremvekst og moderniseringen ble det religiøse skilt ut som en egen sfære og sektor og dermed også fra behandling av syke. I dag er det igjen en økt søken mot det spirituelle, også knyttet til oppfatning og behandling av sykdom. Kvinnene er i klart flertall. Achterberg (1991) hevder at kvinnene ble fanget i en kløft mellom det ”overnaturliges” tapte terreng og fremveksten av vitenskapen. Hun mener at frem til i dag har kvinnene manglet

energi, verktøy og muligheter til å klare opp av denne kløften og kunne bygge en bro mellom den gamle og den nye verden, mellom natur og vitenskap. Informantene i min studie mener at vi nå er overmodne for behandlingsformer som på ulike måter bygger broer og bruker ny/gammel visdom i behandling av syke, og de mener at de som kvinner og sykepleiere står i en særstilling i forhold til de mulighetene som ligger i en slik endring ([www.sfa.no](http://www.sfa.no)).

Hvis informantene først og fremst ønsket et selvstendig behandleransvar kunne de utdannet seg til leger, dette opplevde jeg ikke som et aktuelt alternativ for informantene i min studie. Det de først og fremst ønsket var å virkeliggjøre alternative behandlingsformer, og dette gjør de antagelig lettere som sykepleiere enn som leger. Hvis kvinner er mer åpne for alternativer vil en kunne anta at den økte kvinneandelen i medisinstudiet og blant leger vil påvirke forholdet til alternativer. Antallet kvinnelige leger har økt jevnt de siste årene, og i dag er over 60 % av studentene i Norge kvinner (Annfelt 1999). Men det kan se ut til at disse kvinnene har tilpasset seg et ”maskulint system” og i liten grad har påvirket innholdet på studiet eller selve legerollen i en feminin retning. I sitt dr.grads arbeid fra 1998 viser Trine Annfelt (1999) hvordan det maskuline har en hegemonisk posisjon i medisinstudiet. Hun sier bla.: ”

Medisin som fagområde og utdanningsfelt er i et historisk perspektiv utviklet og drevet frem av mannlige forskere og praktikere og kan beskrives som et mannlig profesjonaliseringsprosjekt” .... Medisin har utviklet seg til å bli en profesjon med stor evne til å vinne samfunnets tilslutning til sine definisjoner av virkeligheten, - til bestemte forståelsesformer, prioriteringer og vurderinger som gyldige og sanne. og hun referer videre Per Fuggelli på samme side:

I alle rom i det medisinske hus møter vi mannens verdier og væremåter  
(Annfelt 1999:64).

Hun oppsummerer hovedfunnene i avhandlingen med å si at diskurser og praksiser som trekker på maskuline konnotasjoner har prioritet og gis prioritet. Det faglige innholdet som trekker på et naturvitenskapelig grunnlag får høyest prestisje og de spesialitetene som er klart naturvitenskapelige som for eksempel kirurgi har høyest status (Annfelt, 1999:49). Også Dahle (2005) understreker at medisinen er et maskulint felt. Hun sier:

Selv om kvinneandelen øker, er medisinen fortsatt et maskulint definert felt. Som hovedregel gjelder mannlige normer (2005:129).

Historisk har oppfatninger om praktikerne og hva som kjennetegner en seriøs og dyktig lege vært knyttet til at utøverne har vært menn. Det har også utviklet seg en nær sammenheng mellom teknologisk og medisinsk utvikling, dette støtter opp om den maskuline siden ved medisinen. Annfelt skriver:

Til tross for den tette koblingen mellom maskulinitet, kulturell autoritet og medisin, så formidles og forstås det medisinske kunnskapsfelt og handlingsfelt som, objektivt og kjønnsnøytralt. Det handles og behandles, forskes og undervises, uten tanke på om eller at kjønn kan ha noen innflytelse på grunnleggende vurderinger og prioriteringer (1999:65).

I Norge er det de senere årene gjort studier som viser at kvinnelige og mannlige leger prioriterer ulikt (Dahle 1993, Johnsen 1996) og at flere kvinnelige enn mannlige leger opplever yrkesrollen som slitsom og frustrerende. Legene Marianne Killi og Anne Karin Lindahl (1984) utførte en undersøkelse blant kvinnelige leger hvor det viste seg at de mente de hadde positive egenskaper å tilføre medisinen. Følsomhet, omsorg og forståelse er stikkord for de egenskaper kvinnene selv mente de hadde å tilføre medisinen (her fra T. Selberg 1990:243).

Når det gjelder om kvinnelige leger er mer åpne for alternativ behandling enn sine mannlige kollegaer, viser resultat fra undersøkelsen angående legers holdninger, kunnskaper og erfaringer med alternativ medisin at kvinner og menn i påfallende grad var enige når det gjelder spørsmål om alternativ medisin (8se kapittel 1 og 3). Men undersøkelsen viser noen små kjønnsforskjeller. For eksempel på spørsmål om leger bør kunne svare på pasientenes spørsmål om alternative behandlingsmetoder mener 60 % av kvinnene ja, mot 46 % av mennene. Og det viser seg at kvinnelige leger generelt har mer positive holdninger, spesielt til akupunktur. En av konklusjonene i undersøkelsen sier:

Generelt tror kvinner mer på reell effekt av alternativ medisin. Kvinner kunne i større grad tenke seg å selv bli behandlet med de forskjellige metodene: ”De har også oftere latt seg behandle av alternativ behandling (Aasland m.fl. 1997: 2466).

Andre forhold enn kjønn hadde større betydning for oppfatningene om alternativ behandling, som for eksempel om de var utdannet i utlandet, alder, studiested og arbeidssted. En noe nyere undersøkelse om holdninger til alternativ medisin blant sykehusansatte leger, sykepleiere og kontorpersonell i Nord Norge (arbeidssted) viste at kvinner i alle yrkesgrupper, yngre personell og sykepleiere var mest interessert i informasjon og økt kunnskap om alternativ behandling. Studien konkluderte med at alternativ medisin sannsynligvis vil styrke



sin stilling i et fremtidig helsevesen med flere kvinnelige leger og med flere sykepleiere i ledende stillinger (Risberg og Kolstad 2003). (Mer om legers holdninger til alternativ behandling i kap.1 og 3).

### **7.5. Oppsummering og avslutning.**

Et av de viktigste skillene i den offentlige helsetjenesten er skillet mellom behandling og pleie/omsorg. Dette skillet er både kjønnnet og rangert, og det utgjør en maktrelasjon. Pleie og omsorgsarbeidet er kulturelt kodet som kvinnearbeid, arbeidet er ansett som praktisk og konkret og blir ofte nedprioritert i vår kultur. Medisinsk behandlingsarbeid er derimot kodet som mannlig, det anses som hovedsakelig teoretisk og abstrakt og har høy sosial status.

I dette kapittelet har jeg drøftet hvordan informantene utfordrer dette skillet. Alternative sykepleiere skiller ikke mellom pleie/omsorg og behandling, de kan ha en rolle som er en blanding av en lege og en sykepleier hvor sykdommen og det syke mennesket sees under ett. En mindre studie fra Danmark, blant sykepleiere som velger å tilby alternativ behandling, finner det samme. Forfatteren konkluderer bl.a. slik: ”Der er intet skel mellom pleje og behandling- omsorgen er det viktigste” (Rasmussen 2001:59). Omsorgsbegrepet oppfattes som overordnet og inkluderer både pleie og behandling.

For å arbeide alternativt må de fleste av informantene velge seg ut av det offentlige helsevesen. Det private marked er en ny arena for sykepleiere, og her konkurrerer de i noen grad med leger. Slik jeg oppfatter det ser ikke legene pr. idag på alternative behandlere som sterke konkurrenter. Pasientene bruker både leger og alternative behandlere, fordi de har sin styrke på ulike områder. Men forholdet mellom leger og sykepleiere kan påvirkes av at sykepleiere på selvstendig grunnlag gir tilbud om behandling. Forholdet mellom leger og sykepleiere i det offentlige er et forhold i utvikling, utviklingen går i ulike retninger. For eksempel får flere og flere sykepleiere ansvar for avgrensede ”legeoppgaver” under legens myndighet. Samtidig opplever mange sykepleiere at de ikke får tid til den selvstendige sykepleierfunksjonen fordi de må prioritere å være legens assistent. Den underordnede rollen sykepleiere i det offentlige helsevesen har i forhold til leger og medisin er medvirkende til at sykepleiere velger alternativt, men ved å velge alternativt prioriterer de ikke pleie og omsorg.

På ulik måte er kjønn et aktuelt tema innen det alternative behandlingsområdet.

Kjønnsdimensjonen går fra det rent konkrete; mannlige leger og kvinnelige sykepleiere til

”medisin” som er maskulint felt og ”omsorg” som et kvinnelig felt, samt bruken av begrepene feminin og maskulin knyttet til alternativ behandling versus skolemedisin. Begrepene feminin og maskulin er problematisk og kan ikke uten videre knyttes til kvinne og mann.

Oppfatningen i det alternative feltet er allikevel klar; det er pr. i dag en ubalanse i det vestlige behandlingstilbudet som beskrives som en overvekt av maskuline verdier på bekostning av feminine verdier og dette sees også som en makt/avmaktrelasjon. Informantene ønsker å frigjøre seg fra det de kaller en medisin preget av maskulin rasjonalitet. En holistisk tilnærming oppfattes å bygge på feminine verdier og feminin energi. Med utgangspunkt i menneskets evne til selvhelbredelse vil informanter tilby behandlingsformer de kaller holistiske. Disse behandlingsformene appellerer til kvinner, spesielt til sykepleiere.

## **Kapittel 8 Marked og medikalisering.**

### **Er sykepleiere som tilbyr alternativ behandling aktører på et marked som bidrar til økt medikalisering?**

#### **8.1. Innledning og presentasjon av data.**

*”Bruk kinesiologiterapi ved: Ledd og muskelsmerter, ryggproblemer, fordøyelsesplager, hodepine/migrene, menstruasjonsplager, stress, angst, fobi, Tretthet, ordblindhet, innlærings-/konsentrasjonsproblemer osv. Behandlingen går ofte over tid. Plager som oppstod i går, er lettere å fjerne enn dem du har strevd med i 5-6 år. Vil du gjøre noe i dag for å få det bedre? Husk - det er deg det gjelder! ” (Sitat fra brosjyre sendt meg av Lise som er sykepleier og kinesiolog).*

Alternative behandlere/sykepleiere trenger kunder, og kundene ligger ikke i sengene sine og venter på sykepleieren slik som pasientene i det offentlige helsevesen. Informantene i denne studien må selv være aktive for å skaffe seg kunder og de må selv informere om de tilbud de har og hvem de kan hjelpe. Det store flertall av kunder må være friske nok til å komme til dem. Dette kapitlet har fokus på alternative behandlere som aktører i et økende helsemarked. Kapittel 4 som analyserer temaet holisme og informantenes holistiske tilnærming ligger som et bakteppe i dette kapitlet. Jeg har valgt å dele kapitlet i tre hvor den første delen analyserer forholdet mellom behov, tilbud og forbruk i lys av markedstenkning, den andre delen analyserer forholdet mellom sykt og friskt, mens siste del diskuterer teser om medikalisering.

Både skolemedisinsk og alternativmedisinsk kunnskap, teknologi og metoder har lenge vært i rask utvikling i vår del av verden. Dette gir medisinen (inkl. alternativ medisinen) stadig utvidede muligheter og nye tilbud som ikke nødvendigvis har sammenheng med samfunnets behov for helsetjenester. Samtidig er det et tydelig trekk ved utviklingen i dagens helsetjeneste at den i stigende grad befatter seg med ”de friske” og at en stadig større del av befolkningen kan betegnes som pasienter eller ”brukere av helsetjenester” som det nå heter. Det er mange krefter som driver denne utviklingen fremover. Det kommersielle trykket knyttet til helse og sykdom viser seg for eksempel i mer strategisk utvalg av pasienter, hvem tjener vi mest på? De som blir fort friske er de mest lønnsomme. Videre dreier det seg ikke bare om å selge medikamenter/behandling til syke, men også om å selge ”sykdom” som det

deretter lanseres kurer for (Lian 2003, Westin 2002). Et resultat av dette er bl.a. økte forventninger blant folk flest til hva helsetjenesten kan utrette, og det skaper økt etterspørsel etter helsetjenester. Effekten av denne markedsføringen beskriver sosiologen Olaug Lian slik:

Lykkes de, møter vi opp på legekantorene med sykdomsangst og reseptønsker. Der forventer vi at legen helbreder oss, preget som vi er av modernitetens tidsånd- troen på fremskrittet(2000 s.111).

Men det er ikke bare på legekantorene vi møter opp, vi møter også opp på alternativbehandlingens kontorer, i helsekostbutikkene, vi tar kurs og vi kjøper en mengde bøker og remedier for å få hjelp til helseplager, øke det generelle velvære og realisere potensialer.

## **8.2. Behov, tilbud og forbruk i lys av markedstenkning.**

De aller fleste sykepleiere som tilbyr alternativ behandling må gjøre dette som privat næringsdrivende, dvs. at de er aktører på et marked. Marked er et av flere mulige fordelingssystem, stat er et annet. Marked er skapt for å frembringe økonomisk overskudd, til forskjell fra stat som er skapt for å frembringe rettferdighet (Lian 2003). Grensen mellom stat og marked er blitt mer uklar de senere årene, men alternative behandlere som tilbyr sine tjenester som selvstendig næringsdrivende er aktører på et rent marked.

Et marked består av bytter mellom individuelle kjøpere og selgere som tar uavhengige og frivillige beslutninger basert på egeninteresse. Gjennom disse transaksjonene blir verdier produsert og fordelt... Fordelingen av godene skjer på grunnlag av kjøperens betalingssevne og betalingsvilje (Lian 2003:49).

Offentlig sektor, som informantene i denne studien har vært ansatt i som sykepleiere, bygger på helt andre verdier enn de som ivaretas av markedet. Velferdspolitikken som styrer offentlig sektor er basert på det grunnsyn at velferd er et sosialt og ikke bare et individuelt ansvar. Velferdspolitik er omfordelingspolitikk, det vil si politikk som tar sikte på en mer rettferdig fordeling av goder og byrder enn det markedet ville gitt, slik at resultatet blir større likhet.

Et grunnleggende prinsipp i vårt offentlige helsevesen er at helsetjenestene skal fordeles med utgangspunkt i pasientenes behov. Tjenestene skal være et tilbud til den som trenger det mest og skiller seg fra de private alternative tilbud der betalingssevne og betalingsvilje er avgjørende. Men hva er behov og hvordan kan behov brukes som fordelingsprinsipp? Svar på

disse spørsmål strides det om, og det strides også om hvem som skal ha makt til å avgjøre dette (Lian 2000).

I sykepleie er fokus på menneskenes grunnleggende behov et hovedanliggende. Oppfatningen om hva som er grunnleggende behov og hvor mange behov vi har, varierer. Sykepleiens fokus på behov bygger først og fremst på en naturvitenskapelig, hierarkisk forståelse. De grunnleggende behov oppfattes å være allmennmenneskelige og generelle hvor de fysiske behovene prioriteres, etterfulgt av psykiske, sosiale og åndelige behov (Kristoffersen 1996). I sosiologi, som er et støttefag i sykepleieutdanningen, har oppfatningene av behov et annet perspektiv. Lian beskriver en sosiologisk forståelse av behov ved hjelp av denne definisjonen: "Need is viewed as a socially constructed reality" (2000:112) Hun sier videre at i et sosiologisk perspektiv blir behov betraktet som sosiokulturelt skapt (med unntak av biologiske behov knyttet til ren overlevelse). Behov er det vi velger å definere som behov, slik det uttrykkes gjennom alminnelige felles oppfatninger. Denne behovsforståelsen avspeiler sosiologiens oppfatning om at alt som er, til syvende og sist er noe samfunnsmessig eller sosialt (Lian 2000). Videre sier hun at behov har en tosidig karakter, det vil si at behov både har en subjektiv og en objektiv komponent: Behov er skapt av objektive betingelser, men er likevel noe subjektet aktivt tilegner seg. Videre skiller Lian (2000) mellom behov og ønsker, og hun peker på at vi godt kan ha behov for noe vi ikke ønsker, og at vi kan godt ønske oss noe vi ikke har behov for.

Informantene i min studie vil som alternative behandlere være avhengige av at vi ønsker oss deres tjenester, og en virksom måte å gjøre det på er å peke på behov. I den grad alternative behandlere blir oppfattet som autoriteter kan de ha myndighet til å tilskrive behov. For eksempel at vi har behov for tarmskylling med jevne mellomrom (se under). Verken ønsker eller behov er verdinøytrale, de har alltid referanse til verdiprioriteringer. Lian (2000:111) sier at både ønsker og behov kan komme til uttrykk som etterspørsel etter en vare eller tjeneste. All etterspørsel er uttrykk for et subjektivt ønske, men ikke nødvendigvis et legitimt behov. Ved å påvirke vårt syn på hva som bør behandles og hva vi kan oppnå av helsegevinster genererer det alternative markedet en etterspørsel.

Menneskelige behov utvikles uavhengig av kroppens krav og disse krav vokser i perioder med økonomisk vekst. Det er samspillet og den gjensidige påvirkningen mellom individ og samfunn som skaper en behovsspiral som i dag spinner rundt og rundt i et stadig større tempo,

sier Lian (2000:111) og viser til at det alltid er individer som fortolker mulighetene, og at det er individer som aktivt tilegner seg behov ut fra de muligheter de tilbys av omgivelsene. Det å være aktiv og ta valg knyttet til egen helse krever mye av den enkelte. Samfunnsmedisineren Steinar Westin (2001:22) sier at når man overlater helsetjenesten til markedskreftene så forutsetter det for det første at man vet hva man trenger, for det andre at man har oversikt over tilbudene, for det tredje at nytten av tilbudene lar seg sammenligne og for det fjerde at man har reelle valgmuligheter og styrke til å velge. Har man ikke alt dette så er man et mer eller mindre lett bytte for de som markedsfører seg best.

Et eksempel fra mitt materiale er en brosjyre for ”Colon terapi”. Her fremheves helseeffektene av tarmrensing. Sykepleieren som gir tilbudet skriver i brosjyren: *Hvem trenger CHT? ”Svært mange mennesker lider av forstyrret dysbiose; forstyrrelser i det naturlige livsfellesskapet mellom bakterier og mennesker. Vanlige symptomer er forstoppelse, diaré eller luft i magen. Blant annet p.g.a. steriliserte og denaturerte matvarer, forurensinger og medikamentbruk kan den normale likevekten mellom tarmbakterier og kroppen bli forstyrret. Følgen blir svekket motstandsevne i kroppens immunforsvar. Mange får et forstyrret stoffskifte p.g.a. overvekt av sykdomsfremkallende tarmbakterier. Livsviktig surstoff i tilstrekkelig mengde når da ikke ut til alle deler av kroppen og gifter og avfallsstoffer blir derved ikke hurtig nok nedbrutt og utskilt”*. Brosjyren beskriver hva Colon terapi er og fremhever at det er en sammenheng mellom forstyrret stoffskifte i tarmen og fremvekst av kreftceller. Colon Terapi markedsføres ikke bare for dem som allerede har plager fra fordøyelsen, men også som et tilbud for oss alle som spiser steriliserte og denaturerte matvarer (som gjelder mye av den maten folk flest spiser) og vi som er utsatt for forurensing (som også gjelder oss alle). Å ”skremme” med at forstyrret stoffskifte kan føre til kreft, anses som virksomt i en befolkning hvor kreft er den sykdommen som tar flest liv, og som svært mange frykter.

Når begrensede ressurser skal fordeles i den offentlig finansierte helsetjenesten er utfordringen å skille mellom det som anses som legitime behov og det som ikke anses å være det. Det er en evig debatt knyttet til prioriteringer av offentlige helsekroner. I det offentlige er det et økende gap mellom tilbud på, og etterspørsel etter, helsetjenester. Det er i dag en svekket oppslutning om velferdsstaten, og en økt tro på markedet som fordelingsystem, sier Lian (2003). Hun fortsetter med å understreke at markedsreformene kan føre til at helsetjenester endres fra å være et velferdsgode til å få en vareaktig karakter. Det vil si at den

får karakter av å være en hvilken som helst vare som produseres for kjøp og salg i et marked. Parallelt med dette er det slik at betegnelsen pasient er erstattet med betegnelsen bruker eller kunde. Slik jeg ser det vil denne utviklingen bidra til at grensen mot det alternative blir enda mer uklar enn den er i dag. Brukere med helseplager kan selv velge den behandlingsformen/varen de vil, begrensningene ligger i økonomien. Spørsmålet er hvilke behov og hvilke behandlingsformer som skal defineres inn under det offentliges ansvarsområde. Det er ulike oppfatninger om dette, og ulike pressgrupper er aktive. Et flertall av informantene i min studie mener at pasientene i større grad skal kunne velge behandlingsformer selv. SFA (Sykepleiere for Alternativ Behandling) foreslår for eksempel at det opprettes såkalte grønne paviljonger på sykehusene hvor ulike alternative behandlere kan gi sine tilbud og pasientene kan velge. Dilemmaet knyttet til dem som ikke har evne eller mulighet for å velge, berøres i liten grad.

### Markedsføring og forbruk.

Det er mange ulike prosesser i samfunnet som påvirker våre opplevelser av å ha behov for noe. Folkloristen Bente Alver har studert sider ved det alternative behandlingsområdet ut fra et kulturvitenskapelig perspektiv. I boka "Helsebilder" analyserer hun annonsen som medspiller i billeddannelser av helse og livskvalitet. Annonser presenterer tilbud med den hensikt å skape behov. Hun sier bl.a. dette om medias betydning:

Medieverdenen eksploderer af billeder og tekster, som kæmper om vor oppmerksomhed og er med til at forme vore billeddannelser og vor oppfattelse af, hvad det er at være sund, at være vellykket, at være kreativ, at være lykkelig- at være med. Således bliver mediernes vigtige aktører i de processer, hvor identiteter skabes, styrkes og forandres, og stærke drivere for vore handlinger og valg (2003 s. 145).

Hun peker på hvordan det senmoderne menneskets søken etter helse foregår i et konsumsamfunn. Viktig er også at varene som tilbys har en symbolfunksjon som kommuniserer personlighet, livsstil og smak, og at det alternative marked åpner for ettertraktede verdier som kreativitet, opplevelse, åpenhet og nærhet. Alver hevder også at dersom ikke den legevitenskapelige definisjon av helse stemmer overens med de mainstream – forestillinger som finnes i samfunnet for øvrig, så vil potensielle klienter lete etter nye kart for å kunne bevege seg i terrenget. Hun mener at de alternative annonsene har et vidt nedslagsfelt og er aktive medspillere i billeddannelser om helse. Hun sier:

De markedsfører naturen og det naturlige, det levende og opplevende, som en del av en livsstil og glider ind som naturlige aktører i identitetsforvaltningen, i realiseringen av det senmoderne ideal- ”at blive sig selv og sig selv som skabende menneske (2003:168).

Gjennom en analyse av annonser har Alver avdekket hva som er fokus for det helsesøkende senmoderne menneske. Det hun avdekker er i tråd med hva informanter i min studie fremhever som sentralt i forståelsen av helse; å ta hensyn til seg selv, bli kjent med seg selv og realisere egne potensialer (se kap.5). Dette kan illustreres ved teksten i en brosjyre gitt ut av sykepleier og uttrykksterapeut Eva Stenersen. Hun tilbyr kurs for å fremme helse og livskvalitet gjennom skapende aktiviteter og drømmetyding. Det står bl.a.: ”*Jeg håper å kunne gi inspirasjon til et mer kreativt og skapende hverdagsliv. Gjennom øvelser, samtaler og undervisning vil jeg forsøke å gi deg en opplevelse av hvordan vi som vanlige, normalt begavede mennesker kan puste liv i oss selv ved skapende aktiviteter... Kanskje vil dette få deg til å stille noen spørsmål ved deg selv og det livet du lever. Møtes dette med akseptasjon og utforskertrang, vil det kunne lede deg inn på en spennende reise i ditt indre landskap.* Hun avslutter med et dikt av Hans Børli: ”*Ett er nødvendig- her i denne vår vanskelige verden av husville og heimløse: Å TA BOLIG I SEG SELV. Gå inn i møtet og puss sotet av lampen, slik at mennesker på veiene kan skimte lys i dine bebodde øyne.*”

Helsemarkedet skaper forventninger om lykke, tilfredshet og en velfungerende kropp. Dette igjen kan være drivkraften bak forbruk. Vi lever i en forbrukskultur, hvor forbruk i tillegg til det økonomiske aspektet har symbolske og kulturelle perspektiv. For penger kan vi for eksempel kjøpe en helbredende krystall, en tarmskylling, et kurs i Tai Chi osv. Det vi kjøper sier noe om oss, for eksempel at en er opptatt av helse og sunnhet, at en er interessert i Østens filosofi osv. Forbruket har funksjoner, vi håper det kan bidra til helse, lykke, selvutvikling, selvtillit, fellesskap osv. Gjennom forbruk viser vi omverdenen hva slags individ vi er, hvilken smak og hvilke verdier vi står for, og ikke minst hvor god råd vi har ved å konsumere på en spesiell måte sier sosialantropologen Hylland Eriksen (2004). Videre sier han:

Det virker rimelig å si at identitetsskapende fenomener som familie, musikk og religion er mindre flyktige enn forbruk. Jeg er ikke så sikker på det. Konstant påfyll og bekreftelse er ikke mindre nødvendig i et religiøst fellesskap enn for mennesker som forteller omverdenen hvem de er ved å kjøpe varer og tjenester ut fra en bestemt smak (2004:99).



Religion og forbruk har tradisjonelt vært oppfattet som helt ulike identitetsskapende fenomen. I det nyreligiøse/alternative feltet derimot er religion og forbruk smeltet sammen som identitetsskapende fenomen. Å knytte religiøse aspekt til konsum er tema for en avhandling i religionsvitenskap skrevet av Elisabeth K. Godø (2001). Også hun ser selvrealisering og identitet som sentralt i konsum. Hun trekker frem symboler, ritualer, hellighet og håp som sentrale aspekt ved religion. De to siste mener hun kan knyttes til konsum. Hun sier at i det postmoderne hellighetsbegrep, står fortrylling av selvet sentralt, spesielt slik det fremstilles innen New Age. Godø skriver bl.a.:

Måten fortrylling beskrives på har likhetstrekk med reklamens bilder som ofte gir assosiasjoner til magi og spenning. Språk og andre uttrykksmåter i reklame gir assosiasjoner til magi og varene fremstilles som magiske. Konsum er dessuten knyttet til hverdagen og det sanselige(2001:69).

Et spørsmål hun stiller seg, er om konsum kan fungere i sakralisering av selvet, og for å gi håp om helse, velvære, lykke osv? Religiøs tenkning karakteriseres av håp om at nåtidssituasjonens mangler kan rettes opp og at en vil oppleve lykksalighet, dvs. at religiøst håp er forvandlende. Godø sier dette om denne forvandlingen:

Ofte kommer det til uttrykk i bilder som: bevegelse fra død til liv, fra feilaktig til sann kunnskap, fra sykdom til helse og fra fortvilelse til høyeste tilfredsstillelse (2001:70).

Forbindelsen mellom håp og konsumkultur viser seg for eksempel ved at varer bidrar til å opprettholde håp om et bedre liv. Bilder av og ord om ideelle forhold fremstilles i reklame. Det kan være livsglede, lykke, harmoni og suksess. Både legemiddelindustrien og det alternative området utnytter dette i markedsføringen av sine tilbud. De økonomiske og menneskelige konsekvensene dette kan få for mennesker som i utgangspunktet er alvorlig syke er lite undersøkt, men det viser seg at svake grupper er utsatt for å bli utnyttet (NOU 1998:21).

### **8.3. Syk eller frisk, hvem har behov for helsetjenester?**

Grensen mellom sykt og friskt er ikke klar. Man kan ha objektive tegn på en sykdom samtidig som man opplever helse, og man kan føle seg syk selv om det ikke foreligger objektive tegn tilsvarende en medisinsk diagnose. Selv om man er frisk er det viktig å unngå å bli syk, derfor fokuseres det på at vi må være føre var, leve sunt, lytte til helseråd og gå til jevnlig

helsekontroller. Forebyggende og helsefremmende arbeid har stort nedslagsfelt. Grensen mellom det som helsevesenet forventes å ta seg av og det som vi selv bør kunne ta hånd om er også uklare. Det viser seg også at økt tilgang på helsepersonell fører til økt bruk av helsepersonell (Svensson 1998). Videre er det ulike oppfatninger om hva som er hverdaglige plager og hva som er plager vi bør søke profesjonell hjelp for. Tretthet, søvnproblemer, muskelsmerter, menstruasjonsplager, fordøyelsesplager og ikke minst stress kan være eksempler på plager som de fleste av oss i større eller mindre grad strir med og som noen søker behandling for, mens andre ikke. Selv om man ikke søker behandling for plager, blir man allikevel tilbudt ulike former for behandling. Noen av behandlingstilbudene kan sågar være rettet mot plager som vi ikke vet at vi har. I Påtrykk (nr.2, 2003) presenterer en sykepleier og akupunktør ”Prognos” som er et apparat for diagnostisering. Under en illustrasjon av grafene (målingene) til en tidligere pasient skriver sykepleieren: *”Pasienten kom trett og sliten. Ubalanse i kroppen uten at hun merket det selv” ... ” Mange mennesker sliter i dag med energimangel, tretthet og uforklarlige sykdommer. Hva kan årsakene være?*

*\*Høyt arbeidstempo*

*\*økte krav til effektivitet*

*\*organisasjonsendringer*

*\*dobbelarbeidende kvinner*

*\*mange ulike roller i hverdagen*

*\*nedsatt energi*

*\*Lettere nedstemthet*

*\*Følelse av utbrenthet*

*\*Søvnproblemer*

*\*Smarter i kroppen*

*Som sykepleier og akupunktør møter jeg i min praksis alle disse problemstillingene”.*

Så beskriver hun sitt tilbud som er ”Prognosdiagnostikk”.

*”Hva kan Prognos brukes til?*

*\*Teste kroppens energi evt. mangel på energi*

*\*teste intoleranse for matvarer*

*\*Teste intoleranse for medisiner/kosttilskudd*

*\*Teste amalgam intoleranse*

*\*Teste andre tannfyllings materiale*

*\*Etc Etc*

*Som akupunktør anvender jeg systemet for å bekrefte behandlingsresultatene og til å samtale med pasientene. ”*

Denne alternative sykepleieren har anskaffet seg et dyrt apparat og vil markedsføre bruken av dette ved å bl.a. vise til alle de plagene kundene kan få hjelp for. De fleste store, små eller usynlige plager kan oppdages og hun kan deretter tilby bl.a. akupunktur.

Uten at han har et spesielt fokus på det alternative feltet, omtaler Westin en tilnærming som han kaller ”disease mongering”, dvs. at aktørene oppfattes som ”sykdomskremmere”. Han sier bl.a. at der noen før kunne klage over at folk flest har for lett for å gripe en pille for alt som er ille, har vår tids sykdomskremmere ført utviklingen et hakk videre, slik at det nå gjelder å finne en ille for alt som er pille (Westin 2000). Han viser hvordan vanlige tilstander som for eksempel menstruasjonsplager gjøres til medisinske problem, milde symptom som for eksempel fordøyelsesplager gjøres til troverdig sykdom, personlige og sosiale problem gjøres medisinske. Videre er det en tendens til at økt risiko for fremtidig sykdom begrepsfestes som selve sykdommen, sier han, før han peker på hvordan man gir oppblåste anslag over hvor utbredt et helseproblem er. At noe anses som utbredt, brukes i reklame, slik som for eksempel i brosjyren angående Colon-Hydro-Terapi (se over), det det står: *”Hvem trenger CHT? ”Svært mange mennesker lider av forstyrret dysbiose; forstyrrelser i det naturlige livsfelleskapet mellom bakterier og mennesker”*.

På ulik måte beskriver alternative behandlere sykdom vidt og de bruker andre begrep på sykdom enn det skolemedisinen gjør. Ofte kan sykdommer beskrives med begreper som ubalanse eller blokkeringer av energi. Alternative behandlere presenterer nye sykdommer som for eksempel elallergi (allergi mot elektrisitet) eller candida (gjærsoppinfeksjon) og på denne måten vil flere og flere få diagnoser som er behandlingstrengende. Oppfatninger og beskrivelser av symptom og sykdom henger sammen med det alternative feltets mangfoldige menneskesyn og kroppsoppfatninger. Sofie som er aromaterapeut m.m. sier dette om sykdom: *“Jeg tror all sykdom egentlig er psykisk, det handler om følelser og ting som har påvirket oss og på en måte satt seg fast. Jeg tror vi trenger å gå dypt inn i oss selv for å kunne finne årsakene til sykdom. De fysiske symptomene er liksom det siste forsøk fra kroppen til å fortelle oss at noe er galt. Men det er jo bare symptomer, årsakene ligger et annet sted inni oss. Vi blir syke av å gå for lenge med ting. Det kan komme helt fra barndommen, helt fra fødselen. Ting som virker inn på muskler og vev og som vi er flinke til å fortrenge.*

*Traumatiske opplevelser som vi nesten ikke er bevisst. Vi blir også syke av stress som vi har mye av i dagens samfunn og av manglende kontakt med naturen.”*

Denne oppfatningen understreker at den fysiske kroppen gjenspeiler psykiske påvirkninger og at sykdom er et tegn på at noe må forandres. Fortrenginger, stress og manglende kontakt med naturen fremheves som sykdomsskapende. Disse forholdene er svært vanlige blant folk flest.

Karin som bl.a. er healer, mener at vi velger å gjenfødres og at vi også selv velger sykdom. Hun sier bl.a.: *”Sykdom er en mulighet du selv har valgt på et dypere plan, det er en måte å lære noe på. Noen klarer det, andre klarer det ikke. Sykepleieren skal gi pasienten mulighet for en slik utvikling”*. På denne måten er ikke sykdom bare noe negativt, det er også en ”positiv” mulighet, og det er en mulighet pasienten trenger hjelp til å se, dvs. de trenger en terapeut/behandler/sykepleier. Oppfatningen er at man ved å gå igjennom sykdom kan utvikle seg personlig og åndelig.

Når religionshistorikeren Siv Ellen Kraft (2000) beskriver hvordan sykdom og kroppsbilder er i endring i New Age, trekker hun frem dette som kjennetegn på sykdomsforståelsen: ”sykdom som tegn og veiviser” og ”sykdom som kroppslige oppdagelsesreiser”. Hun sier bl.a.:

Sykdommene sier noe om selvets dagsaktuelle tilstand, hva man bør jobbe med for å komme videre i sin utvikling. ... Der Narcissus faller i staver over sitt speilbilde, vender New Agerene seg innover for her - via fortidens ubegrensede potensiale - å finne årsakene til sine problemer, grunnlaget for sin identitet, og veivisere for utviklingsprosjektet (Kraft 2000:45/46).

Sett på denne måten er ubehagelige fysiske symptomer også positive psykiske muligheter. Behandlingen blir ikke nødvendigvis rettet mot å fjerne ubehagelige fysiske symptomer, men å ta tak i bakenforliggende psykiske traumer (Selvet og selvrealisering tas opp i kap.5 ). Symptomer blir knyttet til en oppdagelsesreise i eget liv, og slike prosesser tar tid. Man vil trenge terapeuter til prosessen, og ulike behandlingsformer tilbys, som for eksempel healing, rosenterapi, uttrykksterapi osv.

I tillegg til oppfatningene om betydningen av det psykiske, vektlegger alternative behandlere mennesket som guddommelig vesen. Også dette har betydning for hva som defineres som sykt eller friskt. Mari er healer, hun mener at sykdom er blokkeringer i energiflyten som kommer av psykiske og fysiske traumer, av alt man har opplevd i livet. Men hun sier også:

*Mennesket er guddommelig, alt materielt er uttrykk for noe åndelig, også våre organer.*

Hennes bakgrunn som sykepleier gjorde at hun ville fremheve at hun hadde en annen oppfatning om sykdom nå enn hun hadde som offentlig godkjent sykepleier. Hun sier ”*Sykdom er ikke en maskinfeil i systemet, men en påvirkning på helheten*”. Uttalelsen om sykdom som påvirkning på helheten og oppfatningen om mennesket som guddommelig kan knyttes til forestillinger om kroppen som hellig. Slike forestillinger er sentrale i New Age. Kraft (2000) sier bl.a. dette om kroppsforståelsen og sykdomsforståelsen i New Age:

New Age kroppen er ikke en bolig for det hellige, det helliges kampplass, eller en maskin man forholder seg til. Kroppen er i seg selv hellig. Den inngår i kosmiske kretsløp, som representerer dens kilde for eksistens og utvikling. Når man i New Age kretser snakker om sykdom er det som regel i kontekst av disse kosmiske kretsløpene. Sykdom er et resultat av blokkeringer og ubalanse, som på sin side er et resultat av unaturlig livsførsel (Kraft 2000:82).

Sofie (over) nevnte også at man blir syk av manglende kontakt med naturen, dvs. at man har en unaturlig livsførsel som er sykdomsfremkallende. Mennesket har en forpliktelse til å verne om det naturlige. Kraft (2000) hevder at en slik oppfatning kan knyttes til oppfatninger om ondskap. Ondskap vil da være knyttet til alt som er falskt og uekte i skaperverket, det som bryter med balanse, helhet og energiflyt (for eksempel forurensing, menneskelige relasjoner, plager man er tilført i tidligere liv). På denne måten henger ondskap og sykdom sammen. Når sykdom forstås som et fysisk tegn på underliggende problemer vil måten man tar fatt i disse problemene på være avgjørende for hvor frisk man kan bli. Selvrealisering (se kap.5) beror på vår evne til å lese disse signalene, forstå de signalene kroppen sender. Alternative behandlere tilbyr ulike metoder for å hjelpe mennesker til dette. Kraft (200) sier at innen New Age er oppfatningen at sykdom bør bearbeides i retning integrasjon. Frelse og god helse blir dermed sammenfallende kategorier når sykdom er knyttet til mangler og unatur, helse til det hellige, det naturlige og det sunne. Karin sier det slik: ”*Helse er ikke avhengig av at en er frisk, til og med døende kan oppleve helse. Helse handler mer om fred og avklarenhet i forhold til egen prosess, det å ha perspektiv på egen situasjon. Det er å være et helt menneske.*” Helse og religiøsitet går over i hverandre, ordet hel erstatter ordet frisk. En slik oppfatning utvider helsepersonells virkefelt og er med å skaper det alternative feltet.

Uten å nevne New Age eller alternativ behandling, beskriver sosiologen Roland Svensson(1998) forholdet mellom medisin og religiøsitet. Han sier at når tankene og handlingene i økende grad styres av den medisinske grunndimensjonen syk - frisk oppfattes

dette som en variant av medikaliseringsteorier som legger vekt på religiøse/kulturelle aspekt. Han henviser bl.a. til Philipson & Uddenberg som peker på sammenhengene mellom medisin og religion. Han skriver:

Vår vurdering av hva som er viktig og uviktig her i livet, hva som er verdt å etterstrebe eller hva som bør unngås, hva som er godt eller ondt, preges i høy grad av medisinske normer og helseaspekter (Svensson 1998:44).

Denne utviklingen beskrives som om medisinen har overtatt religionenes tidligere funksjon i samfunnet. For mange har eksistensielle spørsmål om meningen med livet og det gode liv blitt synonymt med spørsmålet om hvordan man lever et sunt, helsebringende liv. Medisinen har på denne måten også blitt en institusjon for sosial kontroll. Religion inkorporert i medisin kan oppfattes som sannhetens nye tempel, det sted hvor absolutte og ofte definitive dommer felles i helsens navn, av såkalte moralske og objektive eksperter. Begrepet synd har blitt erstattet med sykdom. Sett i et slikt perspektiv er det helsepersonell som formidler leveregler og som setter kriterier for det gode liv, ikke prestene og kirken skriver Svensson (1998). I det alternative feltet er dette mer sammenblandet enn i det offentlige helsevesen, da religiøse aspekt og det hele mennesket (kropp, sjel og ånd) ofte er i fokus for alternative behandlere.

#### **8.4 Medikalisering**

Begrepet medikalisering blir brukt for å beskrive en prosess hvor medisinen har fått en stadig større rolle i samfunnet. Det er ikke bare helsevesenet som har ekspandert og overtatt mye av det arbeidet som tidligere ble utført i hjemmet av familie og foresatte. En stadig større del av tenkningen i samfunnet preges av den vitenskapelige medisinen og dens synsmåter. Lian (2003) henviser til Illich som sa at drivkreftene bak medikaliseringen først og fremst er et biprodukt av et industrisamfunn som vektlegger produksjon, produkter og har tro på fremskritt (se også kap.1).

Det industrialiserte samfunn pasifiserer menneskene og gjør dem mer fortrolige med å motta enn å yte: Vi vil undervises og behandles fremfor å lære å finne løsninger på egen hånd. Dermed blir vi mottagelige for medikaliseringen (Lian 2003:47).

Medikaliseringen sees i sammenheng med en generell økning i prestisjen til den vitenskapelige, rasjonelle og sekulariserte tolkning av verden, sier Lian (2003). Illich (1996) definerer medikaliseringen av livet som en omfattende og sammensatt prosess som fører til at vi i økende grad bruker medisinsk ekspertise og terminologi, slik at stadig flere siter ved

folks liv defineres som relevante for medisinsk intervensjon. Medisinens anvendbarhet synes å være grenseløs og medikaliseringen angår alle aspekter ved menneskenes liv fra fødsel til grav (Lian 2003). Når helse og sykdomsbegrepet defineres vidt (se over) vil stadig flere aspekter ved menneskers liv legges inn under helsetjenestens ansvarsområde. Det er altså "big business" i å få friske til å føle seg syke og de litt syke til å føle seg enda sykere. At dette i stor grad har lykket, beskrives av Kraft på denne måten:

Det er ved årtusenskiftet typisk norsk å være syk. Vi er, i følge ekspertuttalelser og medieoppslag, en nasjon av friske hypokondere med sykdomsangst (2000:41).

Videre har Kraft (2000) den oppfatning at det er New Age ideologiene som står for de mest omfangsrrike sykdomslistene. Hun trekker frem det faktum at det er kvinner som er overrepresentert i alle kategoriene. Ut fra et feministisk perspektiv, ser hun på dette som problematisk. Hun sier:

Feministisk orienterte forskere liker ikke tendensen til at alle slags kvinneplager gjøres til sykdommer. De liker ikke tendensen til å se kvinnekroppen som syk og unormal, og ser dette som en ny versjon av Simon de Beavoires definisjon av kvinnen som den andre (2000:82).

Når kvinnekroppen patologiseres kan kvinnen bli oppfattet som et offer. Kraft diskuterer hvordan det å oppfatte seg som og bli betraktet som et offer, på ulik måte kan brukes til å skaffe seg fordeler, opprettholde en identitet og frata kvinnen ansvar for eget liv. Kvinnen vil da ha et kontinuerlig behov for hjelp, og helsearbeideres ansvarsområde utvides. Kraft sier videre:

Den norske spinnesiden bruker 80 % av lykkepillene, og 70 % av legemidlene mot psykiske lidelser og smerter. De går oftere til lege, er overrepresentert blant pasienter med "subjektive symptomer uten objektive funn" og dominerer markedet for medisinsk sett omdiskuterte lidelser (2000:43).

Når så mange kvinner oppfatter seg som syke vil man kunne anta at de har mindre handlekraft og i mindre grad tar ansvar og posisjoner i samfunnet. Dette bekymrer Kraft. Å være syk og å ha behov for hjelp kan føre til en slags lært hjelpeløshet. Både moderne medisin og alternativ behandling kan sies å frata mennesker noe av deres evne og vilje til å ta utfordringer, ta vare på seg selv, til å hankses med sine menneskelige svakheter og bli friske på egen hånd.

Det er et paradoks når alternative behandlere som ofte reklamerer nettopp med hjelp til selvhjelp og peker på at pasientene må ta ansvar for egen helse samtidig gir tilbud om behandling. For at man skal kunne ta ansvar for egen helse trenger man en veileder, terapeut eller behandler. Lise som er kinesiolog påpeker at man må selv gjøre noe. *Min helse er ingen gave fra andre. Jeg må selv gjøre noe*” står det i brosjyren hennes hvor hun presenterer sine tilbud. Det kan se ut til at det man selv må gjøre er å komme til henne som behandler. Dessuten er flere av ”sykdommene” hun nevner ting som antagelig har vært et problem for den potensielle kunden/pasienten lenge (menstruasjonsplager, stress, fordøyelsesplager, ledd og muskelsmerter, angst, tretthet, ordblindhet m.m.). Hun lover da heller ikke at behandlingen skal gå fort. Hun skriver i brosjyren sin: *”Behandlingen går ofte over tid. Plager som oppstod i går, er lettere å fjerne enn dem du har strevd med i 5-6 år. Vil du gjøre noe i dag for å få det bedre? Husk det er deg det gjelder!”* på denne måten vil Lise kunne ha pasienter over lang tid til behandling.

På den ene siden kan det bli slik at jo mer oppmerksom man blir på symptomer og på de mulighetene som finnes for å lindre symptomer, vil man være på jakt etter nye tilbud. På den annen side kan det være slik at kontakt med behandlere kan føre til kunnskap og ferdigheter som kan bidra til at en blir mindre avhengige av profesjonelle. Kirsti Kvivik er sykepleier og mester i Quigong, hun skriver i en informasjonsbrosjyre om Quigong: *”Vil du lære et redskap du kan ha med deg resten av livet som gjør deg bedre i stand til å ta vare på din egen helse?”* For å lære dette må man selvsagt gå på kurs som koster en del penger, men det blir da opp til den enkelte om hun/han vil bruke det hun/han har lært på egen hånd. I samtaler med sykepleiere som har lært seg alternative behandlingsformer, sier flere at de ofte behandler seg selv og at de i minkende grad har behov for helsetjenester. Karin er en av dem som sier at hun er blitt flinkere til å ta ansvar for egen helse etter at hun beveget seg inn i det alternative feltet. Når jeg spør henne hva hun gjør for å holde seg frisk sier hun: *”Jeg har endret kostholdet, mediterer jevnlig, går turer i naturen og bruker Tai Chi”*. Alle disse metodene er sykdomsforebyggende. Hun sier at det nå er svært sjelden at hun går til lege.

Samtidig som man kan si at medisinen ekspanderer hevdes det at de private nettverk krymper og at dette også har betydning for medikaliseringstendensene (Svensson 1998). Denne oppfatningen tar utgangspunkt i at medikalisering er knyttet til det offentlige byråkratiske helsesystem, mens det alternative behandlingsområdet forstås som en forlengelse av de uformelle nettverkene eller av hverdagskulturen. Hverdagskulturen har stor innvirkning på



menneskets syn på sykdom og en stor del av vurderinger og beslutninger knyttet til sykdom utspiller seg i de uformelle nettverkene. Når en person oppsøker helsetjenester er dette en situasjon som vanligvis forutgår av en konsultasjonsperiode hvor lekmenn har gitt råd og kommet med synspunkt på problemer, noen ved for eksempel å fortelle om egne erfaringer i møte med behandlere. Noen alternative behandlere er uformelle (tar imot pasientene i eget hjem uten faste gebyrer, har ingen formell utdanning osv) og kan lettere oppfattes å tilhøre et utvidet privat nettverk. Som for eksempel informantene Mari og Susanne som sier at de ikke driver egen praksis men at de kun tilbyr sine tjenester (healing og soneterapi) til venner, familie og kollegaer, mer eller mindre mot betaling.

Medikaliseringstresene er kompliserte og møter også kritikk. De kan for eksempel gi et inntrykk av at folk føler seg sterkt underlegne de medisinske autoritetene. Imidlertid ser vi også at folk i økende grad stiller krav og søker aktuell kunnskap om sin situasjon, noe som tyder på at folk stiller seg tvilende til medisinske eksperters uttalelser. Synet på eksperter og vitenskapelig kunnskap er ambivalent: mange har stor tiltro til ekspertkunnskaper, men vi finner også en utbredt skepsis. Denne skepsisen til skolemedisinen fører til økt etterspørsel etter alternativer. Medisinske sosiologer mener at utviklingen går mot en svekkelse av helseprofesjonenes makt og dominerende stilling, og at folk flest begynner å få en langt mer kritisk distanse til moderne medisin (Svensson 1998, Lian 2003).

Bedre informerte pasienter og mer likeverdighet i lege- pasient relasjonen kan tolkes som en demedikalisering av samfunnet. Det samme kan økt bruk av naturmedisinske behandlingsmetoder( Lian 2003:48).

Mange er villige til å prøve alternative behandlingsmetoder som ligger utenfor den tradisjonelle skolemedisinen og dette kan altså oppfattes som at man selv tar mer bevisste valg og at man ikke velger eller vil ha skolemedisinsk behandling (for eksempel en pille). Alternative bevegelser, pasient og klient - grupper, selvhjelpsgrupper og egenomsorgsgrupper har blitt dannet som en erstatning for eller et tillegg til både den offentlige helsetjenesten og de tradisjonelle trossamfunn. Disse gruppene har blitt dannet ut fra ulike motiver og formål. På den ene siden kan en se på denne utviklingen som forsøk på å unndra seg det medikaliserte samfunnets regel- og kontrollsystem, et forsøk på å skape et alternativ (Svensson 1998). På den annen side kan en slik utvikling nettopp oppfattes å være et tegn på medikalisering ved sitt omfattende fokus på helse.

## 8.5. Oppsummering og avslutning.

Alternative behandlere er del av et voksende helsemarked hvor helse i økende grad blir en vare man kan kjøpe for penger. Markedsføring av tilbud er med på å skape behov.

Nedslagsfeltet utvides når behandling og livssyn smeltes sammen. Det er ikke bare de som er syke som oppfordres til å bruke alternativ behandling, men alle som ikke opplever seg som hele mennesker, eller som søker velvære.

Det er endringer i det offentlige forhold til alternativ behandling. Pasienter som tidligere måtte ut på det private markedet for å få akupunktur, kan nå få det hos legen sin eller på sykehuset. Leger som driver privat praksis kan ha avtaler med det offentlige slik at de får refundert utgifter og pasientene kun betaler et mindre gebyr. Spørsmålet er om denne ordningen med en blanding av offentlig og privat også kan være aktuelle ordninger for alternative behandlere i fremtiden. Før dette kan skje må det bl.a. avklares hvilke behov og behandlingsformer det offentlige skal ta ansvar for, i form av refusjons og trygdeordninger.

Det kan se ut til at befolkningens behov for helsetjenester er utømmelig. I kapittelet diskuterte jeg om alternative behandlere bidrar til at mennesker opplever økt behov for behandling. Begrepet medikalisering ble brukt i denne diskusjonen. Conrad & Schneider (1980, her fra Svensson 1998) mener at medikaliseringen har tre nivå: 1. Medikalisering på et begrepsmessig nivå. 2. Medikaliseringens behandlingmessige nivå og 3. Medikaliseringens institusjonelle nivå. Når det gjelder det første aspektet innebærer det at tidligere ikke-medisinske tilstander og problemer innlemmes i den medisinske sfæren og at begrepene forebygging og risikogrupper har ført til at det medisinske perspektivet er blitt betraktelig utvidet. I den grad alternativ behandling kan sies å tilhøre den medisinske sfære, har den i stor grad bidratt til medikalisering ved bl.a. en mengde nye ”diagnoser”. Når det gjelder det andre aspektet innebærer det at stadig flere tilstander behandles fordi det finnes stadig nye metoder. Også her mener jeg det alternative området bidrar til medikalisering ved å presentere stadig nye midler, apparater og metoder. Men det alternative feltet er svært mangfoldig og mye er en blanding av livssyn og helsearbeid, kanskje med hovedfokus på selvutvikling. Behandlingen kan inkludere både helse og frelse (Kraft 2000) og det er et spørsmål om det da inkluderes i medikaliseringstesen? Når det gjelder det institusjonelle nivået, så innebærer det at velferdssamfunnet i økende grad hviler på medisinske vurderinger og beslutninger. Det gjelder for eksempel støtte og hjelpeordninger, muligheter for yrkesutøvelse, forsikringer,

domstolsbeslutninger osv. Pr. idag har de alternative behandlerne liten innflytelse og kan derfor ikke sies å bidra til medikalisering på dette nivået.

Hvis vi oppfatter alternative behandlere som medisinske eksperter som forteller folk hvordan de bør leve eller hva de bør behandles for, kan dette oppfattes som uttrykk for medikalisering. Slik jeg oppfatter det bidrar informantene i min studie til økt medikalisering ved sitt utvidede helse og sykdomssyn, ved å tilby behandling for mange plager som det offentlige helsevesen ikke kan eller vil behandle og ved sitt mangfold av diagnoser. På den annen side kan informantene i min studie sies å være en utvidelse av det sosiale nettverket som bidrar til økt hjelp til selvhjelp. Mange mennesker opplever den hjelpen de får som positiv og synes den bidrar til at de får økt livskvalitet (NOU 1998:21) Paradokset er at man trenger hjelp (behandling) til selvhjelp.

Når det gjelder det overveldende antall kvinner som er pasienter både i de offentlige og de alternative helsetjenestene, kan dette forstås på ulik måte. Det kan bli oppfattet som om medikaliseringen har gått spesielt langt for kvinner, og at mange kvinner opplever seg som syke og som mer eller mindre hjelpeløse ofre. Det kan også oppfattes som om kvinner søker nye perspektiv og behandling som de opplever mer effektiv. Det alternative feltet har et fokus på helse, sykdom og behandling som tiltaler mange kvinner. Bl.a. oppfattes sykdom som en positiv mulighet for vekst, ikke bare som et negativt og passiviserende fenomen.

## **Kapittel 9 Konklusjoner og avsluttende betraktninger.**

### **Sykepleiere velger alternativer - og hva så ?**

#### **9.1 Innledning**

Spørsmålet denne avhandlingen har dreiet seg rundt er hvorfor offentlig godkjente sykepleiere velger å tilby alternativ behandling? Avhandlingen har blitt til over en periode på 8 år, en periode hvor alternativ behandling har vært i en rivende utvikling. I begynnelsen av prosjektperioden ble temaet oppfattet som marginalt og spesielt. Etter utgivelsen av NOU 1998:21, opprettelsen av det nasjonale forskningssenteret ved Universitetet i Tromsø i 2002 og innføringen av "Lov om Alternativ behandling" i 2004, m.m. så har alternativ behandling fått en helt annen posisjon i samfunnet generelt og i forhold til det offentlige helse og utdanningsmiljø spesielt. I begynnelsen av prosjektperioden var alternativ behandling noe for de "spesielt interesserte", i dag inviteres leger og sykepleiere til godkjente etterutdanningskurs, alternativ behandling tilbys som videreutdanningstilbud ved høyskolene, og sykepleiere forsker på alternative behandlingsmetoder. Alternativ behandling har fått og får stadig en bredere og synligere plass i offentligheten.

Det er ikke tidligere forsket på norske, offentlige godkjente sykepleieres forhold til alternativ behandling, og det er derfor ikke mulig å si noe eksakt om hvor utbredt alternativ behandling er blant sykepleiere, men undersøkelser viser at sykepleiere har en positiv holdning til alternativ behandling og at de ønsker seg videreutdanninger innen dette feltet (se kap.1 og 3). Mens denne studien har pågått har stadig flere sykepleiere valgt å bli medlemmer av alternativmedisinske organisasjoner og fra 1997 har sykepleiere også vært organisert i en egen faggruppe (SFA), med ca. 200 medlemmer. Min kontakt med denne gruppen og arbeidet med denne avhandlingen har ført til større forståelse for de forhold som er medvirkende til at sykepleiere velger alternativt. Valgene er både knyttet til personlige og til kulturelle prosesser. For eksempel har sykepleieres personlige opplevelser og erfaringer, forhold i det offentlige helsevesen og sykepleiefagets utvikling betydning for valget. Videre spiller nyreligiøsitet og markedsmekanismer en viktig rolle. Dette virker sammen og er diskutert i denne avhandlingen. Samtidig som arbeidet med avhandlingen har ført til innsikt og forståelse, har det også bidratt til å reise nye spørsmål. Disse vil jeg presentere under.

## **9.2. Betydningen av sykepleierens personlige opplevelser og erfaringer.**

Mitt materiale viser at informantene, som alle er kvinner, svært ofte hadde hatt personlige opplevelser med sykdom og behandling. Disse opplevelsene var utslagsgivende for deres søken etter alternative behandlingsformer, enten fordi de ikke fikk hjelp i det offentlige helsevesen eller fordi de ikke ønsket skolemedisinsk behandling. Egne, positive erfaringer med alternative behandlingsformer påvirket dem til å selv begynne som alternativ behandler. De ønsket seg behandling som var holistisk, rettet mot selvhelbredende krefter i dem selv, gjerne med fokus på sykdom som del av en selvutviklingsprosess. Psykologiske mekanismer som betydningen av opplevelse av mening ble i noen grad anvendt i analysen, men avhandlingen har ikke gått i dybden på de psykologiske mekanismene som ligger bak menneskers valg. Funnene mener jeg aktualiserer et slikt perspektiv. Videre forskning kan for eksempel dreie seg rundt spørsmål som: hvilken betydning har helsepersonells personlige erfaringer med sykdom og behandling for valg i eget liv og for deres evne til å hjelpe andre?

Innenfor internasjonal holistisk sykepleie er det et økende fokus på den betydningen sykepleierens egenomsorg og selvutvikling har for utvikling av kompetanse i å møte andre. Medlemsbladet "Beginnings" for holistiske sykepleiere i USA har hatt selvutvikling i fokus flere ganger. De skriver bl.a.: "It is difficult to be in a healing presence with others if our own vessel is empty" (Andrus 2005:1). Informantene i denne studien setter søkelys på betydningen av at sykepleieren skal se innover i seg selv og ta hensyn til seg selv for å kunne hjelpe andre. På den ene siden er det slik at helsearbeideren øker sine muligheter for å hjelpe andre ved å ta vare på seg selv. På den andre siden kan det være fare for å blande eller forveksle sine egne opplevelser og erfaringer med det som er pasientens behov. Eget livsprosjekt kan blandes med pasientenes behov for behandling. Avhandlingen viser bl.a. at informantene gis muligheter til å blande faglige og personlige verdier fordi sykepleiefaget er lite konkret, svært mangfoldig og legger stor vekt på sykepleierens evne til å bruke seg selv terapeutisk. Profesjonelle og personlige identitetsprosesser går over i hverandre hos alternative sykepleiere som ikke er bundet av det offentlige helsevesenets rammer.

I vårt samfunn verdsettes enkeltmennesket. Det enkelte menneskes opplevelser og erfaringer, behov og ønsker står i sentrum og det er et økende fokus på selvutvikling. Frihet og selvstendighet søkes. Informantene vil ikke være bundet av turnusarbeid, dårlige lønninger og en overordnet faglig styring som de mener er på legenes eller medisinsens premisser.

Det hevdes også at vi i økende grad setter oss selv i fokus og ikke vil være til for andre hvis ikke de gir en noe tilbake. Dette står i kontrast til altruistisk omsorg og den nestekjærlighetstanken som historisk har vært en sentral verdi og drivkraft i en kvinnedominert sykepleie. Disse forhold har betydning for at sykepleiere velger alternativt, de har også betydning for dagens og fremtidens sykepleie og jeg mener de bør utforskes videre.

Studien viser en tydelig psykologisering og spiritualisering av sykdom og behandling. Det kan virke som om den fysiske kroppen kommer i bakgrunnen og har mindre status enn det psykologiske og sjelelige. Betydningen av den fysiske kroppen kom allikevel indirekte frem i mitt materiale. Informantene lærte mye om den fysiske kroppen i sin grunnutdanning i sykepleie, og naturvitenskapelig kunnskap hadde og har stor plass i denne utdanningen. Min oppfatning er at de fysiske, kroppslige sidene ved sykdom og behandling var så selvfølgelige for informantene i min studie at de ikke poengterte dem. Dette området trenger også videre utforskning. Er det slik blant alternative sykepleiere som forskning i det nyreligiøse feltet viser, at ”kroppen bare er et hylster for sjelen og uten varig verdi?”(se kap.5)

### **9.3. Utviklingstrekk ved helsetjenesten og sykepleiefaget har betydning for sykepleiernes valg.**

Mitt materiale viser at informantene opplever utviklingen i den offentlige helsetjenesten som hemmende i forhold til å utfolde seg som sykepleier. De er alle offentlig godkjente sykepleiere som har jobbet i helsevesenet i kortere eller lengre perioder. Erfaringer og opplevelser derfra har påvirket dem i avgjørelsen om å slutte i det offentlige for å starte privat praksis i alternativ behandling. I den offentlige helsetjenesten er sykepleiefunksjonen preget av krav om effektivisering, produksjon og spesialisering med utgangspunkt i økonomi. Sykepleiere har en underordnet rolle hvor assistentfunksjonen til legene tar mer og mer av tiden. Den selvstendige sykepleierfunksjonen er uklar og påvirkes bl.a. av institusjonenes behov for økonomisk arbeidsfordeling. Forskning viser at sykepleiere ikke opplever at de har muligheter for å utøve den helhetlige sykepleien de ønsker. Informantene i denne studien har frigjort seg fra det offentlige helsevesenets fastlåste yrkesroller og skapt sin egen yrkesrolle.

I den offentlige helsetjenesten er arbeidet todelt. Delingen går mellom oppgaver knyttet til behandling versus oppgaver knyttet til pleie/omsorg. Dette skillet er både kjønn og rangert, og det utgjør en maktrelasjon. Pleie og omsorgsarbeidet er kulturelt kodet som kvinnearbeid, arbeidet er ansett som praktisk og konkret og blir ofte nedprioritert i vår kultur. Medisinsk

behandlingsarbeid er derimot kodet som mannlig, det anses som hovedsakelig teoretisk og abstrakt og har høy sosial status. Videre er den offentlige helsetjenesten i stor grad delt i psykiatriske og somatiske tilbud og det religiøse er i stor grad fraværende. Funn fra min studie viser at informantene utfordrer disse tradisjonelle skillene. Alternative sykepleiere skiller ikke mellom pleie/omsorg og behandling, og de skiller i mindre grad mellom psyke og soma eller kropp og sjel. De kan ha en behandlerrolle som er en blanding av en lege, en sykepleier, en psykolog og en prest. Disse funnene reiser flere nye spørsmål: Er det skillet vi i dag har mellom pleie/omsorg og behandling mulig og nødvendig? Hva ligger i en selvstendig sykepleierfunksjon? Hvilken betydning vil selvstendighet og frihet ha for kvinners valg om å utdanne seg til helsepersonell? Hvordan påvirker helsevesenets tradisjonelle skille mellom psyke, sjel og kropp sykepleien og pasientenes søken etter alternativer?

Slik jeg oppfatter det ser ikke legene pr. idag på alternative behandlere som konkurrenter. Legene har stor pågang av pasienter, og det er en trend at de overlater flere og flere av sine oppgaver til underordnede, dvs. sykepleiere. Pasientene bruker både leger og alternative behandlere, fordi de har sin styrke på ulike områder. Alternativ behandling er ofte et supplerende eller komplementært tilbud, selv om det også i økende grad brukes som et alternativ. Dette skaper utfordringer for fremtidig samarbeid. På hvilken måte kan etablert og alternativ behandling samarbeide og utfylle hverandre i fremtiden, og hvilken rolle vil alternative sykepleiere ha i et evt. samarbeid?

De ideene og oppfatningene informantene i denne studien har om alternativ behandling som sykepleie, knyttes til grunnleggende ideer om hva sykepleie er. Ideene gjenkjennes også i anerkjente sykepleieteorier og beskrives som det å ha en holistisk tilnærming med fokus på å støtte menneskets selvhelbredende krefter. Teoretisk sett kan metodene informantene bruker i møte med sine pasienter inkluderes i sykepleie. Det er vårt samfunn, våre offentlige utdanningsprogram og helsevesenet som beskriver dem som alternative. Et aktuelt spørsmål i denne sammenheng er om dette kan være et av flere tegn på det som ofte kalles for ”skillet eller kløften mellom teori og praksis” i sykepleie. Dette skillet er et aktuelt dilemma både for utdanning av sykepleiere, for sykepleievitenskapen og for sykepleiere i praksis, og det trenger videre utforskning. Studien avdekker videre noen aspekt ved omsorg som trenger videre utforskning. Velger informantene alternativ behandling for å kunne gi omsorg eller for å slippe å gi omsorg? Noen av informantene argumenterer for at de ved å velge alternativer kan få tid til å gi den omsorg de ikke får tid til i det offentlige helsevesen. Dette kan kanskje

gjelde for dem som kan tilby alternativ behandling i døgninstitusjoner. Men samtidig ser vi at det å velge alternativ behandling trekker sykepleiere bort fra de mest omsorgstrengende og over til dem som er så friske at de selv kan velge og kan komme til dem på et kontor. Helsetjenestens økende fokus på markedstenkning og på helse som en vare og bruken av begreper som brukere/kunder (ikke pasienter) støtter denne utviklingen.

#### **9.4. Nyreligiøse strømninger har betydning for sykepleiernes valg.**

Mitt materiale viser at informantene (i større eller mindre grad) har kjennetegn tilsvarende det som beskrives som New Age eller nyreligiøsitet, selv om New Age begrepet er svært vanskelig å bruke og informantene ikke selv vil bruke denne betegnelsen på seg selv.

Kulturforskere inkluderer flere av de mest kjente alternative behandlingsformene i New Age begrepet. De alternative behandlerne i denne studien vil ikke selv inkludere sin praksis under dette begrepet. Hva er religiøse aspekt ved behandlingsmetoder, er for eksempel akupunktur og soneterapi uttrykk for nyreligiøse strømninger? New Age er et uklart begrep og utviklingen i det nyreligiøse feltet generelt og innen det alternative behandlingsområdet spesielt, vil kanskje føre til endringer i oppfatningen av hva som ligger i dette begrepet, evt. at det utvikles nye begrep. Det er behov for forskning som følger denne utviklingen. Også helseforskning (inkludert sykepleieforskning) bør i større grad interessere seg for nyreligiøsitet. Det kan virke som om sykepleiere mer enn andre yrkesgrupper i helsevesenet trekkes mot nyreligiøse strømninger, men dette trenger å utforskes videre.

Fremveksten av nye religiøse bevegelser har konfrontert religionsforskere med en modernistisk forutsetning som har preget vitenskapen til nå, nemlig troen på at religionene ville dø ut etter hvert som opplysning og vitenskap fikk sterkere fotfeste i samfunnet. Sekulariseringen ble sett på som en uavvendelig side ved moderniseringsprosessen. Også troen på at naturvitenskapen ville løse problemene knyttet til sykdom og behandling, var del av denne oppfatningen. Selv om religionen på mange måter har mistet innflytelse i den offentlige sfære, så er det i økende grad religiøse aspekt ved mange deler av det moderne livet, hverdagsliv og populærkultur etc. Det religiøse er ikke nødvendigvis konsentrert i en egen ”religiøs sektor”. Religionsforskere beskriver det som om det religiøse er ”smurt tynt utover”. I de siste 20 årene er det utviklet flere sykepleieteorier som bruker nyreligiøse begrep og metoder uten at dette har vært særlig debattert i norsk sykepleie.



Begrepet holistisk eller holisme er et nøkkelbegrep i en nyreligiøs forestillingsverden. Begrepet kan sies å beskrive en refortrylling av virkeligheten hvor alt levende oppfattes som hellig eller guddommelig, alt får en spirituell dimensjon. Religion og vitenskap blandes sammen. Mennesket er et spirituelt åndsvesen som står i kontakt med naturens guddommelige energi. Alt henger sammen. Økologi og helse veves sammen og energibegrepet blir et sentralt forklaringsbegrep. Det legges også vekt på den betydningen de menneskeskaptede omgivelsene (farger, lyder, former, bygninger, hager osv.) har for helse. Samtidig er holismebegrepet et sentralt begrep i den teoretiske sykepleien. Slik jeg ser det går nyreligiøse og sykepleiefaglige oppfatninger over i hverandre, spesielt i den retningen som i internasjonal sykepleie kalles for ”holistisk sykepleie”. Dette har i liten grad vært debattert i norsk sykepleie.

Ved å bruke holismebegrepet vil informantene i denne studien understreke at de tenker og behandler ut fra en annen forståelse enn den offentlige helsetjenesten gjør. Den offentlige helsetjenesten oppfattes som reduksjonistisk med for lite fokus på sammenhenger; sammenhenger mellom kropp og sjel og sammenhenger mellom menneske og omgivelsene. For å fremheve sin holistiske tilnærming fremheves psykiske og åndelige aspekt av helse og sykdom, noe de mener ble undervurdert i sykepleierutdanningen og spesielt undervurdert i den offentlige helsetjenesten. Slike tilnærminger finner de i behandlingsformer hvor religion og medisin/helse er vevd sammen, som for eksempel behandlingsformer fra Østens kulturer. Det å blande livssyn og helsearbeid oppfattes av informantene som en positiv mulighet i det alternative behandlingsområdet. Dette møter reaksjoner i den offentlige helsetjenesten som mener dette er en useriøs blanding. Også dette området trenger videre utforskning.

Sykepleie har historisk hatt tette bånd til kristendommen, det finnes fremdeles flere kristne sykepleierhøgskoler. Forholdet til og betydningen av vår kristne kulturarv i sykepleie, er uklart. Noen kristne helsearbeidere opplever et religiøst dilemma ved alternativ behandling, bl.a. fordi begrepene energi og holisme oppfattes som religiøse begrep og som konkurrerende til kristendommen, og de kan advare mennesker mot å oppsøke alternative behandlere fordi de mener de fokuserer frelse like mye som helse. Hvordan kristne helsearbeidere vil møte pasienter som har et nyreligiøst livssyn og som ønsker alternative behandlingsformer mens de for eksempel ligger på sykehus, er ikke utforsket.

Holismebegrepet er mangfoldig og uklart, og problemene med å bruke begrepet er mange. Slik jeg ser det må sykepleiere først og fremst ta standpunkt til begrepets religiøse innhold.

Hva betyr det å være religiøs og hvilken sammenheng er det mellom helsearbeid og religiøsitet? Er holismebegrepet et religiøst begrep? Må sykepleiere som hevder å ha en holistisk tilnærming ha et avklart forhold til oppfatninger om Gud eller guddommelige krefter for å kunne gi sykepleie? Slik jeg ser det er det uavklarte forhold i den teoretiske sykepleien, i den praktiske sykepleien og også i de alternative behandlingsformer når det gjelder hva som ligger i en holistisk tilnærming. Også begrepet spiritualitet anvendes i økende grad i internasjonal sykepleie, hvordan forholder vi oss til dette begrepet i norske debatter om sykepleie, i sykepleierutdanning og i den praktiske hverdag?

### **9.5. Utviklingen i helsemarkedet og oppfatninger om kjønn har betydning for sykepleiernes valg.**

Avhandlingen har satt søkelys på hvordan sykepleiere som velger å tilby alternativ behandling er del av et voksende helsemarked. Dette markedet utvikles i spenningen mellom behov og tilbud. Helse er blitt en vare, noe som kolliderer med sentrale verdier i sykepleien. Behovene kan tilbyderne være med å påvirke gjennom ulike former for markedsføring. Nedslagsfeltet utvides når behandling og livssyn smeltes sammen slik det gjøres i en holistisk tilnærming, og mulighetene for å få kunder øker i takt med økning i den generelle velstand. Det er ikke bare de som er syke (og hvem skal definere hva som er sykt?) som kan trenge alternative behandlere, men også de som ikke opplever seg som ”hele mennesker”, de som ønsker selvutvikling og de som søker velvære. Også dette trenger videre utforskning. Det alternative feltet har et mangfold av sykdomsforståelser og har tilbud ut over det som helsetjenesten tradisjonelt tar seg av. Dette skaper nye problemstillinger, som for eksempel: Hva er sykdom? Hvor går grensene for det som skal defineres som sykt og behandlingstrengende? Hvem skal betale? Hvordan er forholdet mellom alternativ behandling og markedskreftene?

Hvis vi oppfatter alternative behandlere som medisinske eksperter som forteller folk hvordan de bør leve eller hva de bør behandles for og hvordan, er dette uttrykk for medikalisering. Informantene i min studie bidrar til økt medikalisering ved sine utvidede helse og sykdomssyn, ved å tilby behandling for mange plager som det offentlige helsevesen ikke kan eller vil behandle og ved sitt mangfold av diagnoser. På den annen side kan informantene i min studie sies å være en utvidelse av det sosiale nettverket som bidrar til økt hjelp til selvhjelp. Mange mennesker opplever den hjelpen de får bidrar til økt livskvalitet og til at de i sterkere grad kan ta ansvar for egen helse. Paradokset er at man trenger hjelp (behandling) til selvhjelp.

Når det gjelder det overveldende antall kvinner som er pasienter både i de offentlige og de alternative helsetjenestene, kan dette forstås på ulik måte. Det kan bli oppfattet som om medikaliseringen har gått spesielt langt for kvinner, men det kan også oppfattes som om kvinner søker nye perspektiv på sykdom og behandling som oppleves mer relevant enn skolemedisinen. Det alternative feltet har et fokus på helse, sykdom og behandling som tiltaler mange kvinner, der sykdom ikke bare er et negativt og passiviserende fenomen. Vi trenger mer kunnskap om betydningen av kjønn og begrunnelsene kvinner har for å søke til det alternativmedisinske feltet.

På ulik måte er kjønn et aktuelt tema innen det alternative behandlingsområdet, dette er i noen grad berørt i avhandlingen. Kjønnssdimensjonen går fra det rent konkrete; mannlige leger og kvinnelige sykepleiere til ”medisin” som er maskulint felt og ”omsorg” som et kvinnelig felt, samt bruken av begrepene feminin og maskulin knyttet til alternativ behandling versus skolemedisin. Oppfatningen i det alternative feltet er at det er en ubalanse i det vestlige behandlingstilbudet som beskrives som en overvekt av maskuline verdier på bekostning av feminine verdier. Dette sees også som en makt/avmaktreasjon. Informantene ønsker å frigjøre seg fra det de kaller en medisin preget av maskulin rasjonalitet. Begrepene feminin og maskulin er problematisk og kan ikke uten videre knyttes til kvinne og mann, dette er også et område som trenger videre utforskning.

Denne avhandlingen omhandler sykepleiere som velger alternativ behandling, dette er et fenomen som ikke kan isoleres til den enkelte sykepleier, men som også må sees i lys av det samfunn vi lever i. Avhandlingen satt søkelys på noen aktuelle trekk ved samfunnet som etter min mening er av vesentlig interesse. Forståelsen for sykepleiernes valg økte, men skapte samtidig mange nye spørsmål som bl.a. kan ha betydning for fremtidens sykepleie og det alternative feltet.

Sykepleiere som velger å tilby alternativ behandling ”passer ikke inn”, de er avvikere. De står i en mellomposisjon ved at de er offentlig godkjente sykepleiere samtidig som de er ”ikke offentlig godkjente” behandlere. Sykepleierforbundet vet ikke hva de skal gjøre med dem og lovgivingen er uklar, men pasientene kommer til dem. Sykepleiere som velger alternativ behandling er med å skape noe nytt, de reagerer på det bestående og kan være bidragsytere til endringer.

## **Litteratur.**

Achterberg, J. (1991). *Woman as healer*. Boston: Shambhala.

Alver, B. G og Selberg, T. (1992). *Det er mer mellom himmel og jord*. Sandvika: Vett & Viten.

Alver, B. G. og Øyen, Ø. (1997). *Forskningsetikk i forskerhverdag: vurderinger og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.

Alver, B.G. (red.) (1999). *Myte, magi og mirakel i møte med det moderne*. Oslo: Pax.

Alver, B. G. (2003). Det alternative som noget andet og lidt mere - annoncen som medspiller i billeddannelser af helse og livskvalitet. (s. 145-170). I: Elvbakken, K.T. & Solvang, P. (red.). *Helsebilder..* Bergen: Fagbokforlaget.

Alvsvåg, H. (1985). *Har sykepleien en fremtid?: et oppgjør med den teoretiske sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.

Alvsvåg, H.(1997). *Sykepleie mellom vitenskap og pasient*. Bergen. Fagbokforlaget.

Andrus, V. (2005) Caring for Self. *Beginnings*. No.1. s.1+ 20

Annfelt, T. (1999) *Kjønn i utdanning: hegemoniske posisjoner og forhandlinger om yrkesidentitet i medisin- og faglærerutdanning*. Dragvoll: Senter for kvinneforskning, NTNU.

Arney, W. & Bergen, B. (1984). *Medicine and the management of living: Taming the last great beast*. Chicago: Chicago University Press.

Askjem, S. (1996). *Helse- og sosialarbeidernes yrkesroller*. Oslo: Tano.

Bakken, R. (2001). *Modermordet: om sykepleie, kjønn og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Barbosa da Silva, A. (1992). Den biomedisinske modellens begrænsning og dess konsekvens for helhetssyn i vården och för kvalitativ forskning. *Vård i Norden*, 2.24-28
- Bauman, Z. (1998). *Globaliseringen og dens menneskelige konsekvenser*. Oslo: Vidarforlaget.
- Bellah, R. (1991). *The good society*. New York: Knopf.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, California: Addison-Wesley.
- Birkeflet, O.(2002). Qigong i sykepleien. Hovedoppgave. Institutt for Sykepleievitenskap. UiO.
- Bloom, W. (2005). Den holistiske løsning og transformasjonen. *Alternativt Nettverk*. nr.2. 28-30
- Bloom, W.(1996). Om New Age, etikk og fremveksten av en global bevissthet. *Alternativt Nettverk*, 2.
- Bohm, D. (1988). *Wholeness and the implicate order*. London. Ark.
- Borchgrevink, C. (1997). *Forbruk og dokumentert effekt av enkelte alternative behandlingsformer*. Oslo: Statens institutt for folkehelse.
- Botvar, P. K. (1999). Gammel og ny folkereligiositet. *Halvårsskrift for praktisk teologi*. Hefte. s.20-27.
- Caspari, S. (1997). Holisme- mer enn et begrep å smykke seg med. *Sykepleien*, 20.
- Capra, F. (1985). *Fysikkens Tao*. Trondheim. Regnbueforlaget.
- Clifton, B. (1991). Nursing and the new physics. *Nurse Education Today*, 11. s.347-53.

Dahlberg, K. (1994). The collision between caring theory and caring practice as a collision between feminine and masculine cognitive style. *Journal of Holistic Nursing*.12.391-401

Dahle, R. (1993). Inntrengere eller nyskapere? Flere kvinnelige leger. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 20.2597-2600

Dahle, R. (2001). *Kan skitten akademiseres?* Bergen: Makt- og demokratiutredningen 1998-2003.

Dahle, R. (2005). "Kjønn i moderne helsevesen". I: Foss, Christina og Ellefsen, Bodil(red.) *Helsetjenesteforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dale, E. (1998). Når sykepleieren vet mer enn legen. *Sykepleien*, 12.10-15

Damkier, A. et. al. (1998). Nurses' attitudes to the use of alternative medicine in cancer patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12.119-26

Dingwall, R., Cox, M.C. & McIntosh, J.B. (Eds.). (1978). *Readings in the sociology of nursing*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Dossey, B. (1999). *Florence Nightingale: Mystic, visionary, healer*. Springhouse, PA: Springhouse Corp.

Egeland, E. (1994). Ny helsepersonell lov på trappene. Betrakninger omkring den nye helsepersonelloven. *Impuls*, 3.85-88

Egeland, E. (1999). Healing. *Alternativt Nettverk*, 7.

Ehdin, S. (2002). *Helbred deg selv*. Oslo: Aschehoug.

Ehrenreich, B. & English, D. (1976). *Witches, midwives and nurses: a history of women healers*. London: Writers and Readers Publishing Cooperative.

- Elstad, I. & Hamran, T. (1995). *Et kvinnefag i moderniseringen: sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Engebretson, J. (1994). Folk healing and biomedicine. *Journal of Holistic Nursing*.12. 240-250.
- Engedal, L. G. og Sveinall, A.T. (2000). *Troen er løs: bidrag til belysning av forholdet mellom folkereligiositet, nyreligiositet og kristen tro*. Trondheim: Tapir.
- Eriksen, T. H. (2004). *Røtter og føtter: identitet i en omskiftelig tid*. Oslo: Aschehoug.
- Fagermoen, M.S. (1995). *The meaning of nurses' work: A descriptive study of values fundamental to professional identity in nursing*. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap.
- Fjell, T. I. (1996). *Fødselens gjenfødelse: fra teknologi til natur på fødearenaen*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Fog, J. (1994). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Fonn, M. (1998). Sykepleierne sier ja til alternativ behandling. *Sykepleien*, 17.s. 10-17
- Fonn, M. (1998). Alternativ sykepleier. Tett på Else Egeland, leder av Det Norske Healerforbund. *Sykepleien*, 17.20-23
- Fonn, M. (2006). Sykepleierne på homøopati toppen. *Sykepleien nr. 1*. s.31
- Freidson, Eliot (1989). *Medical Work in America: Essays on Health Care*. Yale: Yale University Press
- Frisk, L. (1993). *Nya religiösa rörelser i Sverige: relation till samhället/världen, anslutning och engagemang*. Åbo: Åbo Akademis Förlag.

- Frisk, L. (1998). *Nyreligiøsitet i Sverige: et religionsvitenskapelig perspektiv*. Nora, Nya Doxa.
- Frølich, A. (1986). De første kvinnelige leger i Norge. *Nytt om kvinneforskning*, 2.32-37
- Fugelli, P. et. al. (2003). *Makt og medisin*. Oslo: Makt- og demokratiutredningen 1998-2003. Nr. 57, 2003.
- Fugelli, P. og Ingstad, B. (2003). Helse slik folk ser det. *Tidsskrift for den norske lægeforening*. 123 (30),3600-3604.
- Gannik, D. E. & Launsø, L. (2000). *Disease, Knowledge and Society*. Fredriksberg: Samfundslitteratur.
- Geddes, N. (1997). Nursing and alternative medicine. *Journal of Holistic Nursing*, 15(1), 271-281.
- Gilhus, I.S. & Mikaelsson, L.(1998). *Kulturens refortrylling: nyreligiøsitet i moderne samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Giske, Tove (1994). *Alternativ medisin*. Oslo: Credo.
- Giske, Tove (1996). *Mening, håp og livsvilje: Korleis lærer sjukepleierstudentar å utøve åndelig omsorg?* Bergen. Publikasjon. Diakonissehjemmets høgskole.
- Godø, E.K. (2001). *Fortrylling av selvet: en religionsvitenskapelig analyse av konsum*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Granum, V. (2003): Sykepleiefaget- et utydelig fag ? *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*. Nr. 1.20-38.
- Grasås, K.K. (1997): De kunne i hverfall spørre. *Vård i Norden*. Nr.4 32-35



- Hammer, O. (1997). *På spaning efter helheten: New Age, en ny folktro?* Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Hammersley, M. og Atkinson, P. (1987). *Feltmetodikk*. Oslo: Gyldendal.
- Hamran, T. (1992). *Pleiekulturen: en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal.
- Hamran, T. (1995). *Et fagkollektiv stykkes opp*. I Elstad, I. og Hamram T. (red). Et kvinnefag i moderniseringen. Oslo. Ad Notam Gyldendal.
- Hanegraaff, W. J. (1996). *New Age Religion and Western Culture: Esotericism in the Mirror of Secular Thought*. Leiden: Brill.
- Hastrup, K. og Ramløv, K. (1988). *Feltarbejde, opplevelser og metoder i etnografien*. Viborg. Akademisk forlag.
- Hastrup, K. (1999). *Viljen til viden: en humanistisk grundbog*. København: Gyldendal.
- Hausken, E. K.Ø. (2002). *Søken mot Selvet i et semiotisk univers*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Heelas, P. (1996). *The New Age Movement: The Celebration of the Self and the Sacralization of Modernity*. Oxford: Blackwell.
- Hellenes, T.Y. (2000). *En kvalitativ analyse av helseoppfatninger hos ayurvediske behandlere og akupunktører sett i lys av kontemporære helsevitenskapelige teorier*. Trondheim: NTNU.
- Hugaas, J. et al. (2004). *Helse og helhet: etiske og tverrfaglige perspektiver på helsefaglig teori og praksis*. Oslo: Unipub.
- Hughes, D. (1988). When nurse knows best: Some aspects of nurse/doctor interaction in a casualty department. *Sociology of Health and Illness*, 10(1), 1-22.

Hylland Eriksen T. (2004) *Røtter og føtter: identitet I en omskiftelig tid*. Oslo:Aschehoug

Illich, Ivan (1996). *Medisinsk nemesis*. Oslo: Pensumtjeneste.

Johannessen, B. (2002). Sykepleie, kulturvitenskap og nær døden opplevelser. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*. nr.4.22-39.

Johannisson, K. (1996). *Det mørke kontinentet: kvinner, sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet*. Oslo: Aventura.

Johnsen, H. (1996). Kvinnelige leger prioriterer ikke spesialisering. *Trygd og arbeid*, nr.3.6-7.

Karterud, D.(1997). Det viktigste er å bli likt av legene. *Sykepleien* nr. 19. 62-63

Karoliussen, M.(2002). *Sykepleie - tradisjon og forandring: en humanøkologisk tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kermode. S. & Brown, C. (1996). The postmodernist hoax and its effects on nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 33(4), 375-384.

Killi, M. og Lindahl A.K. (1984). Kvinne og lege. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. Nr.10/11. s 717-20 og 713-16.

Kim, S. H.(1987).Structuring the Nursing Knowledge System: A typology of Four Domains. *Recent Advances in Nursing*. No.24.99-110.

Kim, Suzie H. (1999). The concept of holism. I: Kim S. H. & Kollak I.(Eds). *Nursing theories -conceptual and philosophical foundations*. New York: Springer.

Kleinman, Arthur (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, Calif.: University of California Press.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic healthcare and research*. New York. Springer.

Konradsen, Bodil (1998). NSF - en arrogant og byråkratisk organisasjon? *Sykepleien*, 21.

Konsmo, Trulte(1995). *En hatt med slør-: om omsorgens forhold til sykepleie: en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Oslo: Tano.

Kraft, S. E. (2000). New Age, sykdom og kroppsbilder i endring. I: L.G Engedal & A. T. Sveinall. *Troen er løs*. Trondheim: Tapir.

Kraft, S.E. (2000). New Age og den nye kvinnen. *Historie* nr.1. s.76-82

Kristoffersen, N. J. (1996). *Generell sykepleie. Bind 1*. Oslo: Universitetsforlaget.

Krogstad, U. (1995). Sykepleie, identitetsproblemer og modernitet. *Vård i Norden*, 15(4), 10-12.

Kupferberg, F. (1994). *Kald eller profession ? At intræde i sygeplejerskerollen*. København. Nyt Nordisk Forlag.

Laszlo,E. (2003). *Revolusjon i vitenskapen*. Oslo. Flux Forlag.

Launsø, L. (1995). *Det alternative behandlingsområde: brug og udvikling, rationalitet og paradigmer*. København: Akademisk Forlag.

Launsø, L.(2001). *Døre der åbner seg: om grenseoverskridende læger i det danske sundhedsvæsen*. Højbjerg: Hovedland Forlag.

Launsø, L. & Rieper, O. (2000). *Forskning om og med mennesker* (4. udg.). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Lian, O. S. (1996). Økonomismens hegemoni. *Sosiologisk Tidsskrift*, 2.91-118.

Lian, O.S. (2000). Behovet for helsetjenester, naturgitt eller sosialt bestemt? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120(1), 111-114.

Lian, O.S. (2003). *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høgskoleforlaget

Lincoln, V. (2000). Ecospirituality: a pattern that connects. *Journal of Holistic Nursing*. 18.227-244.

Light, K. (1997). Florence Nightingale and holistic philosophy. *Journal of Holistic Nursing*, 15(1), 25-40.

Lovelock, J.(1990). *Gaia, vår levende jord*. Oslo. Dreyer.

Lunestad, J. (2000). Alternativreligiøsitetens forhold til kirken. I: L.G Engedal & A. T. Sveinall. *Troen er løs*. Trondheim: Tapir.

Lunestad, J. (2000). Nyreligiøsitet- konkurranse eller supplement? I: L. W. Sørbye, *Norske virkeligheter – diakonale utfordringer*. Oslo: Tapir.

Lupton, D. (1994). *Medicine as culture*. London: Sage.

Lutjens, L. m.fl. (1995): *Märtha Rogers, Rosemary Parse, Margareth Newman*. Antekningar om omvårdnadsteorier.

Malterud, K.(2001). *Kvinnens ubestemte helseplager*. Oslo: Pax.

Malinski, V.M.(1994) Spirituality: A pattern manifestation of the human/environment mutual process. *Journal of Rogerian Nursing*. No.2. 8-12

Marchione, J. (1993). *Margaret Newman: health as expanding consciousness*. California: Sage Pub.

- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano.
- Martinsen K. (1991). Omsorg og makt, ord og kropp i sykepleien. *Sykepleien fag*, 2.2-11.
- Martinsen, K. (2000): *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. og Boge, J. (2004). Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie: forskning og fagutvikling. *Tidsskriftet Sykepleien*. nr.13.58-61.
- Martinsen, K. og Boge, J. (2004) Uro kring evidens. *Tidsskriftet Sykepleien*. nr.19.64-65
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp: Norsk sykepleierforbunds historie*. Oslo: Cappelen.
- Mikalsen, Tone (2000). Det meningsskapende selvet. *Impuls*, 1.12-21.
- Miles, M. & Huberman, M. (1984). *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods*. Beverly Hills: Sage.
- Miller, D.R (1962).The study of social relationships: situation, identity and social interaction psychology. In: S. Koch (Ed). *Psychology: a study of a science*, 5. New York: McGraw-Hill.
- Myskja, A. (2000). *Blomstermedisin til vekst og helbredelse*. Oslo: Noras Ark.
- Myskja, A. (2003) *Musikk og lyd som medisin*. Oslo. Cappelen.
- Nerdrum, I.(1990). Sykdom som utviklingsmulighet. *Sykepleien fag*, 2.35-36.
- Newman, M. (1994): *Health as expanding consciousness*. New York: National League for Nursing Press.
- Nielsen, F. S. (1996). *Nærmere kommer du ikke-: håndbok i antropologisk feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Njalson, T. (2001). Body, mind and spirit- the forgotten dimension in modern healthcare. *Nordisk Tidsskrift for biologisk medisin*. nr. 1.25-26.

Nordahl-Pedersen, H. (1997). *Alternativ medisin og skolemedisin: en paradigmediskusjon*. Harstad: Høgskolen i Harstad.

Nordhelle, G. (2004). *Motivasjon-hva driver mennesket til handling?*. I: Ekeland, T.J. m.fl (red). *Psykologi for sosial- og helsefag*. Oslo: Cappelen Akademiske.

Norheim, A. J. Pedersen, E.J. og Fønnebø, V. (1996) Norske legers holdninger til homøopati: en spørreundersøkelse blant 2019 leger om samarbeid med homøopater. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. nr. 18.2186-2189.

Norheim, A. J. (2000). Kunnskapsbasert alternativ behandling. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. nr. 21. 2585

Norvoll, R. (2002). Gap mellom utdanning og yrke. *Sykepleien*, 5.52-56

Den Norske Lægeforening. (1997). *Innstilling om alternativ medisin*. Oslo: Foreningen.

Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nordtvedt, F. (1993). *Mellom omsorg og teknologi*. I Kirkevold, Marit m.fl.(red). *Klokskap og kyndighet*. Oslo. Ad Notam Gyldendal Forlag.

Nortvedt, P. (1998). *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk*. Oslo: Tano Aschehoug.

Nortvedt, P. (2000). Stadig på akkord. *Tidsskriftet Sykepleien*. nr. 14. 54-56.

NOU 1997: 2 (1997). *Pasienten først*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste

NOU 1998:21 (1998). *Alternativ Medisin*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

NOU 1999:13 (1999). *Kvinnens helse i Norge*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Nydal, H. O. (1996). *Forholdet mellom skolemedisin og alternativ medisin: en studie av møtet mellom allmenpraktiserende leger og homeopater*. Bergen: Universitetet i Bergen.

Nygård, A.K. (1992). NSF's arbeid med alternativ medisin. *Sykepleien*, 6.

O'Connell, B. & Radloff, P. (1995). Is Holism an appropriate philosophy for nursing? *Nursing Inquiry*, 2.59.

Owens, M. J. & Holmes, C. A. (1993). Holism in the discourse of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 11. 1681-1687.

Pietroni, P. (1997). Is complementary medicine holistic? *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 3. 9-11.

Pingel, B. & Robertson, H. (1998). *Yrkesidentitet i sjukvård: position, person och kön*. Solna: Arbetslivsinstitutet.

Poleszynski, D. V. (2001): *Fremveksten av medisinske alternativer: fra konkurranse til samarbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Poleszynski, D. V. (1998). *Skolemedisin & alternativ medisin: konkurranse eller samarbeid?* Tromsø: Universitetet i Tromsø.

Porter, S. (1991). A participant observation study of power relations between nurses and doctors in a general hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 16.728-735.

Raben, H. et al. (1993). Brug af alternativ behandling blandt personalet ved en psykiatrisk og en fysiurgisk afdeling. *Ugeskrift for læger*, 155(11).

*Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning.* (2000). Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

Rasmussen, B. (2001). *Sygepleje og alternativ behandling.* Århus: Institut for Sygeplejevidenskab, Århus Universitet.

Repstad, P. & Lund-Olsen, T. (2003). *Forankring eller frikopling?: Kulturelle perspektiv på religiøst liv i dag.* Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Rew, L. (2004). Beyond Concept Analysis in Holistic Nursing. *Journal of Holistic Nursing.* 2. 95.

Risberg, T. m.fl. (1997). Bruk av alternativ medisin blant norske hospitaliserte kreftpasienter. *Tidsskrift for den norske lægeforening,* 117(17), 2458-63.

Risberg, T. (2003). Alternativ medisin-holdninger og bruk blant sykehusansatte leger, sykepleiere og kontorpersonell. *Tidsskrift for Den norske lægeforening.* 123 (5). 604-606.

Salomonsen, L. J. et al. (2003). Bruk av alternativmedisinsk behandling ved norske sykehus. *Tidsskrift for Den norske lægeforening,* 123(5), 631-33.

Savlin, P., Arnetz, B. & Georgellis, A. (1997). *Komplementär medicin och alternativa behandlingsmetoder.* Stockholm: Samhällsmedicin Syd, Centrum för Miljöbelastning

Schaanning, E. (1992). *Modernitetens oppløsning: sentrale skikkelser i etterkrigstidens idéhistorie.* Oslo: Spartacus

Selberg, T. (1990). *Den kloke og den profesjonelle. Om det kvinnelige og det mannlige i sykdomsbehandlingen.* I Elverdam, B. m.fl. (red): Kvinnfolk. Kvinnor i tradition och kultur. Uppsala Universitet: NIF Pub.21.

Selberg, T. (1994) *Folkemedisin og alternativ medisin.* Utposten nr. 2. 72-75



- Schei, E. og Gulbrandsen, A. (2004). *Forstår du doktor? Mot en humanistisk legeutdanning*. Oslo. Tano Ascheoug.
- Silverman, D. (1995). *Interpreting qualitative data: methods for analysing talk, text and interaction*. London. Sage Pub.
- Simonsen, A. (1999). Tilbake til sykepleien. Debattinnlegg. *Sykepleien*, 19.
- Skrautevoll, K. (2001). Alternativer til antibiotika inn i utdanningen av sykepleiere og helsesøstre. *Sykepleien*, 6.52-56
- Skårderud, F. (1999). *Uro: en reise i det moderne selvet*. Oslo: Ascheoug.
- Slater, Victoria E. et al. (1999). Journey to Holism. *Journal of Holistic Nursing*, 17, 365-384.
- Smuts, J.C. (1987). *Holism and evolution*. Cape Town: N&S Press. ).Optrykk fra 1926)
- Snyder, M. (2001). Overview and Summary of Complementary Therapies: Are these really Nursing? *Online Journal of Issues in Nursing*, 6(2).
- Solli, H. M. m.fl. (1996). *Økologisk helseleære*. Oslo. Ad Notam Gyldendal.
- Steen, E. (1993). *Helsevesenet og forandringsprosesser*. Rapport 3/03. Oslo. Arbeidsforskningsinstituttet.
- Steen, E. (1997). Avlæring og nylæring. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 117(19), 2765-9.
- Stein, L. (1990). The Doctor-Nurse Game. *NLN Publ.* (20-2294), 159-64.
- Støvind, H. (1997). *Mann for sin hette?: en empirisk studie av meningen med å være og å handle som mannlig sykepleier*. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.
- Svensson, R. (1998). *Samfunn, medisin, sykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Sørensen, B. A. (2001). *Et nytt helse-Norge?: en panelstudie fra somatiske sykehus*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet. Rapportserie 5/2001

Taksdal, A. & Widerberg, K.(1992). *Forståelser av kjønn*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Teigen, K. H. m.fl. Psykologien og sjelen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Nr. 5. 1999 s.412-421.

Todaro-Franceschi, V. (2001). Energy: a bridging concept for nursing science. *Nursing Science Quarterly*, 14, 132-140.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.

Twaddle, A.C. & Hessler,R.M. (1997). *A sociology of Health*. St.Louis. The C.V. Mosby Company.

Varsi, C. (2005). Nye roller I en poliklinikk. *Sykepleien* nr. 3. 56-57

Verner-Bonds, L. (2001). *Den store boken om fargehealing*. Oslo. Hilt og Hansteen.

Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.

Watson, J. (1979). *Nursing; the philosophy and science of caring*. Boston. Little Brown.

Watson, J. (1988). *Nursing: human science and human care: a theory of nursing*. Norwalk. Appleton-Century Crofts.

Watson, J. (1993): *En teori för omvårdnad: omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia. F.K. Davis.
- Westin, S. (2001). De fem scenariene - marked for alle pengene? *Utposten*, 1. 20-23.
- Westin, S. (2000). Fra Pokemon til bjm.com. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120(24), 2931.
- Westin, S. (2002). Sykdomskremmere. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122(17), 1638.
- Widell, J. (1999). *Healing: en sociologisk undersøgelse*. [www.healerringen.dk](http://www.healerringen.dk)
- Williamson, L. (2001). Entering into the spirit of nursing: Holistic healers, past and present. *International History of Nursing Journal*, 6. 18-26.
- Winje, G. (1999). *Fra Bønn til Magi: nye religioner og menneskesyn*. Kristiansand. Høyskoleforlaget.
- Winsnes, O.G. (2001). Tallenes tale 2000: perspektiver på statistikk og kirke. Trondheim: Tapir.
- Woodhouse, M. (1996). *Paradigm wars: Worldviews for a New Age*. Berkeley, California: Frog.
- Wærness, K. (2001). Bokanmeldelse av: *Modermordet*. *Tidsskriftet Sykepleien*. 13. 60-61.
- Østerberg, D. (1999). *Det moderne: et essay om Vestens kultur 1740-2000*. Oslo: Gyldendal.
- Aadland, E. (1997). "Og eg ser på deg-": *vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Aarseth, H. P. (1999). Alternativ behandling - inn i varmen? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 3, 432.

Aarseth, H. P. (1997). Alternativ medisin - hva mener Lægeforeningen? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 117(24), 3573.

Aase, A. K. (1998). Kvinnelige leger får mindre hjelp fra sykepleierne. *Sykepleien*, 9. 18-19.

Aasland, O. G, Borchgrevink, C. og Fugelli P. (1997). Norske leger og alternativ medisin. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 17. 2464-2468.

## Vedlegg 1. Diverse kildemateriell.

American Holistic Health Assosiation homepage. <http://205.180.191.2/ahha/adjec.html>

American Holistic Nurses Assosiation homepage. [www.ahna.org/about/whatis.html](http://www.ahna.org/about/whatis.html)

### Brev:

Brev til Norsk Sykepleierforbund fra Healer/sykepleier Else Egeland angående Medlemskap i Norsk Sykepleierforbund. 28.10.1998

Brev til Det Norske Healerforbund. 19.10.1995. Vedrørende Healerprosjekt ved RiTø. Fra Regionsykehuset i Tromsø v/ Knut Schrøder

### Brosjyrer:

Bli kjent med dine healingevner. Kurs med Else Egeland. Bergen 20-21.10 2001

Brosjyre om "Colon-Hydro-Terapi" . Senter for Colon Hydro Terapi i Sandes.

Få kontakt med din Healingkraft. Kurs med Else Egeland . Kr.sand 30-31.10. 1999

Informasjonsbrosjyre om "Utrykksterapi" utgitt av Eva Stenersen

Informasjonsbrosjyre om terapisenteret "Meg Selv- stedet for kinesiologi –terapi". Utgitt av Kjellaug- Marie Røneid.

Informasjonsbrosjyre om SFA (Sykepleiernes Faggruppe i Alternativ Medisin)

Informasjonsbrosjyre om "Helhetlig helse i Skandinavia" Stiftelsen Holistisk Medisin.

Oversikt over tilbud ved "Krystallen Terapi og Healing". Terapeut og kursleder Jorun M. Kvistnes.

Informasjonsbrosjyre om Coaching. Kirsti Kvivik, sykepleier og alternativ behandler. 2005

Informasjonsbrosjyre om kurs i Qi Gong. Kirsti Kvivik, sykepleier og alternativ behandler. 2004

### Debattinnlegg.

Debattinnlegg v/Else Egeland. Paneldebatt Haukeland Sykehus. 22.09.1997. Tema: Healing og Helbredelse.

Debattinnlegg v/ Anne Grethe Kjær. Sendt til Sykepleien 14.09.1999. Tittel: Hva er Sykepleierforbundet redde for?

Debattinnlegg: ”La pasienten velge – ikke legen” av Rannveig Boge, Leder av forskningskomiteen i SFA. (ukjent dato, men det ble skrevet i forbindelse med høringen på forslag til lov om alternativ behandling).

Debattinnlegg: ”Er alternativ medisin faglig virksomhet for helsepersonell?” Leder av SFA 05.09.02 [www.sfa.no/aktuelt](http://www.sfa.no/aktuelt)

Debattinnlegg: ”Forslag til lov om alternativ behandling: et skritt frem og to tilbake” Leder av SFA 15.12.02 [www.sfa.no/aktuelt](http://www.sfa.no/aktuelt)

Debattinnlegg: ”Tannløst fra sosialkomiteen”. ” Leder av SFA 02.06.03 [www.sfa.no/aktuelt](http://www.sfa.no/aktuelt)

Diverse avisartikler (referert i teksten).

#### Forskningsrådet.

Forskningsrådet. ”Forskning på alternativ medisin- hvor går veien videre?” Møte 28.05.97

Forskningsrådet: Nyhetsbrev fra Kurskoordinator i alternativ medisin. nr.2,3 og 4, 1998, nr.1,2 og 3 1999

Forskningsrådet. Program for forskning om alternativ medisin. 1995

Forskningsrådet. Prosjektkatalog 1996. Alternativ Medisin.

Forskning.no. (2003). *Alternativ medisin- et bakgårdssalg?* Hentet fra <http://www.forskning.no/Artikler/2003/mars>

Forskrift om markedsføring av alternativ behandling av sykdom. HOD. 2003. Hefte 17

Holistisk Forbund. Plattform [www.holisme.no/plattform.html](http://www.holisme.no/plattform.html)

#### Høringsuttalelser, fått på henvendelse:

Høringsuttalelse fra Lægeforeningen på NOU 1998:21 Alternativ Medisin

Høringsuttalelse fra Det Norske Healerforbund på NOU 1998:21 Alternativ Medisin og på forslag til Lov om alternativ behandling av sykdom m.v. Ot.prp.nr.27 (2002-2003).

Høringsuttalelse fra Norsk Sykepleierforbund på NOU 1998:21 Alternativ Medisin og på forslag til Lov om alternativ behandling av sykdom m.v. Ot.prp.nr.27 (2002-2003).

Høringsuttalelse fra Naturteapeutenes Hovedorganisasjon på NOU 1998:21 Alternativ Medisin og på forslag til Lov om alternativ behandling av sykdom m.v. Ot.prp.nr.27 (2002-2003).

Høringsuttalelse fra Sykepleierne for Alternativ Medisin på NOU 1998:21 Alternativ Medisin og på forslag til Lov om alternativ behandling av sykdom m.v. Ot.prp.nr.27 (2002-2003).

Høringsuttalelse til utkast til forskrifter av 29/3-01: Merverdiavgiftsreformen.  
Brev fra SFA 06.05.01 til Finansdepartementet.

Informasjon fra skattedirektoratet. 01.10. 2003. Alternativ medisin- nye behandlingsformer unntatt merverdiavgift. [www.skatteetaten.no](http://www.skatteetaten.no)

Inst.O.nr.98 (2002-2003). Innstilling fra sosialkomiteen om lov om alternativ behandling av sykdom mv. [www.stortinget.no/inno/200203-098-004.html](http://www.stortinget.no/inno/200203-098-004.html)

Jean Watson and the Theory of Human Caring.  
[www.2.uchsc.edu/son/caring/content/caringcertificate.asp](http://www.2.uchsc.edu/son/caring/content/caringcertificate.asp)

Kreftforeningen. [www.kreft.no/nyheter/alternativt/articles/artid902341.html](http://www.kreft.no/nyheter/alternativt/articles/artid902341.html)

Kursprogram. Kurs i ”den nye medisinen”. Bergen 7-9 juni. 2003. [www.home.no/nymedisin](http://www.home.no/nymedisin)

Kursprogram. Etterutdanningskurs for leger og sykepleiere innen KAM: Arrangør NAFKAM: 28.11.2005.

Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin. *Forskningsprosjekter ved NAFKAM*. Hentet fra <http://uit.no/nafkam/1521/1>

Notat (fått på henvendelse) til legeforeningens møte med Sosialkomiteen 3. april 2003. Lov om alternativ behandling av sykdom m.v. Ot.prp.nr.27 (2002-2003).

NRK Puls 11.12. 2000. "Misbruker sykepleiertittelen".

[www5.nrk.no/fakta/nyheter/J1453.html](http://www5.nrk.no/fakta/nyheter/J1453.html)

NSF Nyheter. "NSF støtter at kvakksalverloven erstattes av lov om alternativ behandling".

[www.aykepleierforbundet.no/nettside](http://www.aykepleierforbundet.no/nettside). 23.06.2003

NSF Nyheter. "Alternativ undervisning krever økte ressurser". [www.nosf.no/Nettside](http://www.nosf.no/Nettside)

06.01.2005

Påtrykk. Medlemsblad for SFA. Fra nr. 1. 1999-

Sykepleiernes faggruppe i alternativ medisin. *Hvordan skal vi tolke lovteksten i forslag til Lov om alternativ behandling av sykdom m.v.?* Hentet fra <http://www.sfa.no/aktuelt.php?id=70>

Sykepleiernes faggruppe i alternativ medisin: *Høringsuttalelse på NOU 1998:21*. Fått fra leder Bodil Konradsen.

Sykepleiernes faggruppe i alternativ medisin. *Stortinget behandler viktig lovforslag*. Hentet fra <http://www.sfa.no/aktuelt.php?id=73>

Sykepleiernes faggruppe i alternativ medisin. *Tannløst av Sosialkomiteen*. Hentet fra <http://www.sfa.no/aktuelt.php?id=74>

Sykepleiernes faggruppe i alternativ medisin. *Viktige lovendringer og annet nytt*. Hentet fra <http://www.sfa.no/aktuelt.php?id=76>

Taler.

Aspaker Tale (17.12.2004): *Fra minefelt til seriøst forskningsfelt*. Tale i forbindelse med åpning av nye lokaler for NAFKAM. 17.12.2004. Hentet fra [www.nafkam.no](http://www.nafkam.no).

Tale på 10 årsjubileum for Naturterapeutenes Hovedorganisasjon. Britt Bjørgang. 07.03.2005



[www.ahna.org/about/whatis.html](http://www.ahna.org/about/whatis.html)  
[www.alternativnettverk.no](http://www.alternativnettverk.no)  
[www.else-egeland.org](http://www.else-egeland.org)  
[www.healernes-fagforbund.org](http://www.healernes-fagforbund.org)  
[www.healerringen.dk](http://www.healerringen.dk)  
[www.holisme.no](http://www.holisme.no)  
[www.kreft.no](http://www.kreft.no)  
[www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)  
[www.nfka.no](http://www.nfka.no)  
[www.naturterapi.no](http://www.naturterapi.no)  
[www.nafkam.no](http://www.nafkam.no)  
[www.nnh.no/NATURTERAPEUTEN/index.html](http://www.nnh.no/NATURTERAPEUTEN/index.html)  
[www.nyu.edu/nursing/centers/martharogerscenter.html](http://www.nyu.edu/nursing/centers/martharogerscenter.html)  
[www.saborg](http://www.saborg)  
[www.Selvet.dk](http://www.Selvet.dk)  
[www.sfa.no](http://www.sfa.no)  
[www.stortinget.no/inno/200203-098-001.html](http://www.stortinget.no/inno/200203-098-001.html)  
[www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)

Årsberetninger fra SFA. Fra 1999-

## Vedlegg nr. 2. Informantene.

Under vil jeg kort presentere de ulike informantene, hva slags kontakt jeg har hatt med dem og hvilke behandlingformer de tilbyr..

1. **Inga** ble utdannet sykepleier i 1983 og ble ferdig utdannet i kinesisk medisin i 1996. Senere har hun også tatt ulike kurs, f.eks i tai chi, samtalerapi m.m. Hun arbeider i bedriftshelsetjenesten og som privat praktiserende. Hun tok selv kontakt for intervju og jeg besøkte henne på arbeidsplassen og har senere hatt flere uformelle samtaler med henne.

2. **Karen** ble utdannet sykepleier tidlig på 70 tallet og har de siste 18 årene drevet et eget senter for alternativ behandling med flere ansatte. Hun er utdannet innen soneterapi, kostholdsterapi og bioresonans. Hun var bl.a. medlem av Årbakkeutvalget (NOU 1998;21) Siri (se under) formidlet kontakt til henne og jeg besøkte henne på arbeidsplassen hvor jeg intervjuet henne. Hun har også sendt meg skriftlig materiale fra foredrag hun har holdt.

3. Siri ble utdannet sykepleier på 80 tallet, hun er healer og var leder for Det Norske Healerforbund i mange år. Siri har jeg hatt mange uformelle samtaler og mye mailkontakt med. Jeg har besøkt henne og sett hennes arbeidsplass. Senere ble Siri leder for SFA og hun er medlem av mange ulike utvalg (sitter bl.a. i kreftforeningens utvalg for komplementær behandling). Hun er politisk og faglig engasjert og har tatt hovedfag i helsefag på temaet: ”Mennesker som overlevde alvorlig kreftsykdom mot alle odds”. Videre har jeg vært tilhører når hun har holdt innlegg og foredrag og hun har sendt meg skriftlig materiale av foredrag, kursmateriell m.m.. Hun har også skrevet en del i Påtrykk (medlemsbladet for SFA). Siri er det C.Wadel (1991) kaller en ”nøkkelinformant”.

4. **Karin** ble utdannet sykepleier på 70 tallet, hun er nå utdannet i antroposofisk sykepleie og har arbeidet på Vidarklinikken. Hun er også utdannet i terapeutisk berøring og tilbyr healing. Hun tok kontakt etter at jeg hadde vært med på et styremøte i SFA hvor hun var styremedlem. Jeg intervjuet henne på telefon og har senere fått noe skriftlig materiale fra henne.

5. **Sofie** ble utdannet sykepleier i 1995. Hun har også utdanning innen massasje og har utviklet dette i tilknytning til healing. Hun er også opptatt av kosthold og har kunnskaper om urter. Hun tok kontakt etter å ha sett annonse i Refleks og jeg intervjuet henne i hennes eget hjem. Vi har ikke hatt kontakt ut over dette ene intervjuet.

6. **Ingrid** tok kontakt etter å ha lest annonsen i Alternativ Nettverk. Hun ble utdannet sykepleier i 1970 og har helt siden den tid vært interessert i alternativ behandling. Hun driver nå sin egen klinikk med bl.a. tilbud om reiki healing, ma uri massasje, healing, bruk av

krystaller og Bachs blomstermedisin. Hun sendte meg en brosjyre. Ingrid ble intervjuet på telefon og vi har ikke hatt kontakt ut over denne ene gangen.

7. **Oda** tok kontakt etter at hun hadde lest annonsen i Alternativt Nettverk. Hun har en venninne som også har kontaktet meg. Hun ble utdannet sykepleier på slutten av 70 tallet og ble interessert i alternativ behandling da hun selv ble syk i 1993. Hun er nå utdannet rosenterapeut. Jeg besøkte henne i hennes hjem og intervjuet henne. Senere fikk jeg et brev av henne hvor hun kom med utfyllende kommentarer. Jeg har ikke hatt kontakt med henne siden.

8. **Susanne** ble utdannet sykepleier på 80 tallet. Hun tilbyr soneterapi og healing til venner og kjente samtidig som hun arbeider deltid som sykepleier. Hun tok kontakt etter annonse i Sykepleien og hun henviste meg til Siri (se over). Jeg intervjuet henne på telefon og vi har ikke hatt kontakt siden.

9. **Mari** ble utdannet sykepleier i 1966. Hun arbeider som sykepleier ved et sykehjem samtidig som hun de siste årene har gitt tilbud om healing til venner og kjente. Hun tok kontakt etter å ha lest annonsen i Sykepleien. Jeg intervjuet henne på telefon og har ikke hatt kontakt med henne siden.

10. **Ester** ble utdannet sykepleier på 80 tallet, hun arbeider nå som sykepleier ved en kirurgisk avdeling samtidig som hun tilbyr healing til venner og kjente. Hun tok kontakt etter å ha sett annonsen i Sykepleien. Jeg intervjuet henne på telefon og vi har ikke hatt kontakt siden.

11. **Solveig** ble utdannet sykepleier i 1996. Hun startet privat praksis som aromaterapeut i 1999. Hun samarbeider også med Inga og holder ulike kurs. Jeg besøkte henne på arbeidsplassen og har hatt flere uformelle samtaler med henne. Hun har også sendt meg noen mailer om kurs osv.

12. **Anna** ble utdannet sykepleier på 1980 tallet. Siden 1997 har hun drevet egen aromaterapiklinikk. En av studentene på sykepleierstudiet der jeg arbeider formidlet kontakten og jeg ble invitert på besøk. Jeg intervjuet henne og har siden ikke hatt kontakt.

13. **Turid** ble utdannet sykepleier på slutten av 70 tallet. Siden 1993 har hun drevet privat praksis hvor hun tilbyr craniosacralterapi, akupunktur, ma uri massasje og soneterapi. Hun tok kontakt etter å ha lest annonsen i Alternativt Nettverk. Jeg intervjuet henne på telefon og har siden ikke hatt kontakt med henne.

14. **Alice** var student på sykepleierutdanningen (ferdig i 1998) og da hun hørte om mitt prosjekt spurte hun om jeg ville intervjuer henne. Hun var svært interessert i alternativ behandling selv om hun ikke selv tilbød slik behandling. Jeg intervjuet henne og har siden ikke hatt kontakt med henne ut over at jeg har truffet henne på noen møter.

15. **Nina** tok kontakt etter at jeg hadde presentert meg i SFA. Hun ble utdannet sykepleier i 1986 og har siden 1992 gitt tilbud om kinesisk medisin. Hun driver 50 % privat praksis og er 50% ansatt på sykehus som psykiatrisk sykepleier. Jeg intervjuet henne på telefon og har ikke hatt kontakt siden.

16. **Jorunn** tok kontakt etter annonsen i Refleks. Hun ble utdannet sykepleier på 1970 tallet og har også arbeidet som lærer i videregående. Hun tilbyr psykodramakurs og er generelt interessert i alternativ behandling. Jeg besøkte henne i hennes hjem og intervjuet henne. Har ikke hatt kontakt siden.

17. **Hilde** tok kontakt etter å ha lest annonsen i Alternativt Nettverk. Hun ble utdannet sykepleier i 1976. Hun arbeider nå deltid som sykepleier og er i utdanning for å bli healer og fargerapeut. Hun ble intervjuet på telefon og jeg har ikke hatt kontakt med henne siden.

18. **Oddveig Birkeflet** ble utdannet sykepleier sent på 80 tallet. Hun utdannet seg fort videre i kinesisk medisin og har i mange år arbeidet på en klinikk i samarbeid med flere andre, også leger. Hun har vært styremedlem i SFA og hun har tatt hovedfag i sykepleievitenskap på effekten av Qi Gong. Jeg hatt noen uformelle samtaler med henne og hun har sendt meg mail med informasjon om konferanser, artikler osv.

19. **Bodil Konradsen** ble utdannet sykepleier tidlig på 70 tallet. Hun ble utdannet i kinesisk medisin på 90 tallet og hun var sentral i opprettelsen av SFA, hvor hun var leder de første årene. Jeg har hatt noen uformelle samtaler med henne og hun har formidlet seg skriftlig i Påtrykk og i Sykepleien.

20. **Norun** tok kontakt etter annonsen i Sykepleien. Hun ble utdannet sykepleier på 70 tallet og hun har de siste årene drevet eget kurssenter og gir tilbud om terapeutisk berøring og healing. Hun var en tid med i styret i SFA. Jeg intervjuet henne i hennes hjem og møtte henne ved et par anledninger på møter SFA arrangerte.

21. **Astri** tok kontakt etter å ha lest annonsen min i Refleks. Hun ble utdannet sykepleier på 80 tallet og tok utdanning i soneterapi i 1996. Hun tar imot til behandling i eget hjem, og arbeider 50 % på sykehus. Jeg intervjuet henne i hennes hjem og har ikke hatt kontakt med henne siden.

22. **Magnhild** ble utdannet til sykepleier i 60 årene. De siste 20 årene har hun vært lærer ved sykepleierutdanningen og hun har skrevet flere bøker. I mange år har hun vært interessert i alternativ behandling og hun har tatt ulike kurs og utdanninger. Hun var sentral i opprettelsen av stiftelsen Holistisk Medisin. Jeg har hatt sporadisk kontakt med henne, bl.a. deltatt på et møte der hun holdt et foredrag, et møte i stiftelsen Holistisk Medisin samt åpning av et senter. Jeg har lest og brukt en av bøkene hun har skrevet.

23. **Kirsti Kvivik** ble utdannet sykepleier i 1998. Hun var da allerede mester i Qi Gong og hadde utdanning i akupunktur og aromaterapi. Hun holder kurs og er som den første i sitt distrikt kommunalt ansatt som akupunktør og aromaterapeut for ansatte i kommunen. Jeg traff Kirsti på et kurs og hun ble invitert av meg til å komme til sykepleierutdanningen for å holde foredrag om alternativ behandling. Jeg har hatt uformelle samtaler med henne og deltatt på et av kursene hun har holdt i Qi Gong.

24. **Lise** driver et senter for alternativ behandling og har sendt meg en brosjyre. Jeg har ikke intervjuet henne, men har brukt brosjyren.

På Alternativt Forum i Kristiansand møttes flere sykepleiere, noen av dem bestemte seg for å danne en gruppe for sykepleiere med interesse for alternativ behandling. Jeg var med på 3 slike gruppemøter hvor Gudrun, Inger, Inga, Eline og Alice møttes.