

Omvårdnadsteorier — några kritiska synpunkter

Ulla Lundh

Mårten Söder

Kari Waerness

Omvårdnadsforskningen sjuder idag av aktivitet. För att denna aktivitet skall kanaliseras in i forskningsmässigt fruktbara banor måste man lära sig ställa fruktbara frågor, som är intressanta för de konkreta problem som finns i omvårdnaden. De vanliga omvårdnadsteorierna synes snarast försvåra en sådan utveckling genom att vara abstrakta och inriktade på en instrumentell rationalitet, som bara är tillämpbar för sådana patienter där man lättast uppfyller mål som hälsa, egenvård och oberoende. Men det mesta av den omvårdnad som bedrivs idag liksom i framtiden gäller äldre människor med kroniska tillstånd som inte låter sig botas med aldrig så välstrukturerade vårdmodeller.

Ulla Lundh är verksam vid Tema Hälso- och sjukvården, Universitetet i Linköping, Mårten Söder vid Sociologiska Institutionen, Uppsala universitet och Kari Waerness vid Sociologisk institutt vid Bergens Universitet.

granskning av var och en för sig förvisso vore mer rättvisande. Likväl innehåller de vissa gemensamma egenskaper och det är dessa vi har velat lyfta fram och därför tillåtit oss denna förenkling. De konkreta illustrationer som ges har vi tagit från Orems omvårdnadsteori.

Vår kritik riktar sig mot själva typen av teori-byggnad (normativa teorier med såväl rationalistiska som systemteoretiska inslag) och de konsekvenser denna får för forskning, utbildning och praktiskt vårdarbete. Vi refererar också till diskussioner om dessa frågor i Norge, där debatten varit livligare än i vårt land.

Vi vill inledningsvis också understryka att det inte är vare sig omvårdnadsforskningen som forskningsområde eller det faktum att sjuksköterskor ägnar sig åt forskning som vi är kritiska till. Tvärtom ser vi detta som en angelägen och önskvärd utveckling. Vi menar dock att omvårdnadsteorierna riskerar att leda denna utveckling in i mindre fruktbara banor.

I sina huvuddrag består omvårdnadsteorierna dels av en beskrivning av själva vårdarbetet ('omvårdnadsprocessen'), dels av en beskrivning av det system ('omvårdnadssystemet') i vilken omvårdnaden äger rum.

Omvårdnadsprocessen

'Omvårdnadsprocessen' beskrivs i regel som innefattande fyra olika steg: Datainsamling/prioritering, planering, genomförande och utvärdering. Tidigare har sjuksköterskan, likaväl som läkaren, talat om

.....

Omvårdnadsforskningen är angelägen — omvårdnadsteorierna riskerar leda utvecklingen in i mindre fruktbara banor

.....

Under senare år har s k omvårdnadsteorier (engelska 'Nursing Theories') vunnit utbredning i Sverige. De används i våra medellånga vårdutbildningar och åberopas stundtals som det fundament på vilket den framväxande omvårdnadsforskningen skall bygga. Än så länge förefaller dessa teorier accepteras relativt okritiskt, inte minst inom vårdutbildningarna. Vår avsikt med denna artikel är att kritiskt granska några inslag i dessa teorier i förhoppning att det kan leda till en konstruktiv debatt om deras för- och nackdelar samt diskussioner om alternativa utgångspunkter i såväl utbildning som omvårdnadsforskning.

Det är naturligtvis en grov förenkling att som vi gör slå samman dessa teorier och behandla dem i klump. Teorierna är så pass olika att en närmare

patientens *symtom*. I 'omvårdnadsprocessen' insamlas istället data om patientens *hälsotillstånd*. Detta sker i vårdperiodens inledning. På samma sätt som läkaren har inkomstsamtal med patienten ska sjuksköterskan ha det. Läkaren fastställer *sjukdomsdiagnosen* och sjuksköterskan fastställer sin *vårddiagnos*. Sjuksköterskan är intresserad av sjukdomens effekter för patienterna och deras familjer, medan läkaren är mer intresserad av själva sjukdomen.

I sjuksköterskans datainsamling ingår förutom de delar som är direkt relaterade till den åkomma patienten söker hjälp för, också uppgifter om personlig livsstil, upplevelser vid tidigare sjukdomar, patientens familj, vänner, arbetskamrater, boendeförhållande m.m. Sammanfattningsvis kan man säga att sjuksköterskan ska ta reda på så mycket som möjligt om patienten för att kunna förstå vad som är hans/hennes viktigaste problem, och vilka vägar som är bäst för att återfå full hälsa. Hela datainsamlingsprocessen kan sägas vara ett sökande efter ledtrådar, för att identifiera patientens problem och fastställa vårddiagnos (Kratz 1979). Denna ska uttrycka individens hälsoproblem, men är inte identisk med den medicinska diagnosen (Gordon 1982).

När patientens vårdproblem är identifierade och diagnostiserade ska omvårdnaden planeras. Första steget i denna process är att bestämma vilka vårdproblem som ska prioriteras. Därefter bestämmer man vårdmål och omvårdnadshandlingar och dessa skrives ner i en vårdplan. I prioriteringsfasen ingår också att man ställer hypoteser om utfallet av olika åtgärder (Eriksson 1981). Det är inte säkert att vårdare, patient, familj m.fl. vill prioritera samma hälsohinder. Särskilt om insamling och analys av data i den första delen av vårdprocessen har varit bristfällig uppstår lätt inkongruens. Patientens deltagande i prioriteringen är essentiell, men för att kunna göra en realistisk bedömning av olika utfall måste han/hon vara grundligt informerad om sjukvårdens möjligheter. De ska vara patientcentrerade, vilket innebär att de ska vara ett uttryck för behov som patienten upplever (Kratz aa). Vårdmålen ska vara formulerade i beteendetermer. Till varje beteende ska också finnas en tidsangivelse om när målet ska vara uppfyllt. Om målen är alltför stora känns de svåra

för patienten att uppnå. De ska därför brytas ner i delmål som kan uppnås inom några dagar eller en vecka. I planeringsfasen bestäms också hur vårdmålen ska uppfyllas. De åtgärder som ska vidtas skrivs ner på vårdplanen, och diskuteras med patienten på ett sådant sätt att han/hon känner sig involverad i valet av handlingsalternativ. Därefter börjar genomförandefasen då alla planerade omvårdnadsåtgärder vidtas. Även under denna fas bedömer man patientens tillstånd, beteenden och reaktioner. Hälsotillståndet kan förändras. Nya vårdmål eller nya prioriteringar ska kontinuerligt formuleras vid behov. Ny information behövs också för den sista fasen – utvärderingsfasen. Då ställs den nya informationen i relation till den ursprungliga, och man bedömer om respektive vårdmål har uppnåtts. Om målet är uppnått är allt gott och väl, då kan andra mål prioriteras. Om målet ej är uppnått, söker man bedöma om de valda vårdhandlingarna är adekvata, eller om andra åtgärder ska vidtas. Kanske behöver också målen formuleras om eller nya vårdproblem prioriteras.

Orems egen-vårdsteori

I anslutning till 'omvårdnadsprocessen' har flera sjuksköterskor presenterat omvårdnadsteorier, som ska utgöra den teoretiska grunden för sjuksköterskans vårdarbete. I dessa teorier kompletteras själva vårdprocessen med en beskrivning av det omvårdande systemet. De mest kända vårdteorierna utarbetades i USA under 1970-talet. De flesta har formulerats av sjuksköterskor som i modeller summerar och analyserar egna erfarenheter av omvårdnadsarbete.

Då vi i vår fortsatta diskussion kommer att illustrera vår framställning med exempel i huvudsak från Orems teori, skall vi inledningsvis ge en kortfattad beskrivning av denna.

Orems vårdteori (Orem 1980) betonar individens rättigheter, och ser *egenvård* som den ideala vårdformen. Hon menar att omvårdnaden ska bygga på

.....
Orems vårdteori ser egenvård som den ideala vårdformen
.....

- luft, vatten och föda
- uttömningar
- aktivitet och vila
- ensamhet och social gemenskap
- risker och välbefinnande
- att vara normal

Orem menar att 'omvårdnadsprocessen' består av en intellektuell och en praktisk fas. I den intellektuella fasen samlas information om patienten och varför han/hon behöver omvårdnad. Detta ligger till grund för den vårdplan som formuleras. Det är viktigt att sjuksköterskan därvid tar hänsyn till patientens livsstil. Hon måste vidare lyssna till patientens och läkarens åsikter, ta hänsyn till patientens nuvarande och eftersträlvade hälsotillstånd, hans/hennes behov av terapeutisk egenvård samt möjligheter att själv utföra egenvård. I den praktiska fasen initieras, genomförs och kontrolleras de olika vårdhandlingarna.

Den rationella vårdaren

planeringsmodeller, forskningsprocessen, economic man's val på marknaden osv. Inte minst slående är naturligtvis dess likhet med modellen för kliniskt-medicinskt beslutsfattande.

Till skillnad från många av dessa modeller gäller dock vårdprocessen inte någon avgränsad teknologisk eller biologisk aspekt. Den gäller *relationer mellan människor*, där den ena parten drabbats av svårigheter. Genom de omfattande mål som stipuleras för processen kan man säga att vårdprocessmodellen omfattar aktörerna och deras relation i sin totalitet.

Men att då beskriva vårdarens agerande som baserat på ett kalkylerande förnuft, strider mot mycket av vad vi förknippar med "god omvårdnad". Sådan är så mycket mer än bara instrumentell rationalitet: känslor, omtanke, intuition, empati.

Omvårdnadsteoriernas beskrivning av vårdprocessen kan uppfattas på två olika sätt. För det första kan den ses som en beskrivning av *hur det är*. Omvårdnad, menar man då, går faktiskt till på det sätt som modellen beskriver. Åtminstone några av omvårdnadsteoretikerna synes mena att så är fallet. Orem (1980) säger tex "Self-care and care of dependent family members are deliberate actions sequentially performed to meet known needs for care. . . . Self-care (or dependent care) as a process or a system results from the individuals deliberate use of conceptualized processes or technologies to meet known self-care requisites" (sid 28–29).

Det andra sättet att uppfatta vårdprocessmodellen är att se den som *normativ*: så här *bör* omvårdnad bedrivas. I de flesta fall torde det vara detta som är avsikten. Vi skall kortfattat diskutera båda dessa tolkningar.

Den första tolkningen – att det är så här omvårdnad faktiskt går till – innebär att modellen kan diskuteras utifrån hur väl den beskriver verkligheten. Frågan blir då om vi när vi tar hand om våra medmänniskor gör det genom att handla på vård-

Att beskriva vårdarens agerande baserat på ett kalkylerat förnuft strider mot vad vid förknippas med "god omvårdnad"

Tar vi hand om våra medmänniskor genom att inventera problem, ställa diagnos, prioritera insatser, lägga upp en vårdplan, implementera och utvärdera?

processens rationella sätt (inventerar problem, ställer diagnos, prioriterar insatser, lägger upp en vårdplan, implementerar och utvärderar)? De flesta omvårdare torde knappast känna igen sig i denna beskrivning. Däremot skulle man kunna hävda att detta är ett bra sätt att i *efterhand* beskriva vad vi faktiskt gör i våra omvårdnadshandlingar utan att vara medvetna om det. Men frågan är om ens detta är riktigt. Man kan tex argumentera för att omsorgshandlingar ofta sker på andra premisser än instrumentell "vetenskaplig" rationalitet. Men detta innebär inte att de i en vidare mening är irrationella. De bygger på en annan form av rationalitet. Som en av oss i ett annat sammanhang har uttryckt det: "Both on the basis of my personal experiences from care-giving in the private sphere and from doing empirical research on care giving work I find it reasonable to argue the following: there exist something that could be called 'rationality of caring', of fundamental importance for the welfare of the dependents, and at the same time different from and to some degree contradictory to the scientific rationality on which professional authority and control in the field of reproduction is legitimated" (Waerness 1984 sid 195).

Omsorgsrationalitet ("rationality of caring") bygger på både känsla och förnuft. Den ser till det unika snarare än det generella och betonar flexibilitet och situationsanpassning. Den skiljer sig från den förnuftsbaseade kalkylerande rationalitet som finns i vårdprocessmodellerna och svarar bättre mot hur omsorg och vård faktiskt utövas.

Att vård som utövas av "amatörer" därför avviker från vårdprocessmodellen, förefaller uppenbart. Men omvårdnadsteorierna gäller ju i första hand den professionella vård som bedrivs av sjuksköterskor. Kanske beskriver de bättre hur sjuksköterskor faktiskt går till väga i sitt arbete? Vi tror inte det. Så stor är inte skillnaden mellan professionella

sjuksköterskors och obetalda amatörers sätt att bedriva omvårdnad. Vårdprocessmodellen beskriver på sin höjd *en* aspekt av sjuksköterskornas omvårdnadsarbete. I detta kan vi för övrigt ta stöd från Hendersson (1982), själv en av pionjärerna inom omvårdnadsforskningen: "While the nursing process recognizes the purpose of the problemsolving aspects of the nurse's work, a habit of inquiry and the use of investigative techniques in developing the scientific basis for nursing, it ignores the subjective or intuitive aspect of nursing and the role of experience, logic and expertopinion as bases for nursing practice" (sid 109).

Vårdprocessmodellen framstår således inte som någon bra beskrivning av hur omvårdnad faktiskt går till. Men detta hindrar inte – vilket ovan utgjorde vår *andra* tolkning – att den på ett bra sätt beskriver hur det bör gå till. Sjuksköterskan bör, enligt denna tolkning, *eftersträva* rationella beslut grundade på probleminventering, vårdiagnos, målanalys osv.

Det är som sådana *idealmodeller* omvårdnadsteorierna oftast presenteras i vårdutbildningen. Är det då eftersträvansvärt att omvårdnad bedrivs på detta sätt?

Flera författare har diskuterat vad de kallar "förvetenskapligandet" av vård och omsorgsrelationer (se tex Beckman 1981, Liljeström & Jarup 1983, Waerness 1984, Bergendahl 1985). Som bland annat Liljeström & Jarup (aa) framhållit, ligger i ett sådant ("vetenskapligt") sätt att förhålla sig en risk för att man distanserar sig från och objektiviserar patienten. Det är sant att man i många omvårdnadsteorier betonar behovet av närhet till och förståelse av patienten. Men frågan är om man inte lurar sig själv genom att samtidigt framhålla den rationellt kalkylerande vårdprocessmodellen som ideal. Man begagnar sig av en rationalitetsform som likväl får distansrande effekt.

Vårdprocessmodellen beskriver på sin höjd *en* aspekt av sjuksköterskornas omvårdnadsarbete

I den engelskspråkiga litteraturen görs ofta en distinktion mellan "nursing as science" och "nursing as art". Det förra står för ett vetenskapligt rationellt förhållningssätt, det senare för den mer intuitiva, omsorgsrationella, aspekten av omvårdnad. I en utvärdering av vårdutbildning baserat på vårdprocessen, fann Skeet (1984) att eleverna tenderade att tillämpa modellen stereotyp och utan känsla för individuella och sociala karakteristika hos patienten. De var också mycket problem/diagnos inriktade i sitt sätt att bedriva omvårdnad. "In summary, the examiners believed that they had witnessed the practice of the science of nursing without its application as an art" (sid 17).

Det kan alltså finnas risker också med att framhålla vårdprocessmodellens rationella beslutsfattande som normativ modell för hur omvårdnad bör bedrivas. Det finns, som Hendersson uttryckt det, en risk för att sjuksköterskorna blir som läkarna, "poorly educated in the giving of services; better educated in the arrogance of science" (a a sid 108).

Den abstrakte patienten

De beskrivningar av vårdsystemet man finner i omvårdnadsteorierna är påfallande abstrakta. De komponenter som ingår i systemet är vanligen patienten, sjuksköterskan samt någon form av mål (eller teknologiskt system). De olika komponenterna beskrivs på lite olika sätt, beroende på författarens förankring i det ena eller andra psykologiska synsättet. Som regel beskrivs dock patienten som en människa med generella behov och någon form av hälsoproblem. Sköterskan är en människa utrustad med ambition att hjälpa och de kunskaper och tekniker detta kräver. De mål som sätts upp är ofta omfattande och berör inte bara de omedelbara hälso problemen utan hela patientens livssituation. En viktig del av sköterskans arbete är att relatera dessa allmänna mål till patienten och dennes konkreta problem. I det arbetat använder hon sig av vårdprocessens analysmodell.

Vårdteoriernas patient är en abstrakt sådan. Han/

~~~~~  
*Ett ovanligt krångligt sätt att säga att vårdaren och patienten möts för att den senare inte mår riktigt bra*  
 ~~~~~

hon har lyfts ut ur sitt sociala och kulturella sammanhang, och är framförallt patient – i behov av professionella sjuksköterskors insatser. Visserligen nämns stundtals betydelsen av sociala och kulturella faktorer. Men de utgör bara *ramar* för samspelet, ofta bokstavligen illustrerade som sådan i böckernas figurer.

Det kan tyckas som om teorier med dessa utgångspunkter skulle bli väl enkla och triviala. Men enkla är sällan omvårdnadsteorierna. Tvärtom, deras beskrivningar av vårdsystemet är ofta komplexa och snåriga. Denna komplexitet uppnås dock inte genom att de abstraherade aktörerna närmas till verkligheten utan genom användandet av systemteoretisk terminologi för att beskriva relationer mellan komponenterna. Så här kan det låta: "Människan är ett system i utveckling. I en vårdprocess finns alltid minst två system i utveckling, patienten och vårdaren. Vårdprocessen är även ett system i utveckling på en mera komplex hierarkisk nivå. Inom patienten, vårdaren och vårdprocessen föregår olika slag av målsökande och målsättande aktiviteter. Man kan anta att några av dessa är sk hälsoprocesser. Strukturen utgörs av olika relationer mellan sundhet, friskhet och välbefinnande på olika hierarkiska nivåer, dvs med olika grad av integration. Grad av integration, förekomst av hälsohinder (vilka som helst tillräckliga för att ett optimalt hälsotillstånd inte föreligger) beskriver olika tillståndsmodeller" (Eriksson 1984 sid 91).

I rättvisans namn skall påpekas att flera av de begrepp som används i detta citat, har definierats tidigare i texten. Men det framstår ändå som ett ovanligt krångligt sätt att säga att vårdaren och patienten möts för att den senare inte mår riktigt bra.

Att det flitiga bruket av systemteoretisk jargong gör framställningarna snåriga, kan vara ett svårt pedagogiskt problem. Men den systemteoretiska influensen har också allvarligare nackdelar. Man tenderar tex att se vårdsystemet som ett avgränsat

~~~~~  
*Vårdteoriernas patient är en abstrakt sådan*  
 ~~~~~

system som strävar efter jämvikt. Konflikter som kan uppstå ses som trögheter eller brister i systemet (t.ex. bristande motivation hos patienterna eller bristande rationalitet eller kunskaper hos sjuksköterskan). Om patienten inte accepterar viss typ av behandling (vilket i och för sig är mycket ovanligt att omvårdnadsteoriernas patienter gör), ses det i regel som ett utslag av bristande insikt, som skall åtgärdas med information. Att patienten kan vara rationell utifrån sin bakgrund och sin upplevelse av verkligheten, är en tanke som inte får plats i detta systemtänkande. Det är systemet som agerar utifrån de inledningsvis givna premisserna. Aktörerna framstår som komponenter i systemet, mer än som handlande individer.

Omvårdnadsteorierna riskerar därigenom att komplicera det uppenbara. Men de misslyckas med att säga något intressant om den sociala verklighet i vilken omvårdnaden äger rum. Vad betyder det t.ex. att de flesta utövare av omvårdnadsyrken är kvinnor? Vilken roll spelar de socialt bestämda erfarenheterna hos patienterna? Är det likgiltigt om omvårdnaden äger rum inom ramen för en hierarkiskt uppbyggd vårdorganisation med sina klara över- och underordningsrelationer? Hur påverkar sköterskans sociala bakgrund hennes bemötande av patienter med annan klassbakgrund?

Sådana frågor är inte bara svåra att besvara utifrån omvårdnadsteorier. De är svåra att ställa. De klass- och könslösa aktörerna har abstraherats ur sitt sociala sammanhang. Samhället framträder bara som den fond mot vilken interaktionen mellan patient och sköterska äger rum.

Handlingsregler eller teori?

Redan i avsnittet om den rationelle sköterskan konstaterade vi att omvårdnadsteorier ofta är normativa. De talar om hur omvårdnad bör bedrivas, snarare än att analysera hur det faktiskt är. I den svenska debatten har det blivit vanligt att framhålla att de egentligen inte är teorier, snarare modeller. Med det senare avses att de preciserar vissa handlingsregler som bör följas i omvårdnadsarbetet (se t.ex. Egidius och Norberg 1983, sid 114).

Denna blygsamhet delas dock sällan av de amerikanska förebilderna. Där gör man inte bara anspråk

Vad betyder att de flesta utövare av omvårdnadsyrken är kvinnor

på att vara en normativ idealbild, utan också på att beskriva och förklara vad som sker i omvårdnadsrelationen. I det sammanhanget åberopas ofta en artikel av Dickoff-James (1968), i vilken normativa teorier beskrivs som den mest högstående vetenskapliga kunskapen. Vad man dock ofta glömmer är att Dickoff-James då förutsätter att det finns utvecklade klassifikationssystem, deskriptiva och kausala teorier, på vilka den normativa teorin bygger. När de placerar sådana teorier överst i en kunskaps-hierarki utgår de från att de grundar sig på säkertställd deskriptiv och kausal kunskap. På omvårdnadsområdet saknas dock sådan grundläggande kunskap om "hur det är".

Vi har därför (i likhet med t.ex. Pörn 1984) svårt att acceptera omvårdnadsteoriernas normativa karaktär. Omvårdnadsområdet är förvisso ett område fullt av intressanta forskningsproblem. Men för att angripa dessa behöver man ställa frågor om hur och varför verkligheten ser ut som den gör – inte börja med att tala om hur man vill att den skall se ut.

Men även om vi accepterar den mer blygsamma tolkningen att omvårdnadsteorierna bara utgör modeller avsedda att leda fram till praktiska handlingsregler, ställer vi oss kritiska till nyttan av dem.

En invändning har att göra med teoriernas abstrakta karaktär. De handlingsregler de leder fram till blir sällan mer konkreta än teorierna själva. De framstår därför som common-sense betonade och triviala. När Orem t.ex. skall beskriva sköterskans uppgifter kan det låta så här: "1) Perform and regulate the self-care tasks for patients or assist patients with performance of self-care tasks. 2) Coordinate self-care task performance, so that a unified system of care is produced and coordinated with other components of health care" (sid 216). Konkretare än så blir sällan handlingsreglerna. De blir lika dåligt förankrade i den konkreta verkligheten som de teorier de utgår från.

Men helt främmande för att olika komplikationer kan uppstå vid teoriernas tillämpning i verkligheten

De problem som lyser med sin frånvaro i teorierna, skall hanteras av en allkunnig sköterska

än man inte. Lösningen består dock oftast i att man beskriver vilka egenskaper och kunskaper sköterskan skall ha för att kunna bemästra dessa. Detta resulterar i en ofta mycket anspråksfull lista på krav som sköterskan skall uppfylla. För att undvika att motsättningar uppstår på grund av kulturella skillnader skall sköterskan vara förtrogen med tänkbara kulturella variationer. För att hantera variation i patientens ålder skall hon vara väl förtrogen med utvecklingspsykologiska och andra teorier som beskriver vad som kännetecknar människor i olika åldrar. Hon skall behärska "interpersonal skills" på ett sätt som gör att hon kan anpassa sig till de mest skiftande situationer osv (jfr Orem a a sid 104 ff).

De problem som lyser med sin frånvaro i teorierna, skall hanteras av en allkunnig sköterska. Men utrustad med dessa egenskaper blir hon inte bara allkunnig, hon blir allsmäktig. I teorierna betonas att det är sköterskan som utför omvårdnadshandlingarna. Det är hon och inte patienten som har kunskaper och tekniker. Eftersom målet ofta är uppnåendet av hälsa och välbefinnande i sin vidaste mening, kommer hon att framstå som allsmäktig; hon kan och bör utnyttja sitt kunskapsöverläge för att lösa alla problem åt patienten.

Uttryckt på ett annat sätt kan man säga att sköterskan arbetar utifrån en *kontrollerande* ambition. Hon skall utnyttja sina kunskaper för att åstadkomma hälsa för patienten. Det är i sista hand inte förståelse eller ödmjuk empati hon skall svara för, utan manipulation och problemlösning. Sköterskan framstår som en omnipotent "big mother".

Omvårdnadsteori i tillämpning

För att exemplifiera hur omvårdnadsteorierna används har vi valt en artikel i Omvårdaren som utgångspunkt (Maagard, Nordström 1984).¹

Artikeln undersöker hur tillämpbar Orem's teori är vid vård av stomiopererade.² Den postoperativa vården beskrivs utifrån Orems tre grundläggande omvårdnadssystem: 1. det helt kompenserande, 2.

det delvis kompenserande och 3. det stödjande/undervisande systemet – beroende på hur stort hjälpbehov patienten har.

"Det helt kompenserande systemet används under tiden närmast efter operationen. Patienten kan då förväntas reagera med ångest, vilket kan uttryckas med irritation, tillbakadragenhet, fientlighet, nedstämdhet, hjälplöshet. Vården och undervisningen under denna period varierar beroende på patientens fysiska och känslomässiga tillstånd. I första hand ska stomiterapeuten/sjuksköterskan se till att patienten har det så bra och bekvämt som möjligt samt stödja och uppmuntra honom. Hon ska försäkra patienten att han kontrolleras noga och kommer att erhålla den behandling som erfordras. Det är avdelningspersonalen/stomiterapeuten som sköter stomin. I samband med skötseln är det viktigt att varje moment beskrivs noggrant, så att patienten kan uppfatta vad som görs. Viss inläring sker även under denna tid. Allt eftersom patienten blir bättre involveras han successivt i vården och undervisningen. Under denna tid är det särskilt viktigt att stomipåsen byts innan läckage uppkommer.

Känslomässigt kan patienten stödjas genom att stomiterapeuten/sjuksköterskan avsätter tillräckligt med tid och skapar en sådan atmosfär som gör det möjligt för patienten att uttrycka både positiva och negativa känslor. Hon ska förklara för patienten att negativa känslor är normala i början, att dessa inte skrämmar bort henne, att hon accepterar patienten och hans känslor."

I det här stycket säger författarna således att sjuksköterskan/stomiterapeuten under tiden närmast efter operationen helt ska tillgodose patientens egenvårdsbehov, men detta gäller bara stomins skötsel. Det framgår att även när ett helt kompenserande system används sker viss undervisning och inläring, vilket enligt Orems teori utgör grunden i det tredje systemet – det stödjande och undervisande. Under tiden närmast efter operationen vårdas patienten således enligt Orems samtliga system. Sjuksköterskan/stomiterapeuten ska stödja och uppmuntra patienten och se till att han har det så bra som möjligt, men det gäller väl i alla vårdsituationer och all vårdpersonal?

Efter 3–5 dagar övergår vården från helt till delvis kompenserande system, enligt författarna. Denna period utgör en vändpunkt vad beträffar vård och undervisning. Avdelningspersonal/stomiterapeut och patienten hjälps åt med skötseln av sto-

min. För varje dag som går introduceras fler moment.

”Under denna period av ifrågasättande och förändring är det viktigt att patienten fördes med så många positiva upplevelser som möjligt. Detta bidrar till att patienten klarar så mycket som möjligt av stomins skötsel själv. Rådgivning och kommunikation både med patient och anhöriga blir nu mer väsentlig, eftersom samtliga ofta upplever en mängd känslor förenade med rädsla och skräck. För stomiterapeutens/sjuksköterskans del innebär det ofta att hon får använda mer tid hos patienten än tidigare så att frågor kan besvaras, problem undanröjas och känslor uttryckas.”

Här får man veta att alla – patienter och anhöriga – upplever en mängd känslor, rädsla och skräck. Vårdaren ska ägna mycket tid åt patienten, och med rådgivning och kommunikation undanröja dessa känslor. Inte heller här får man några användbara råd för att kunna hantera *konkreta* problemsituationer. Som sjuksköterska vill man t ex veta vad man i praktiken ska göra med en patient som tycker att stomin ser äcklig ut, och som vägrar att överhuvudtaget befatta sig med den, ännu mindre titta på den. Detta är ingen ovanlig reaktion, men problemet tas bara upp helt generellt och övergripande i Orems teori.

Sammanfattningsvis hävdar författarna:

”Orems egenvårdsteori med fördel kan tillämpas inom stomivården, i synnerhet om stomiterapeut finns tillgänglig. En strukturerad av vården med egenvård som mål ger förutsättning för god omvårdnad och rehabilitering. Orems modell kan även användas i utbildningen av sjuksköterskor för att ge djupare kunskap och förståelse för stomiopererades speciella situation.”

Vi tycker denna slutsats är i högsta grad diskutabel. Den teoretiska modellen tillför knappast någon ny kunskap i vårdsituationen. Den sätter nya, teoretiska namn på fenomen som annars uppfattas som självklara. Den innesluter bara patienter och vårdsituationer som är oproblematiske. Där problem verkligen uppstår ger teorin inget stöd, och vilken nytta har man av en teori som bara gäller en oproblematisk vård? Inte heller anser vi att sjuksköterskor under sin utbildning får en djupare kunskap och förståelse för stomiopererades speciella situation, om Orems teori tillämpas. Snarare finns en risk för att den intellektualisering som tillämpandet

.....
Vilken nytta har man av en teori som bara gäller en oproblematisk vård
.....

av teorin innebär kan bidra till distansering, så att eleverna aldrig får konkret förståelse för patientens situation.

Den norska kritiken av omvårdnadsteorierna

Också inom norsk sjukvård har omvårdnadsteorierna och vårdprocessen (norska: ”sykepleieprosessen”) under senare år haft en viss genomslagskraft, särskilt vid utbildningsinstitutionerna för sjukvårdslärare och sjukvårdsadministratörer – och under de allra senaste åren inom den framväxande omvårdnadsforskningen (norska: ”sykepleievitenskapen”). Så småningom kan vi räkna med att de kommer att få ökad betydelse också i grundutbildningen och bland praktiskt arbetande sjuksköterskor. Dock har detta tänkesätt i Norge redan mötts av en kraftig kritik. Ett grundläggande arbete i detta sammanhang är sjuksköterskan Kari Martinsens magistergradsavhandling i filosofi från 1975. I detta arbete levererade hon en fenomenologisk och marxistisk kritik av det etablerade sjukvårdstänkandet. En viktig utgångspunkt för henne var de problem hon upplevde med att använda sig av dessa teorier i praktisk sjukvård. Senare har flera sociologiskt och historiskt inspirerade arbeten utifrån olika utgångspunkter kritiserat sjukvårdens professionalisering. (Se t ex Martinsen 1975, 1981, 1984, Alvsvåg 1979, Martinsen & Waerness 1979, och 1981, Saetre 1979, Jensen 1980, Waerness 1982). Denna kritik har avspeglats i Norsk Sykepleierforbunds tidskrift, (Sykepleien) där också ledande omvårdnadsteoretiker framfört sina synpunkter.

För kritikerna av omvårdnadsteorierna har anknytningen till en historiskt orienterad kvinnoforskning varit av fundamental betydelse. Medicinens mansdominans och kvinnohierarkien inom vården har inte som i omvårdnadsteorierna glömts bort, utan däremot stått centralt i kritiken. Det samma gäller frågan om vilka konsekvenser dessa teorier får för ”den resultatlösa omsorgen”.

Kritikerna har menat att omvårdnadsteoriernas

.....
För kritikerna har anknytningen till en historiskt orienterad kvinnoforskning varit av fundamental betydelse
.....

instrumentala inriktning leder till att vårdarbetet inriktas på sådana områden och sådana patienter där uppfyllande av mål som hälsa, egenvård och oberoende är lättast. Vården kommer att styras av en resultat-inriktning där patienter med "botbara" problem prioriteras. Men det mesta av den omvårdnad som bedrivs idag, liksom de i framtiden största behoven, gäller äldre människor med kroniska, regredierande tillstånd. Omvårdnadsbehovet är störst bland de människor som har funktionsnedsättningar som inte låter sig "botas" med aldrig så välstrukturerade vårdprocessmodeller. I omvårdnadsteoriernas betoning av hälsa och egenvård ligger implicit en nedvärdering av ohälsa, funktionsnedsättning och beroendet av andras omsorg. De växande grupper som kräver omvårdnad på grund av sådana egenskaper löper risk att bortprioriteras i en vård som domineras av omvårdnadsteoriernas resultat-inriktning.

Rent teoretiskt har det i den norska debatten varit viktigt att klargöra vad egenvård (self-care) som ett centralt begrepp i "omvårdnadsteorierna" egentligen står för, och vilken betydelse det kommer att få om man i stället för *egenvård* sätter *omsorg* som det mest grundläggande begreppet i omvårdnadsforskningen.

Kritiken av egenomsorgsbegreppet är relaterat till både egenomsorg som ideologi och som målsättning för sjukvårdsarbetet. Som ideologi anknyter begreppet egenomsorg till talesättet om att "var och en är sin egen lyckas smed", och begreppet egenomsorg döljer därvid att vi alla är beroende av varandra för att täcka våra behov – dvs att begreppet "osynliggör" människan som socialt väsen. Som mål för vårdpraxis leder egenomsorg till en resultat-orientering som kan medföra att de mest omsorgsbehövande patienterna glider ur sjukvårdens uppmärksamhet.

Till skillnad från begreppet egenomsorg är begreppet omsorg ett relationellt begrepp. Omsorg

förutsätter alltid (minst) två personer. Som en fundamental relation blir omsorg inte heller något som bara angår "vården" eller patienterna, utan ett begrepp som är fruktbart för analys av en rad av samhällets institutioner och organisationer.

Inom dagens kvinnoforskning står begreppet omsorg centralt i de analyser av kvinnoarbete som går tvärs över både skillnaden mellan avlönat/oavlönat arbete och skillnaden mellan privat/offentlig sfär. "Omsorg" avser därmed inte ett teoretiskt begrepp som kan tjäna som underlag för att utveckla ett exklusivt kunskapsområde för en bestämd profession. Omsorgsforskningen bör basera sig på grundbegrepp som närhet, inlevelse och förståelse och ta som utgångspunkt att såväl likheter som olikheter mellan olika former av hjälprelationer inom den offentliga och privata sfären är nödvändiga att analysera för att få fram relevant kunskap i förhållande till de problematiska sidor av såväl den offentliga "vården" som av den privata omsorgen i dagens välfärdsstat. En sådan forskning bör bl.a. söka beskriva värdekonflikter i samband med prioritering av knappa resurser, olikheter i köns- och klassintressen, konflikter mellan olika yrkeskategorier osv.

För en forskning som ska beskriva och problematisera dagens "vårdverklighet" på ett sådant sätt att den ger grund för konkreta förändringar och möjligheter till förbättringar av de mest omsorgsbehövandes situation, anser vi att en sådan konfliktorienterad omsorgsforskning är bättre än den forskning som tar utgångspunkt i "luftiga" och konsensusorienterade omvårdnadsteorier. En sådan forskning kommer också att kunna knyta an till och synliggöra den form av "tacit knowledge" (Polanyi 1978) som förmedlas genom praktiskt arbete i vårdens vardag och som har långa traditioner inom sjukvården.

Avslutande kommentarer

Omvårdnadsforskningen är ett område som i dag

.....
En konfliktorienterad omsorgsforskning är bättre än den forskning som tar sig uttryck i luftiga omvårdnadsteorier
.....

sjuder av aktivitet. Inte minst forskningsanknytningen av vårdhögskolorna har öppnat dörrarna för en hittills outnyttjad resurs. Mängder av energi och nyfikenhet har därigenom kunnat frigöras. För att denna skall kanaliseras in i forskningsmässigt fruktbara banor behövs inte bara skolning i forskningsmetoder. Man behöver också lära sig att ställa fruktbara frågor; frågor som är såväl forskningsrelevanta som intressanta för de *konkreta* problem som finns i omvårdnadsarbetet.

Omvårdnadsteorierna synes oss dock försvåra en sådan utveckling. Med sin höga abstraktionsnivå, sin inriktning på resultatutrikta instrumentell rationalitet och sin normativa karaktär leder de inte vidare till i denna mening relevanta forskningsfrågor.

I den mån deras popularitet är resultatet av att olika yrkesgrupper söker sin "egen" forskningsprofil och professionaliseringsgrundande "egenkunska" måste man varna för att sådana professionaliseringsambitioner snarare utgör en fara än ett löfte för den framtida utvecklingen.

NOTER

1. Artiklen grundar sig på en uppsats som har skrivits i en 10 poängkurs om omvårdnadsteorier. Den är välskriven och redovisar klart gången i tillämpningen av teorin. Därför utgör den ett ovanligt tydligt exempel på hur dessa teorier används i vårdutbildningar.
2. En stomi är en ny urin- eller tarmöppning, som anläggs på buken när den ordinarie uttömningskanalen har drabbats av någon allvarlig sjukdom och måst avlägnas. Ingreppet medför att patienten måste anpassa sig till ett nytt livsmönster.

REFERENSER

- Alvsvåg H* (1979): Tör vi leve med döden? Helse, död og sykepleie. Universitetsforlaget, Oslo.
- Alvsvåg H* (1981): Har sykepleien en fremtid? Universitetsforlaget, Oslo.
- Beckman S* (1981): Kärlek på tjänstetid. Arbetslivscentrum, Rapport 17, Stockholm.
- Bergendahl G* (1985): Bildningens villkor. Studentlitteratur, Lund.
- Dickoff J & James P* (1968): A theory of theories: a position paper. *Nursing Research* 17;197–203.
- Egidius H & Norberg A* (1983): Teorier i Omvårdnadsarbetet. Esselte Studium, Stockholm.
- Eriksson K* (1981): Vårdprocessen – En utgångspunkt för läroplanstänkande inom vårdutbildningen. Utvecklandet av en vårdprocessmodell samt ett läroplanstänkande utgående från vårdprocessen. Painatusjaos, Helsinki.
- Eriksson K* (1984): Hålsans idé. Almqvist & Wiksell, Göteborg.
- Gordon M* (1982): *Nursing Diagnosis. Process and Application*. McGraw-Hill Book Company, USA.
- Hendersson V* (1982): The nursing process – is the title right? *Journal of Advanced Nursing*, 7;103–109.
- Jensen K* (1980): Ånd og hånd i sykepleien. *Sosiologi i dag* Nr 3.
- Kratz C* (1979): *The Nursing Process*. Baillière Tindall, London.
- Liljeström R & Jarup B* (1983): Vardagsvett och vetenskap i vårdarbetet. Svenska Kommunalarbetarförbundet, Stockholm.
- Maagard B & Nordström G* (1984): Orem's vårdteori. *Omvårdaren* 1;16–20.
- Martinsen K* (1975): Sykepleie og filosofi. Stensilserie nr 35 Filosofisk Institutt, Universitetet i Bergen.
- Martinsen K* (1981): Omsorgens filosofi og omsorg i praksis. *Sykepleien*, Nr 8;4–10.
- Martinsen K* (1984): Freidige og utforsagte diakonisser. Ett omsorgsykke vokser fram 1860–1905. Aschehoug, Oslo.
- Martinsen K & Waerness K* (1979): Pleie uten omsorg? Pax, Oslo.
- Orem D* (1980): *Nursing: concepts of practise*. McGraw-Hill inc, USA.
- Polanyi M* (1978): *Personal knowledge. Towards a post-critical philosophy*. Routledge & Kegan Paul, London and Henley.
- Pörn I* (1984): Vårdlära och vårdvetenskap. *Socialmedicinsk tidskrift* 7;302–306.
- Saetre T* (1979): Profesjonsideologi som årsak til lav yrkesaktivitet blant norske sykepleiere. Hovedfagsoppgave, Sosiologisk Institutt, Bergen.
- Skeet M* (1984): Creative nursing: processive care and more? *Journal of Advanced Nursing* 10;15–24.
- Waerness K* (1982): Kvinneperspektiver på sosialpolitikken. Universitetsforlaget, Oslo. (Svensk titel: Kvinnor och omsorgsarbete. Prisma 1983).
- Waerness K* (1984): The rationality of caring. *Economic and Industrial Democracy*, 5;185–210.