

KAPITTEL 4

Sykehjem, – praksis og motstand: Møte med migrasjon

Adelheid Hummelvoll Hillestad

Lovisenberg diakonale høyskole

Abstract: The chapter is a reflection on my own knowledge development work as both a nursing teacher and project manager for a collaborative project at a nursing home in a different cultural context than my own. The basic perspective is an understanding that knowledge is situated, and therefore different understandings of knowledge practice will come into play when meeting each other. The focal point of the reflection is my own bodily resistance and emotional touchiness when observing wound care performed by local nursing students according to instructions from the local wound nurse. This bodily resistance as a form of counter-conduct is understood based on phenomenological insights about the body and emotions, and their possible influence on knowledge and learning practice. Furthermore, the view of learning is discussed with Foucault's concept of pastoral power as both a disciplining power and a caring power, and possible opportunities to change practice.

Keywords: nursing practice, migration, knowledge, counter-conduct, pastoral power

Dette kapittelet er en refleksjon over eget arbeid med kunnskapsutvikling som sykepleierlærer på et sykehjem i en annen kulturell kontekst enn min egen. Jeg legger til grunn en forståelse av at kunnskap er situert, og derfor vil ulike forståelser av kunnskapspraksis komme i spill i møte med hverandre. Det betyr at min tilstedeværelse på dette sykehjemmet også kan få de lokale pleiere til kjenne på at egen kunnskap og rolleforståelse utfordres i møte med en norsk kulturell kontekst. I denne samhandlingen kan

Sitering: Hillestad, A. H. (2022). Sykehjem, – praksis og motstand: Møte med migrasjon. I I. M. Lid & T. Wyller (red.), *Makt, motmakt og praksis. Bidrag til kritisk refleksjon innen diakoni og velferd* (Kap. 4, s. 87–101). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.167.ch4>
Lisens: CC BY-NC-ND

deres kompetanse bli tolket og definert annerledes enn det de antakelig vil oppleve og mene selv. Denne innsikten er et sentralt anliggende fordi vi alle har et emiskt (lokalt) kunnskaps- og læringssyn som vi oppfatter som helt naturlig, men som er kulturell (Hillestad, 2012). Derfor kan vi alle oppleve å føle motstand mot både en annerledes behandlingskunnskap og mot å skulle endre egen praksis, som igjen kan utfordre egen yrkesrolle. Det er denne motstanden jeg vil utforske nærmere.

Å arbeide i en annerledes praksishverdag gjør at vi tilskrives roller samtidig som vi selv kan forstå oss selv ut fra våre ervervede roller. For egen del hadde jeg rollen som lærer og prosjektleder i fagutviklingen på sykehjemmet, samtidig som jeg også kjente på å være både gjest og en fremmed i en annen kulturell kontekst. I en praksishverdag opptrer ikke disse rollene hver for seg, men er sammenblandet. Min erfaring er at denne sammenblandingen kommer i spill i møte med noe vi ikke forstår eller forventer. Det gjelder for eksempel opplevelser av handlinger i pleien som er vanskelige å akseptere, og samtidig ha et ønske om å være sensitiv for de lokales / andres kunnskaps- og behandlingspraksis. Denne dobbeltheten skapte noen ganger sterke følelsesmessige reaksjoner i møte med slike utfordrende situasjoner. Jeg kjente en kroppslig motstand. Denne kroppslige motstanden ble spesielt merkbar når jeg, ut fra mitt perspektiv, opplevde at andre ble påført unødvendig lidelse på grunn av manglende kunnskap.

Det er en slik hendelse om et sårstell 15 år tilbake i tid som vil være omdreiningspunktet for å utforske om min egen kroppslig motstand kan sies å være en form for motmakt, det Foucault (2007) kaller «counter-conduct». Foucault diskuterer ikke den subjektive kroppen per se som counter-conduct, men trekker blant annet frem hvordan subjekter kan utfordre maktrelasjoner gjennom motstand mot bestående maktstrukturer. Med dette som bakgrunn ønsker jeg å se nærmere på om et større nærbilde av individets hverdagspraksis kan avdekke andre og nye former for motmakt enn det Foucault var opptatt av.

Konteksten rundt hendelsen med sårstellet er hentet fra mitt arbeid med studentprosjekter og faglig utviklingsarbeid som sykepleielærer både for lokale bachelorstudenter og norske tredjeårsstudenter. Mandatet var at både norske og lokale sykepleierstudenter skulle utvikle sin kunnskap

og oppøve kliniske ferdigheter og kompetanse ut fra en norsk studie- og læringsplan. Samtidig var jeg tilknyttet et samarbeidsprosjekt mellom et norsk og et lokalt sykehjem om økt fagkompetanse innenfor bestemte fokusområder. Studentene og de norske pleierne jobbet ofte to og to sammen og var samtidig knyttet til og arbeidet sammen med en lokal pleier.

Før hendelsen med sårstellet hadde både de lokale og de norske pleierne og studentene en felles forståelse av at vi så noe ulikt på en del praktiske gjøremål og behandlingsprosedyrer, men det hadde ikke vært en åpen «konfrontasjon» om kunnskapssyn og prosedyrer. Dette hang nok sammen med at vi i begynnelsen arbeidet en del hver for oss med stell og pleie av pasientene for å rekke alle dagens gjøremål, samt at vi hadde fokus på å bli kjent med de som både bodde og arbeidet der, og sette oss inn i rutiner, det lokale helsesystemet og rammebetingelser. For å kunne være til nytte og bidra til samarbeid var det viktig å lære deres kontekst bedre å kjenne. Denne tilnærmingen fikk en brist da min kroppslige reaksjon under et sårstell avslørte motstand mot deres sårbehandlingspraksis.

Når jeg her skal utforske egen kroppslig reaksjon som et uttrykk for motstand mot gjeldende behandlingspraksis, gjør jeg dette ut fra et fenomenologisk perspektiv om kroppen. Å anvende fenomenologiske innsikter gir det en teoretisk forståelse for hvilken måte mine kroppslige erfaringer kan være en form for counter-conduct på.

Fenomenologiens perspektiv på kropp er at kroppen er vårt utgangspunkt til å være i verden, og er derfor startstedet vi orienterer oss ut fra (Merleau-Ponty, 1962). Gjennom å fødes inn i en historisk, samfunnsmessig og kulturell kontekst blir vi formet av normer, verdier, mål, overbevisning og beslutninger som gjør oss til et komplekst refleksivt menneske (Zahavi, 2014). Dermed blir den kunnskapen vi innehar, en del av en kroppslig innleiret praksis, som igjen henger sammen med de normer og verdier som er knyttet til egen erfaring og kunnskapspraksis. I dette ligger også en mulighetsbetingelse for å bli berørt av andres lidelse, det være seg fysiske, sosiale eller kulturelle aspekter ved den menneskelige tilværelsen. Kunnskap innehar derfor etiske og moralske dimensjoner. Dermed kan den innsosialiserte kunnskapen også skape følelsesmessig turbulens i møte med en annen kulturell kontekst hvor ulike rolleforståelser

og relasjoner møtes, selv om utgangspunktet og ønsket er å vise respekt og anerkjennelse samt å ha fokus på felles målsetting om bedre pleie for pasientene.

Omdreiningspunktet - sårbehandling

Foranledningen for denne dagen med sårstellet var at jeg skulle følge opp to lokale førsteårsstudenter (bachelor i sykepleie) på det samme sykehjemmet der jeg var prosjektleder for samarbeidsprosjektet om fagutvikling. Jeg var derfor ganske godt kjent med sykehjemmet og de fleste av de som både bodde og arbeidet der. Da jeg kom opp på avdelingen hvor studentene var, kom de meg i møte og fortalte de nå hadde fått lære sårstell. De skulle få lov til å stelle såret til en gammel dame sammen med sykepleierkontakten sin, og ville gjerne at jeg skulle være med å se på. Jeg ble med inn på rommet hvor damen som skulle stelles, bodde. Min tidligere erfaring i eget arbeid på sykehjemmet var at både hygiene, utstyr og arbeidsforhold inne på rommene hadde sine utfordringer (den gang) knyttet til sykehjemmets status, økonomiske forhold, organisering og samfunnsstruktur. Jeg var derfor forberedt på at ikke alle hygieniske prinsipper eller arbeidsstillinger o.l. kom til å kunne overholdes slik studentene hadde lært inne på skolen. Så jeg var mer nysgjerrig på hvordan de løste disse utfordringene. Planen var derfor å ikke delta i forberedelsene eller i selve prosedyren, men bare observere og la sykepleieren eventuelt veilede dem om de skulle stå fast. Det jeg så ble vitne til, var en for meg unødige smertefull behandling av såret som gjorde at jeg helt ukontrollert satte i et skrik samtidig med den gamle damen. Jeg ble forskrekket over egen reaksjon, som jeg ikke klarte å kontrollere, og uvel fordi jeg ikke var forberedt på denne smertefulle sårbehandlingen, og innså at her var det en annen forståelse av hvordan sår gror. Det var ikke bare mangelen på sårutstyr, men også hva som skal til for å gi best mulig sårtilheling. I min forfjamselse spurte jeg så studentene om hva grunnen var at såret skulle stelles på denne måten, noe de ikke kunne svare meg på. Det ble dørgende stille i rommet. Sykepleieren svarte da at behandlingen ville gi bedre blodtilførsel til såret. Her innså jeg at jeg hadde feilet igjen. I denne lokale læringskonteksten spørres det ikke om hvorfor, en bare gjør det

man får beskjed om og lærer fra overordnede. I dette tilfellet fra ansvarlig sårsykepleier på stedet.

Denne opplevelsen ble skjellsettende for meg fordi jeg kjente på en fortvilelse over at jeg ikke hadde kunnet avverge den gamle damens unødige lidelse. Samtidig skammet jeg meg over egen reaksjon fordi jeg satte sykepleieren og studentene i rommet i en kinkig posisjon og skremte de andre to damene som også bodde på rommet. Den tilliten og det samarbeidsklimaet vi hadde opparbeidet til nå, stod også i fare fordi jeg så tydelig hadde vist motstand mot den lokale sårprosedyren ved å komme med et anskrik.

Denne hendelsen hadde avdekket at vi forsto sårtilheling forskjellig. Hvem som eide den «riktige» sårkunnskapen kom i spill. Jeg befant meg nå i en situasjon hvor jeg i utgangspunktet var invitert inn i en lokal kontekst som jeg hadde stor respekt for, men min kroppslige reaksjon utfordret den lokale praksisen. Denne kroppslige motstanden jeg kjente på, var en følelsesmessig reaksjon som der og da ble en slags drivkraft til å finne en måte å endre denne sårpraksisen på. Slik sett kan denne kroppslige motstanden være en kime til motmakt mot den lokale kunnskapspraksisen.

Den kroppslige motstanden

For å belyse hva slags motstand kroppen kan sies å avdekke, vil jeg her trekke frem noen aspekter ved den kroppslige fenomenologien som kan bidra til innsikt i egen reaksjon. Kroppen er både et subjekt og et objekt. Det at vi både er og har en kropp, spiller en sentral rolle i vårt møte med andre mennesker, fordi denne dobbeltheten gjør det mulig å forstå andres erfaringer mer eller mindre direkte. Det er gjennom denne dobbeltheten (dualiteten) at vi får erfaring om andres bevissthet, noe som er en grunnleggende form for empati. Derfor kan vi bli følelsesmessig berørt av et annet menneskes erfaringer, uten nødvendigvis å dele den samme erfaringen. Empati i denne sammenheng er erfaringen vi får gjennom det kroppsliggjorte sinn fra den andre.

Kroppens dualitet belyser at vår kroppslige eksistens i verden helt fra begynnelsen av er intersubjektiv og sosial i det at vi er i verden og møter andre som eksisterer på samme måte som oss selv (Zahavi, 2003). Derfor

er ikke gester og kroppsspråk som en annen uttrykker, bare bevegelser, men de signaliserer intensjonelle handlinger som har et innhold av tanker (Sokolowski, 2000). Det at jeg skrek samtidig med den gamle damen, kan forstås ut fra min opplevelse av hennes fysiske smerte, selv om jeg ikke kunne vite hvordan hun erfarte sårstellet. Jeg kan heller ikke vite hva slags erfaringer og/eller følelser studentene og sykepleieren hadde når den gamle damen også skrek i denne situasjonen. Smerte er en allmenngyldig erfaring som vi alle har kjennskap til. Når de ikke skrek, men skvatt på grunn av min reaksjon, betyr ikke dette at de ikke hadde forståelse av at sårstellet ville gjøre vondt. Ut fra kulturelle kodekser om smerte kan deres reaksjon heller henge sammen med hva slags smerte som erfaringsmessig må tåles ved behandling – i dette tilfellet for at såret skulle gro. Kulturelle føringer for hva som er akseptabelt å skrike og bære seg for, vil spille inn. Samtidig kan forståelsen av situasjonen også henge sammen med hvilken kunnskap om behandling av sår konteksten erfares ut fra. Ut fra et slikt perspektiv kan det sies at min umiddelbare respons med å sette i et skrik, også signaliserte en type tenkning som var noe annerledes enn studentene og pleierne hadde forventet.

Det kan hende at deres forståelse av min rolle som besitter av kunnskap om sår, heller spilte inn på deres reaksjon på mitt utbrudd. Jeg skrek ikke i fysisk smerte, men som et kroppslig signal på en motstand mot prosedyreforløpet. Her var det ikke bare selve utbruddet, men også det følelsesmessige ubehaget som jeg tolket, de både så i ansiktsuttrykket mitt og hørte på stemmen min. Det kan sies at følelsene mine lå «utenpå».

Hendelsen avdekker også hvordan følelser og emosjoner er påvirket av vår kunnskap og erfaring, noe som igjen er knyttet til våre normer og verdier. Fenomenologen John Drummond (2009) viser til at vår erfaring i utgangspunktet består av både kognitive og affektive øyeblikk. Ting og situasjoner påvirker oss og vekker følelser i oss, noe som gjør at vi utfører en vurdering av situasjonenes og tingenes egenskaper slik de trer frem for oss. Derfor vil eksempelvis omsorg og forpliktelser så vel som kulturelle og arvede forståelser spille inn i vår affektive respons til et objekt eller en situasjon. Stuart Walton beskriver det slik: «[T]he emotions are not just those spasmodic bursts of feeling that well up in response to external

stimuli. They are bedrocks on which much, if not all, of our social and cultural lives rest» (Walton 2004, s. xix).

Min reaksjon på utførelsen av sårstellet (som påførte pasienten unødig smerte), samt studentenes og pleierens reaksjon, åpenbarer her at følelser henger sammen med kunnskap, som igjen er innleiret i kroppen. Min emosjonelle reaksjon ble en kroppsliggjort (embodied) reaksjon som avdekket egen situerthet til kunnskap og erfaringshorisont. Jeg behersket ikke den konteksten jeg sto i der inne på pasientrommet, fordi den lokale prosedyren var fremmed for meg.

Situasjonen viser at jeg er innsosialisert i en sykepleietenkning som kommer i spill innenfor en mer ukjent kontekst. Sykepleie er derfor ingen universell kategori, men kontekstuell og innleiret i den kroppslige praksisen kunnskapssynet og erfaringen bygger på (Hillestad, 2012).

Læringssyn som pastoral makt

Min kroppslige reaksjon kan dermed sies å avdekke hvordan vi formes som sykepleiere gjennom både lærings- og kunnskapsformer, og igjen hva det vil si å utføre god sykepleie. I sosialiseringen inn i en profesjon, i dette tilfellet både sykepleier og lærer, blir egen «sannhet» utfordret i møte med en annen form for kunnskap og læringssyn. Min reaksjon kan sies å avdekke en type pastoral makt som jeg er sosialisert inn i gjennom en kunnskapstradisjon og utvikling av profesjonens faglige grunnforestillinger.

På samme måte vil den lokale sykepleieren her være påvirket av sin kroppslige innleirede praksis. Pastoral makt er på denne måten en disiplinerende makt i det den er iboende i oss gjennom hvordan og hva vi lærer som sykepleiere. I den lokale konteksten er læring noe som foregår ved at kunnskapen videreføres fra «mester til novise» (Lave & Wenger, 1991), og hvor det ikke skal stilles spørsmål ved praksisen som læres. Hvis du spør, avdekker du din inkompetanse. Det er de eldre med mest erfaring som overfører sin kunnskap til de unge. Dette er også med på å opprettholde det hierarkiske systemet som sykepleien er organisert etter. Derfor henger også studentenes læringsforutsetninger sammen med de forberedelser samfunnet har lagt til grunn for hvordan de lærer.

Den norske utviklingen og tradisjonen for å lære innenfor en profesjon, vektlegger refleksjon og det å stille spørsmål både ved det som skjer i praksis, og ved teorien. Derfor er det ikke nødvendigvis alder, men kompetanse som vil ha noe å si for innlæringen, i dette tilfellet av sårstell. Kunnskapssyn og praksiser blir dermed posisjonert fordi det perspektivet man innlæres i, kommer fra et sted og fører til handling(er) som samsvarer.

For de lokale studentene avdekkes det et gap mellom deres tidligere læringsmåter inn i en læringstradisjon som har andre forventninger til egen læring, og kunnskapsutvikling. Med mitt nærvær blir dette også en trussel mot den hierarkiske strukturen mellom den lokale pleieren og studentene.

Foucault (1982) viser til at makt ikke bare handler om relasjonene mellom personer, om det er individuelt eller som et kollektiv, men er en måte visse handlinger endrer andre handlinger på. Å besitte en type kunnskap kan gi makt, men hvilken kunnskap som praktiseres som «sannhet», kan bli mer uklart i samhandling med og om forskjellige typer kunnskap-praksiser. Min kroppslige reaksjon på sårbehandlingen kan slik sett tolkes som en reaksjon mot den lokale pastorale makten. Når kunnskap og kunnskap- og læringssyn er innsosialisert og dermed innleiret i kroppen, avdekkes det her at den pastorale makten er situert. Dette også ut fra at å arbeide innenfor en profesjonell kunnskapsplattform vil si å være en person som formidler riktig kunnskap. Å være en kunnskapsutøver som opplever å ha en personlig autoritet, handler grunnleggende sett om å ha en støtte fra et kollektiv. Det betyr at når vi deler et sett av forestillinger med mange andre, er det en del av et sannhetsregime (Båtnes, 2015, s. 106). Det betyr at hvis man ikke arbeider innenfor en kjent kunnskapsplattform, blir man utenfor. Her i mitt tilfelle ble prosedyren for sårstell utfordret, fordi jeg var en gjest i andres hjemlige rom. Min sosialisering innenfor egen pastoral makt ble her utfordret.

Pastoral makt – også omsorgsmakt

Pastoral makt er ikke bare en disiplinerende makt, men også en omsorgsmakt (Foucault, 2007; Sander et al., 2016). Denne tosidigheten

belyser at et ønske om å lede og veilede andre i en bestemt retning for å ivareta og hjelpe, er en form for maktutøvelse som vil det gode. Rasjonalet her er å forbedre tilstanden til de som er involvert.

Den umiddelbare motstanden mot den lokale sårbehandlingspraksisen var at den smerten som ble påført den gamle damen, etter mitt skjønn var helt unødvendig. Litt senere skulle jeg erfare at denne formen for sårbehandling etter hvert lukket såret, men skapte fistler (hulrom) som senere åpnet seg til enda større sår. Dette resulterte først og fremst i mer lidelse for pasientene, men også enda større arbeidsbyrde for pleierne som fikk flere og større sår å stelle. Alt dette skapte en drivkraft hos både de norske pleierne, de norske studentene og meg selv til å arbeide for å endre sårpraksisen.

Ovenfor har jeg knyttet min egen påvirkning og sosialisering inn i en type pastoral makt gjennom den kunnskapstradisjonen jeg er en del av. Min egen situerhet, og dermed kroppslige motstand mot sårprosedyren, belyser også hvordan de sykepleiefaglige grunnforestillingerne jeg er oppdratt i, kan sies å tre frem gjennom min følelsesmessige reaksjon på sårstellet.

Å dannes inn i en sykepleietenkning og profesjon henger sammen med kunnskap som bygger på mange ulike elementer som utgår fra et komplisert samspill mellom flere former for teori og praksis (Grimen, 2008). Sykepleien anvender forskjellige kunnskapsfelter for å tilegne seg en helhetlig forståelse av det å være menneske og hva det vil si å yte god sykepleie. I denne sammenheng spiller omsorgstenkningen og profesjonsetikken inn i ønsket om å bruke kunnskapsbasert praksis til å utvikle en bedre sårpraksis for alle involverte parter.

I flere tiår har Kari Martinsens og Katie Erikssons omsorgsteori vært sentral i og hatt stor innflytelse på forståelsen av å yte omsorg i praksis (Førland et al., 2018). Gjennom Martinsens tenkning har forståelsen av å være sanselig og faglig orientert mot den andre (pasienten), ut fra vår felles grunnleggende erfaring i å være menneske og dermed med en forståelse av å beskytte den andres integritet og sårbarhet, vært sentral. Det vil si at det å være profesjonell kommer til uttrykk gjennom det skjønnnet vi har, og som bygger på og er knyttet sammen gjennom respekten for livet, faglighet og normer, samt ettertenksomhet eller refleksivitet (Martinsen,

2000). I Erikssons omsorgsteori innebærer omsorg for et annet menneske å gjøre det gode samt å forhindre unødig lidelse. Et sentralt begrep her er pleielidelse. Pleielidelse er en lidelse som påføres pasienten gjennom pleien han eller hun får. «Vårdlidandet kan ses som ett onödigt lidande som med alla medel bör elemineras.» (Eriksson, 1994, s. 98) Pleielidelse oppstår mange ganger på grunn av uvitende handlinger, manglende kunnskap og mer eller mindre fravær av refleksjon (Dahlberg, 2002, s. 4). Førland et al. (2018) viser til at omsorgens formål ut fra Eriksson er å lindre andres lidelse. Det å være vitne til andres lidelse gjør deg ansvarlig for å gjøre noe med det. Min egen dannelse innenfor denne tenkningen kan sies å ha medvirket til min opplevelse av å ha et ansvar for å endre sårpraksis, når jeg selv hadde en forståelse av at jeg kunne bidra til en mindre smertefull behandling. På samme tid hadde jeg også et ansvar som lærer for å gi studentene hjelp til å lære og å lære å tilegne seg kunnskapsbasert praksis sammen med de lokale pleierne.

Denne omsorgstenkningen kan gjenspeiles i profesjonsetikken gjennom at menneskeverdet og det enkelte menneskets verdighet er en grunnleggende tematikk i profesjonsetikken (Christoffersen, 2011, s. 16). Christoffersen (2011) peker på at moral er noe vi først og fremst gjør, mens etikken dreier seg om de reglene og kjennetegnene vi bruker i de moralske vurderingene, noe som først og fremst kommer til uttrykk gjennom det vi tenker. Det vil si at vi som sykepleiere har et etisk mandat som krever at vi står inne for det vi gjør, samtidig som vi har et selvstendig ansvar for å vurdere og å ivareta oppgavene vi er satt til å løse. Videre ligger det i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer at hensynet til pasienten skal alltid prioriteres, og gå foran hensynet til kollegaer (Norsk sykepleierforbund, 2019)

Min kroppslige motstand kan ut fra disse innsiktene avdekke noe av min etiske oppdragelse og kunnskapshorisont, et tema Davidson (2011) diskuterer ut fra Foucaults «counter-conduct» og dets etiske dimensjon som ligger i begrepet. Han belyser hvordan forståelsen av begrepet conduct blant annet er knyttet til forestillingen av «care of the self». Han viser til at: «Attitude, attention and practices of the self are all features of the ethical sense of conduct» (Davidson 2011, s. 30). Min innsosialisering i å utøve god sykepleiepraksis, samt å ville gi god veiledning til

studentene, kan sies å være en medvirkende faktor til mitt kroppslige ubehag og min uro, fordi jeg ikke var i en hjemlig kontekst, og fordi eget mandat og maktforhold var uavklart. Samtidig var det også et ønske om å vise respekt for den lokale konteksten og dermed ikke krenke sykepleierens posisjon.

For å kunne endre noe, i dette tilfellet en sårprosedyre, kan ikke egen motstand og dermed endringsvilje skje gjennom en ren handlingsendring. Det må også tas hensyn til den lokale konteksten og hva som kan være i spill for de andre for å tilegne seg ny kunnskap.

Kunnskapspraksisens mulige hinder?

Ved at kunnskapsregimer er forskjellige blir hverandres kunnskap sårbar. Dette fordi kunnskapen man har tilegnet seg, står i fare for å miste verdi. Den personlige kompetansen kan gå tapt, noe som nødvendigvis vil måtte påvirke et samarbeid om endring av eksempelvis sårstellet ovenfor. Dette er en sårbar situasjon også fordi et sannhetsregime må endres ved et samarbeid. Båtnes (2015) trekker frem pedagogen Jenny Rogers som peker på at en del voksne kan være tilbakeholdne med å endre sin kunnskap når det blir et krav om ny kunnskap. Bakgrunnen for dette er blant annet at å innrømme at en trenger å lære noe nytt, er å innrømme at det er noe galt med det systemet vi allerede har. Båtnes trekker også frem at motstanden mot å lære noe nytt blir ekstra stor når en opplever at egne verdier og personlig identitet blir truet (s. 19). Derfor vil motstand mot endring her være en naturlig reaksjon fra den lokale pleierens side. Dette gjelder ikke bare for henne som individ, men henger også sammen med profesjonens status og forståelsen av hva god kvalitativ pleie innebærer. Videre kan motstanden heller ikke skilles fra den sosiale verdien dette innebærer (Kleinman, 1995).

Det betyr at sykepleierens måte å behandle sårstell på, både var basert på hennes lokale, kulturelt innsosialiserte sykepleiekunnskap, og på sykepleierens status og hierarkiske struktur. Når de lokale sykepleierstudentenes ble opplært i sårprosedyren beskrevet ovenfor, er det derfor flere aspekter ved læringen enn selve prosedyren. De innlæres i en sosial praksis (Lave & Wenger, 1991, 2003) som også henger sammen med hvordan

sykepleie læres. Sårstellet er en del av en helhetlig forståelse av det å være student og hvem som innehar kunnskapen som skal læres, og på hvilken måte den skal tilegnes. Studentenes læreforutsetninger henger igjen sammen med de forberedelser samfunnet har gitt dem gjennom måten de lærer å tilegne seg kunnskap på. Når alder og erfaring var knyttet til autoritet og kunnskap om eksempelvis stell av liggesår, var det i utgangspunktet nærmest utenkelig for en student å stille spørsmål ved denne praksisen. Et slikt perspektiv åpner samtidig opp for en mulig vei inn til hvordan vi kunne utvikle felles forståelse og samarbeid om endringen av sårstell. For å få til en varig endring måtte det komme fra de lokale pleierne. Det var disse pleierne som hadde en nøkkelposisjon i den hierarkiske strukturen inne på sykehjemmet, som hadde mulighet til å skape denne endringen.

Pastoral makt som omsorgsmakt - mulighet for endring?

Davidson (2011) viser til et intervju med Foucault om motstand (resistance), der han sier at det ikke er en motsetning til makt. Foucault sier at for å motsette seg noe, må man aktivere noe som er like oppfinnsomt, like mobilt, like produktivt som makten selv. Det betyr at å skape motmakt (counter-conduct) er noe som er mer enn en rent negativ handling, enn det å være ulydig (Davidson 2011, s. 27). Videre viser Davidson til Foucault som sier:

A force is not a metaphysical substance or abstraction, but is always given in a particular relation; a force can be identified as any factor in a relation, that affects the elements of the relation; anything that influences the actions of individuals in relation, that has an effect on their actions, is in this sense a force. And thus force relations structure the possible field of actions of individuals. Resistance and counter-conduct modify these force relations, counter the locally stabilized organizations of power, and thereby affect, in a new way, the possibilities of action of others. A force relation can be immanent in a physical environment, in a social configuration, in a pattern of behavior, in a bodily gesture, in a certain attitude, in a way of life. All of these features can structure the field of action of

individuals, and thus power and resistance come from everywhere. (Foucault, 1976, s. 121–122 i Davidson, 2011, s. 29)

Kroppslig motstand som en form for «counter-conduct» kan med dette perspektivet gi en mulighet til å synliggjøre en motstand som andre ser og opplever. Det ga sykepleieren og studentene mulighet til å lure på hvorfor jeg reagerte som jeg gjorde. Min kroppslige respons på sårstellet åpnet for å kunne se at det kunne finnes andre alternative måter å gjøre sårstell på. Det at makt alltid er i relasjon til noe eller noen, gir også den lokale sykepleieren en mulighet gjennom sin posisjon i det hierarkiske strukturen på sykehjemmet til å bidra til endring av sårpraksis. Ovenfor har jeg skrevet om kunnskapspraksisens hindringer for endring som innebærer en sensitivitet for at den andre part ikke skal miste verdighet, men samtidig kan nettopp spillet mellom maktforhold også være en vei inn til ny praksis. I etterkant av denne situasjonen ba jeg om unnskyldning for min reaksjon og forklarte samtidig hvorfor det skjedde. Dette åpnet for en kunnskapsutveksling som igjen førte til at vi fikk mulighet til å vise og forklare «vår måte» å stelle og forstå sårtilheling på. Kunnskapsutvikling er en produksjonsform som i sitt vesen forutsetter samarbeidsformer (Sørhaug, 2001).

I begynnelsen av denne endringsprosessen ble vi utfordret på at det var enkelt for oss i Norge som hadde alt tilgjengelig utstyr, noe de ikke hadde. Det hadde de helt rett i. Dermed ble det ekstra viktig å gi kunnskap om prinsippene for sårstell slik at det ikke bare var på grunn av utstyret at sårtilhelingen var annerledes. Ved at de ledende sykepleierne fikk kunnskapen først og fikk aksept fra legen og resten av ledelsen, ble dette en inngang til å endre sårstellet. Det førte til at vi sammen fant måter å utføre sårstell på uten avansert sårutstyr, samt det aller beste – forebygging av sår. Samhandlingen startet dermed en prosess både til egen og de andres refleksjon og bidro til utvidelse av hverandres kunnskap (Giddens, 2001).

Over en lengre periode endret hele sykehjemmet prosedyre og regime for sårstell, men de befant seg nå også i en ambivalent situasjon. Sykehjemmets tidligere sårstellpraksis var vanlig praksis flere steder i det lokale helsevesenet, noe som ga noen utfordringer med pasienter som var innunder det lokale sykehusets kontroll. Derfor ble det i første omgang endret praksis på de pasientene som ikke skulle på kontroll på sykehuset.

Dette førte til at de lokale pleierne etter hvert ga uttrykk for at de syntes det ble vanskelig å gjøre forskjell på pasientene, fordi de etter en stund opplevde at den nye sårprosedyren og sårtilhelingen var bedre enn den gamle. Vårt samarbeid om ny sårkunnskap hadde skapt et ønske om å endre sårpraksis utover sykehjemmets vegger. Min kroppslige motstand mot den tidligere sårbehandlingen kunne sies å være overført til de lokale pleierne.

Avslutning

I dette kapittelet har jeg prøvd å vise at det å utforske egen kroppslig motstand i møte med en annen kulturell kontekst og sårbehandling kan være en form for counter-conduct. Da jeg reflekterte over egen følelsesmessige kroppslige reaksjon, avdekket dette min egen situerthet knyttet til en pastoral makt som ble utfordret av en annen etablert pastoral makt. Min kroppslige motstand kan sies å sette seg opp mot den etablerte pastorale makten som den lokale konteksten hadde. Kapittelets perspektiv er således en annen form for counter-conduct enn det Foucault diskuterte i sin utlegging av den pastorale makten. Her er det en form for counter-conduct som innebærer at kroppen som subjekt og med sin relasjonaltitet kan være en motstandsstrategi i forståelsen av hverdagslivets praksis.

Referanser

- Båtnes, P. I. (2015). *Kunsten å kunne. Om lede og glede i det personlege kunnskapslivet*. Gyldendal akademisk.
- Christoffersen, S. A. (2011). Profesjoner og profesjonsetikk – hva er det? I S. A. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk. Om etiske perspektiver i arbeid med mennesker* (2. utg., s. 18–43). Universitetsforlaget.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande – det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 63(1), 4–8.
- Davidson, A. I. (2011). In praise of counter-conduct. *History of the Human Science*, 24(4), 25–41.
- Drummond, J. (2009). Feelings, emotions, and truly perceiving the valuable. *The Modern Schoolman*, 86(3/4), 363–379.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber utbildning.
- Foucault, M. (1982). The subject and power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777–795.

- Foucault, M. (2007). *Security, territory, population lectures at the Collège de France 1977–1978*. Palgrave MacMillan.
- Førland, O., Alsvåg, H. & Tranvåg, O. (2018). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 4(3).
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self – identity. Self and society in the late modern age*. Polity Press.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og profesjonsmoral. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget.
- Hillestad, A. H. (2012). Sykepleie – en universell kategori? I P. I. Båtnes & S. Egden (Red.), *Flerkulturell forståelse i praksis* (s. 161–168). Gyldendal Akademisk.
- Kleinman, A. (1995). *Writing on the margin. Discourse between anthropology and medicine*. University of California Press.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press.
- Lave, J. & Wenger, E. (2003). *Situert læring og andre tekster*. Hans Retzels Forlag.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. Routledge.
- Norsk sykepleierforbund (NSF) (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etik-og-yrkesetiske-retningslinjer>
- Sander H.-J., Villadsen, K. & Wyller, T. (Red.). (2016). *The spaces of others – heterotopic spaces. Practicing and theorizing hospitality and counter-conduct beyond the religion/secular border*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sokolowski, R. (2000). *Introduction to phenomenology*. Cambridge University Press.
- Sørhaug, T. (2001). Innledning. I R. Sennet (Red.), *Det fleksible menneske. Personlige konsekvenser av å arbeide i den nye kapitalismen*. Fagbokforlaget.
- Walton, S. (2004). *Humanity – an emotional history*. Atlantic Books.
- Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi*. Roskilde Universitetsforlag.
- Zahavi, D. (2014). *Self and other. Exploring subjectivity, empathy, and shame*. Oxford University Press.