
Åse Snøtun

Det var menighetssøstre dei var!

Kven var menighetssøstrene og kva konsekvensar fekk det for dei at heimesjukepleia vart kommunal teneste, samtidig med at sjukepleieyrket vart profesjonalisert?



MASTEROPPGÅVE
PROFESJONSETIKK OG DIAKONI

UNIVERSITETET I OSLO
Det Teologiske Fakultet
Hausten 2007

Vegleiar: Professor Berge Furre

Forord

Tidene går. Se allting strømmer forbi
Sekunder, timer, år av vårt liv
fortaper seg bakut – forsvinner
Sletter som styrter mot solnedgangen
jagende etter trær og forlatte stasjoners
hastig avklypte klagerop.

Allting forsvinner. Du sier
at ingenting blir, og vet i det samme:
Vi går, mens tiden forblir der ute –
Et hvilende landskap
som alltid står stille og ser oss
reise forbi.
Flukt og forvandling er bare vi.

Erling Christie: "Reise", *Tegnene slukner* 1960.

I 2006 feira Menighetssøsterhjemmets Diakonifellesskap sitt hundre års jubileum. Gjennom dei seinare åra, fram mot jubileet, vart det viktig å finne tilbake i historia. Mange menighetssøstre ville gjerne, i ulike samanhengar, dele sine eigne forteljingar. Mykje av det eg fekk høyre gjorde inntrykk på meg, for det var mange sterke kvinner med spanande livserfaringar.

Mange har vore i leiarposisjonar både på sjukehus og i kommunale oppgåver. Ikkje alle fekk ei teneste i kyrkjelyden som menighetssøster. Andre var der gjerne kort tid, men svært mange av dei som fekk utdanninga si i tida under - og dei første par tiåra etter verdskrigen, har framleis ein sterk identitet som menighetssøster. Det var menighetssøstre dei var!

Nokre kom og ville ha støtte til å skrive sine historiar. Eg fekk vere med i ein spanande skriveprosess som utfordra meg til å gjere noko med dei historierestane som det ikkje var festa så mykje av på papiret. Menighetssøstre skreiv bitar av yrkeshistoriane sine, og eg fekk utfordringa til masterstudiet og oppgaveskriving med fokus på menighetssøstre.

Difor vil eg gjerne starte med å takke den vesle skrivegruppa som samla og gav ut heftet: ”*Våre historier*”. Dei overtydde meg om at det er viktig å dokumentere historien før den går i gløymeboke og at menighetssøstrene si historie er ein viktig del av kvinnehistoria i landet vårt. Stor takk og til all menighetssøstrene som har svara på spørjeskjemaet eller som har delt sine historiar med meg i andre samanhengar og på anna vis. Det har vore heilt avgjerande for at denne oppgåva vart skriven.

Takk til leiinga ved Stiftelsen Menighetssøsterhjemmet som gav meg all støtte til å gå i gang med masterstudiet, og har gjeve meg rom undervegs til å skrive. Takk til gode kollegaer både i Stiftelsen Menighetssøsterhjemmet og Høyskolen Diakonova for oppmuntring og gode samtalar om deler av temaet. Takk til god venner som i intense skriveperiodar har vore nær både med gode ord og ein kopp te.

Takk ikkje minst til vegleiaren min, Berge Furre, som har kome med gode råd og innspel som har gjort at eg heile tida har kome vidare. Det har vore heilt avgjerande.

Oslo, november 2007

Åse Snøtun.

Innhold

FORORD	2
INNHALD.....	4
KAPITTEL 1: INNLEIING	6
1.1 KVIFOR SKRIVE OM MENIGHETSSØSTRENE	6
1.2 PROBLEMSTILLING	7
1.3 AVGRENSING.....	8
1.4 OMGREPSBRUK.....	9
KAPITTEL 2: METODE	13
2.1 METODISKE REFLEKSJONAR.....	13
2.2 DEN PRAKTISKE GJENNOMFØRINGA	15
KAPITTEL 3: MENIGHETSSØSTRA – KVEN VAR HO?	18
3.1 TREKK FRÅ MENIGHETSSØSTRENE SI HISTORIE	18
3.2 KVEN VAR SÅ MENIGHETSSØSTRENE?.....	24
3.3 KORLEIS VAR MENIGHETSSØSTERTENESTA?.....	27
3.4 OPPSUMMERING	37
KAPITTEL 4: MED IDENTITET SOM MENIGHETSSØSTER	39
4.1 MENIGHETSSØSTERTENESTA – EI KALLSGJERNING.....	39
4.2 IDENTITETSGRUNNLAGET.....	45
4.3 OPPSUMMERING	51
KAPITTEL 5: MOT KOMMUNAL HEIMESJUKEPLEIE	52
5.1 RETTFERD OG LIKE GODE HELSETILBOD TIL ALLE.....	52
5.2 I SKUGGEN AV INSTITUSJONSHELSETENESTA	53
5.3 FRÅ PRIMITIVT TIL UTVIDA HELSEOMGREP.	55
5.4 LOVPÅLAGT TENESTE, MEN FRAMLEIS ULIKE TILBOD.....	57
5.5 FRÅ KYRKJELEG TIL KOMMUNAL ARBEIDSGJEVAR	58
5.6 OPPSUMMERING	63
KAPITTEL 6: FRÅ TRADISJON TIL PROFESJON	65
6.1 KVINNENE PÅ VEG INN I LØNA YRKESARBEID	65
6.2 AKSELERERANDE UTVIKLING AV OMSORGSFAGA.....	66
6.3 PROFESJONALISERING OG FORSKNINGSBASERT SJUKEPLEIE.....	71
6.4 PROFESJONALISERING OG VERDINØYTRALITET.....	76
6.5 OPPSUMMERING	80
KAPITTEL 7: ENDRING OG TAP	81
7.1 KONTEKSTEN VART GRUNNLEGGJANDE ENDRA.....	81
7.2 FRÅ REINT KYRKJELEG TIL TODELT MANDAT	83
7.3 ENDRA PROFESJONSFORSTÅING	85
7.4 TAP OG PERSONELEGE REAKSJONAR	87
7.5 SAMANFATTANDE OPPSUMMERING.....	89
ETTERORD	91
LITTERATUR	93

VEDLEGG	96
SPØRSMÅL KNYTTA TIL MENIGHETSSØSTERTENESTA:	96
REGLER FOR MENIGHETSSØSTERVIRKSOMHED PÅ LANDET	99
ARBEIDSREGLER FOR MENIGHETSSØSTRE	102
TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER	104

”Hvordan man ser på seg selv i dag, henger sammen med både hvem man var i går, og hvem man tror man vil være i morgen.”

Håkon Rune Folkenborg, lektor

KAPITTEL 1: INNLEIING

1.1 Kvifor skrive om menighetssøstrene

I over hundre år var menighetssjukepleie ein viktig del av helsetenesta i landet vårt, og mykje av grunnlaget for den helsesøstertenesta og heimesjukepleia vi har i dag. Sjølv fekk eg kontakt med menighetssøstrene for første gong i august 1970 då eg starta utdanninga mi på Menighetssøsterhjemmets Sykepleieskole. Både den gongen og periodevis gjennom alle åra sidan, har eg både høyrte om og hatt direkte kontakt med sjukepleiarar som gjennom kortare og lengre tid har vore i teneste som menighetssøstre i kyrkjelydar og kommunar rundt om i landet. Dei fortel om utfordrande oppgåver, ofte under vanskelege tilhøve, med avgrensa ressursar. Dei fortel om ei rik teneste, med mykje glede, mykje slit, men og med vonde og såre opplevingar som merka dei for livet. Mange av desse kvinnene og sjukepleiarane identifiserte seg så sterkt med tenesta at det vart ein grunnleggande del av livet deira. Det handla om identitet. Difor opplevde dei og brytningane fram mot profesjonaliseringa av sjukepleieyrket og kommunal overtaking av heimesjukepleia veldig sterkt – på godt og vondt.

Forteljningane frå menighetssøstrene fortel om helse- og sosiale tilhøve i ei tid då landet vårt etter kvart var bygd oppatt etter andre verdskrigen. Det er kvinnehistorie frå ei tid då det framleis ikkje var så vanleg som i dag at kvinner hadde arbeid utanom heimen.

Då eg i møte med mange menighetssøstre har spurt om dei ikkje har skrive ned, og på den måten dokumentert noko av alt det dei har vore med på, får eg ofte til svar: *Vi var opptekne av å jobbe, ikkje av å skrive.*

Eg meiner at det banebrytande arbeidet menighetssøstrene sto for, fortener å bli løfta fram i lyset, både for å forstå kven dei var og kva dei gjorde, men og for å minne om at dei godene vi i dag har i heimesjukepleie og helsesøstertenester, for ein stor del bygger på innsatsen til dei mange menighetssøstrene som viste veg og ikkje var redde for å ta eit tak – sjølv når det kosta.

I dag er menighetssøstrene som yrkesgruppe borte. Heimetenestene som kommunane sitt ansvar er bygd ut over heile landet. Likeså helsesøstertenestene. Soknediakonar og frivillige diakoniarbeidarar prøver å møte menneska gjennom kyrkja si diakonale teneste.

Nettopp derfor vart det ei utfordring for meg å finne ut litt meir om menighetssøstrene, kven dei egentleg var, kva som var drivkrafta deira i tenesta og korleis dei opplevde brytningstida før yrkeskategorien etter kvart vart borte.

Det å sjå på røtene kan vere med på å gi sjukepleiarane av i dag tradisjonstilknytning og yrkesidentitet. Sjukepleiar og filosof Kari Martinsen, som har skrive mykje om diakonissene og sjukepleiehistoria, seier (1984 s.): ”*Vi kan finne forutsetning for det sykepleie er, i det som var. Historisk kunnskap kan formidle en form for selvforståelse og identitet når det gjelder sykepleierne som sosial gruppe*”.

1.2 Problemstilling

Menighetssøstrene var sjukepleiarar, men sto i ein klar kyrkjeleg tradisjon, med røter frå indremisjon og diakonissekultur. Sjukepleie var ikkje berre eit vanleg yrke; det var for mange eit livskall til teneste for medmenneske. Tiåra frå midten av 1960-talet då omsorgsyrka utvikla seg frå tradisjon til profesjon (kap.6), vart difor både ei ytre og ei indre brytningstid for mange av desse. Menighetssøstrene var ei eiga yrkesgruppe og spørsmålet er kva som var deira sosiale kjenneteikn. Kva særprega arbeidssituasjonen og arbeidet deira i forhold til andre yrkesgrupper, og korleis opplevde dei at kommunane skulle ta hand om heimetenestene som hadde vore deira arbeidsområde gjennom lange tider. Dei hadde sjukepleiefagleg bakgrunn og samtidig eit kristent livssyn med kall til teneste. Kva betydde det kristne livet med sine ulike sider for yrkesutøvinga for menighetssøstrene og menneska dei skulle hjelpe?

Spørsmålstillinga blir altså:

Kven var menighetssøstrene og kva konsekvensar fekk det for dei at heimesjukepleia vart kommunal teneste, samtidig med at sjukepleieyrket vart profesjonalisert?

I kapittel 2 startar eg med å reflektere kort over kva metodar eg har brukt i granskinga for å kunne kome fram til eit svar på spørsmålstillinga. Eg gjer og greie for den praktiske gjennomføringa.

I kapittel 3 vil eg teikne eit bilete av kven menighetssøstrene var ved først å sjå på trekk frå historia. Deretter tek eg inn nolevande menighetssøstre sine eigne utsegn og forteljingar om bakgrunn og korleis dei opplevde menighetssøstertenesta, den korte eller lengre tida dei var i aktiv teneste.

I Kapittel 4 tek eg fram ulike syn på kall for betre å forstå menighetssøstertenesta som ei kallsgjerning og reflekterer over ulike sider ved den sterke yrkesidentiteten som har prega mange av menighetssøstrene.

I kapittel 5 ser eg så på den helsepolitiske utviklinga som tvinga fram ei større satsing på kommunehelsetenesta og korleis menighetssøstertenesta var forløpar og på mange måtar vart vidareført i heimesjukepleia.

I kapittel 6 går eg inn på korleis sjukepleieforståinga generelt endra seg frå eit kallsyrke til ein profesjon, og trekkjer inn korleis ein positivistisk tenkjemåte påverkar omsorgsperspektivet i sjukepleiefaget.

I kapittel 7 drøftar eg så korleis samfunnsendringane tvinga fram avslutninga av yrkeskategorien menighetssøstre og korleis menighetssøstrene som yrkesutøvarar og einskildmenneske opplevde dette.

1.3 Avgrensing

Lov om helsetjenesten i kommunene (1982) vart sett i kraft i 1984 og representerte då ein milepæl for pleie- og omsorgsarbeidet. Men alt i 1972 kom ”*Midlertidige retningslinjer for opprettelse og drift av hjemmesykepleie*” (Knudsen 1976 s.183) som innebar store endringar for mange menighetssøstre. Eg vil difor avgrense framstillinga mest mogeleg til seksti- og syttitalet, dei siste par tiåra før kommunehelselova tok til å gjelde.

Menighetssøstertenesta var mangfaldig og forløpar for både heimesjukepleie og helsesøsterteneste, i tillegg til at deler av tenesta vart vidareført i dagens diakonteneste. Eg vel å avgrense framstillinga til det eg meiner er hovudsporet, nemleg heimesjukepleietenesta. Likevel må eg, for heilskapen si skuld, ta med noko om den meir kyrkjelege sida av menighetssøstertenesta som heimesjukepleia ikkje fann rom for.

1.4 Omgrepsbruk

Dei fleste omgrepa i oppgåva er gjerne tydelege for dei fleste, men eg vil likevel kome med nokre avklaringar som kan gi ei felles forståing av orda eg brukar. Om omsorg og diakoni ikkje er hovudord, er dei likevel viktige omgrep i framstillinga. Derfor seier eg innleiingsvis korleis eg brukar dei.

1.4.1 Menighetssøster

Søsternamnet har lang tradisjon på å vere knytt til sjukepleieyrket. Både nonner og diakonisser tok med seg namnet frå det kristne fellesskapet der Jesus sjølv brukte det om sine etterfølgjarar: *For den som gjer det Far min i himmelen vil, han er bror min og søster mi og mor mi* (Matt 12.50). Dei som tok hand om dei sjuke sto i den kristne tradisjonen som Jesu etterfølgjarar og var *sjukesøstre*.

Menighetssøstre vart i utgangspunktet kalla menighetsdiakonisser fordi dei var utdanna ved Diakonisseanstalten til teneste i kyrkjelydane. Men for å unngå samanblanding med diakonissene, vart namnet i 1916 endra. Menighetssøster var då ei som var utdanna til sjukepleiar og hadde teneste i kyrkjelyden, gjerne på landsbygda. Det er i den meininga eg i hovudsak nyttar ordet.

Likevel vart det slik at då menighetssøstre fekk si eiga utdanning ved Menighetssøsterhjemmet frå 1916, vart alle som utdanna seg ved skolen kalla menighetssøstre. Det hadde nok samanheng med at målsettinga for Menighetssøsterhjemmet var: *Hver bygd i Norge mindst én menighetssøster!* (Menighetssøsterhjemmets årsberetning 1917).

Det var *menighetssøstre* dei skulle vere, og sjølv dei som ikkje gjekk inn i teneste i kyrkjelyden, men fekk arbeidet sitt på sjukeheimar og sjukehus, vart dei gjerne kalla menighetssøstre. Det sa altså i praksis meir om *kvar dei var utdanna*, enn *kva dei var utdanna til*. Det hadde nok og samanheng med at det etter kvart var mange sjukepleieutdanningar, og for å skilje dei frå kvarandre vart dei ulike gjerne omtala som "Sanitet-søstre", "Røde kors-søstre", "Ullevål-søstre" – eller altså "Menighetssøstre."

I praksis vert framleis dei to måtane å bruke omgrepet på samanblanda, slik at ein gjerne må sjå på samanhengen for å finne den rette forståinga.

For meg er det elles naturleg å bruke kyrkjelyden om den lokale eininga i kyrkja, sjølv om det kanskje hadde vore meir samsvar å bruke *menighet* sidan det er snakk om *menighetssøster*.

1.4.2 Heimesjukepleie

Heimesjukepleie er ein del av det offentlege helsestellet og skal vere eit alternativ til behandling i helseinstitusjon når dette er medisinsk forsvarleg. Det er ei generell og omfattande sjukepleieteneste med førebyggjande, behandlande, rehabiliterande og/eller lindrande funksjonar (WHO 1994). Målgruppa er ikkje avgrensa av diagnose, alder eller grad av helsesvikt. Ofte har hjelpemottakaren behov over lang tid (Solheim 2004).

Heimesjukepleia var tidlegare ein del av dei statsstøtta hjelpeordningane for heimane, men vart frå 1972 skilt ut som eiga ordning. Heimesjukepleia høyrde frå då av inn under dei kommunale sosialstyra, medan den daglege leiinga gjerne var lagt til sjukepleiesjefen i kommunen. Folketrygda dekkja godkjende utgifter til heimesjukepleia med 75 %. Ved utgangen av 1977 var det i alt 447 av dei 454 kommunane i landet som hadde innført heimesjukepleie – eller hadde konkrete planar om det. 1750 sjukepleiarar og 1030 hjelpepleiarar var knytte til verksemda, av desse var vel halvparten på deltid (Aschehoug og Gyldendal, 1979).

Pasient eller hjelpetrengande er nytta som nemningar på den som får tenester frå menighetssøster eller heimesjukepleiar.

1.4.3 Kommunal teneste

Kommunen er eit sjølvstendig forvaltningsorgan på lokalt nivå. I mange tilfelle skal kommunen utføre oppgåver som Stortinget eller Regjeringa har vedteke. Kommunen er ansvarleg for at innbyggjarane har tilgang på grunnleggande velferdsgoder som sosialhjelp, legehjelp og sjukeheimar mellom anna (www.norge.no). Fylkeskommunen arbeidar med oppgåver av regional art, og tidlegare høyrde mellom anna sjukeheimane til under fylket sitt ansvar. Før lova om kommunale helsetenester vart sett ut i livet, vart heimesjukepleie støtta gjennom ordningar som var ulike frå kommune til kommune.

1.4.4 Profesjonalisering

Profesjon kjem av det latinske ordet *professio* som inneber eit yrke som ein er faglærd i. Wikipedia (<http://no.wikipedia.org>) definerar profesjon som *”et yrke som krever omfattende opplæring samt studering og mestring av spesialisert kunnskap, og som normalt har et profesjonelt forbund, etisk kodeks og prosedyre for sertifisering eller autorisasjon.”* Tradisjonelt var det berre tre profesjonar: presteteneste, medisin og jus. Ordet professor er avleia frå profesjon.

Profesjonalisering handlar om å innrette eit yrke med faglege metodar og hjelpemiddel, fagspråk og liknande (Aschehoug og Gyldendal 1979).

1.4.5 Omsorg

Omsorg er eit kjent omgrep. Det kom inn i to av dei mest brukte lærebøkene i sjukepleieskolane i mellomkrigstida. Legane Grønn og Widerøe sto som redaktørar for ”*Lærebok i sykepleien*” frå 1926. Der skriv forstanderinnen ved Oslo kommunale sykehuser, Andrea Arntzen, at ”*patienten alltid må være den første i hennes (sykepleierens) omsorg*” (Martinsen 1988, s.88). Kva omgrepet innebar, vart nærare forklart i boka *Sykepleieskolens etikk*, skriven av diakonissa Elisabeth Hagemann i 1930. Ho skriv (s.47): ”*I dette lille ord ”omsorg” ligger i grunnen innesluttet alt det som kan sies om en søsters forhold til sine patienter. Omsorg for deres legeme, omsorg for deres sjel!*” Både Arntzen og Hagemann såg omsorg som ein lært eigenskap, ein måte å vere på i høve til pasienten. Omsorg og etikk var vevd saman. Etikk var ein grunnleggande måte å vere på, eit sinnelag som skulle vise seg i praktisk arbeid.

I dag inneber omgrepet omtanke og vern, tilsyn og varsemnd, stell og pleie. Det rettar seg gjerne mot dei som ikkje heilt greier seg sjølve. Omsorg er ein grunnverdi i sjukepleiefaget. ”*Omsorg er en form for moralsk dyd eller dyktighet som er beskrevet i sykepleiens etikk og viser seg i handling. Etikken gir retning for en omsorgsfull fagutøvelse. Omsorg blir for faget sykepleie derfor ikke bare et moralsk ideal, men et etisk krav sykepleieren ikke kan komme bort fra*” (Karoliussen 2002, s.183). Kravet til omsorga vil alltid vere å ha fokus på den andre heller enn på seg sjølv.

1.4.6 Diakoni

Ordet diakoni er gresk og blir omsett med teneste. I Plan for diakoni i Den norske kirke (Kirkerådet 1988), heiter det at diakoni vert forstått som ”*kirkens medmenneskelige omsorg og fellesskapsbyggende arbeid, og den teneste som i særlig grad er rettet mot mennesker i nød.*” Det er ei forståing som gjer diakonien til ei kyrkjeleg handling, retta mot menneske som treng omsorg og hjelp.

Diakoni vart tradisjonelt brukt og forstått som nestekjærleik og miskunn, gjerne knytte til kristne personar og/eller institusjonar. Den diakonale handlinga vart ei miskunnngjerning boren fram som frukt av ei personleg kristentru.

Den forståinga var vanleg frå midt på 1800-talet og har røter i den lutherske pietismen. Den sentrale tanken var det einskilde kristne mennesket. Det var individet som både var utgangspunktet og målet for den diakonale tenesta. Samfunnet var i forfall og ein var oppteken av einskildmennesket sin verdi for lokalsamfunn og kyrkje. Dei moralske normene kom under press, og det opna vegen for ei personleggjering og individualisering av etikken.

I denne samanhengen vaks det fram ei diakoniforståing som var dominerande heilt fram til 1960-åra, og i ein del samanhengar er den framleis sterk (Oftestad 2003).

Menighetssøstrene med bakgrunn frå indremisjonsrørsle og vekkingskristendom, var gjerne prega av ei slik forståing, forankra i kallstanken (sjå kap 4).

På slutten av 1960-talet og gjennom 1970-åra vaks det fram ei diakoniforståing som knytte den diakonale handlinga meir direkte til samfunnet. Nye rørsler reiste seg mot den individorienterte forståinga av diakonien. Den diakonale tilnærminga skulle ikkje lenger konsentrere seg om individet, men om relasjonane mellom mennesket og samfunnet, ikkje om det komande livet (himmelen), men om livet her og nå. *”Kravet om rett og rettferdighet meldte seg og motiverte en dynamisk og utadrettet diakonal handling med samfunnet i blikkfeltet. Diakonien ble påvirket av sosialetikken og dens konstruktive, men samtidig kritiske holdninger til samfunnet”* (Oftestad 2001, s.17).

KAPITTEL 2: METODE

2.1 Metodiske refleksjonar

Spørsmålstillinga som er utgangspunktet for denne oppgåva er induktiv. Det inneber at den ikkje tek utgangspunkt i ein teori, men i menighetssøstre sine egne erfaringar. Professor og filosof Knut Halvorsen seier det slik: *”En induktiv tilnæringsmåte innebærer at man forsøker å nærme seg en virkelighet man ikke kjenner, uten klare hypoteser, noenlunde forutsetningsløst og med en lite presis problemstilling. Formålet er ikke å belyse holdbarheten av teorier gjennom hypotesetesting, men å utvikle begreper om et fenomen og få en størst mulig helhetsforståelse av alle aspekter av fenomenet”* (Halvorsen 2003, s.79).

Professor ved Universitetet i Oslo, Edvard Befring (2002, s.65) kallar det *”ei rekognisering inn i eit lite kartlagt område”*.

Han peikar dessutan på at det vert sett på som ei viktig samfunnsoppgåve at forskninga kan beskrive fenomen, forekomstar, endringar og prosessar. Vidare at å sette endringar i samheng med særskilde påverknader, representerer ei fagleg vidareføring. Det er litt av min bakgrunn for tilnærminga til stoffet.

Eg støttar meg og til Befring når eg brukar ei blanding av kvantitativ og kvalitativ, historisk narrativ metode. *”Det fleirmetodiske perspektivet bygger på ei metodeforståing som gir rikeleg rom for fleksibilitet og pragmatisk tilpassing til dei tema som skal utforskast”* (Befring 2002, s.63).

Den kvantitative metode *”viser til empirisk forskning som siktar på å beskrive, kartlegge, analysere eller forklare ved å uttrykke forskningsområdet i variablar og kvantitative storleikar”* (Befring 2002, s.68). Eg hadde behov for å få fram ein del talmessige faktaopplysningar om menighetssøstre, så som yrkesbakgrunn for foreldra, søstrenes eigen utdanningsbakgrunn, kor lenge dei var i teneste som menighetssøster, for å få fram det som eventuelt var fellesnemnarar, det som kunne vere representativt for gruppa menighetssøstre (Dalland 2000).

Sidan hadde eg trong for ein annan metode for å få eit best mogeleg bilde av heile situasjonen til menighetssøstre.

Den kvalitative metode viser til kvalitetane eller eigenskapane ved fenomenane. Det handlar om å karakterisere noko (Repstad 1998). Søkelyset er retta mot meiningar og heilskapsinntrykk. Dessutan gjev metoden rom for improvisasjon og personlege val under vegs.

Slik problemstillinga mi er reist, er det tydeleg ei historisk oppgåve. Det handlar om å avdekke tilhøve som var, finne ein tråd, og trekke linjer gjennom historia. Det gjeld ei fortid som ikkje lenger er til. Det dreier seg difor om ufullstendige restar. Undersøkinga går ut på å rekonstruere ei fortid med utgangspunkt i dei restane vi kan finne (Befring 2002). Forteljningane frå søstrene er forsøk på å få fram slike restar.

Historieteoretikaren Hayden Whites brukar nokre spørsmål i høve til historiske forteljingar: Kva skjedde? Kvifor skjedde det? Dessutan seier han: *”For en historiker som satser på den narrative fremstillingsformen, går den historiske metoden ut på å granske dokumentene for å fastslå hva som er den sanne eller mest plausible fortellingen som kan fortelles om hendelsene som de er et vitnesbyrd om”* (White 2003, s.87). Dette tek eg med meg inn i arbeidet med stoffet.

2.1.1 Primærdata

Eg var ute etter å få fram ny kunnskap om menighetssøstrene, kven dei eigentleg var og erfaringane til dei som var aktive i menighetssøsterteneneste i tida etter krigen og fram mot den tida då kommunane overtok heimesjukepleietenesta. Sidan menighetssøstrene ikkje har vore så produktive på det skriftlege området, måtte eg prøve å samle faktaopplysningar på annan måte enn gjennom det som var skrive. Eg kom derfor til at eg måtte gå ut med ei spørjeundersøking for å få meir konkrete opplysningar. Det kunne vore aktuelt å intervju nokre få av menighetssøstrene, men sidan eg hadde lite kunnskap om breidda i tenesta, kom eg til at det i første omgang var det mest fruktbare å vende seg til ei større gruppe. Det inneber at det vert meir overflatiske vurderingar enn om eg hadde brukt intervjuforma. Samtidig ba eg om ulike forteljingar frå menighetssøstrene sitt virke, for om mogeleg å få fram andre dimensjonar enn søstrene sine vurderingar.

2.1.2 Sekundærdata

For å få tak i menighetssøstrene sine røter og tidlegare erfaringar har eg i hovudsak brukt to bøker som omhandlar Menighetssøsterhjemmets historie: *”Utsendt til tjeneste”* av forstandar Johannes Aschim og *”Tro – virksom i tjeneste,”* av domprost Fredrik Knudsen. I tillegg har eg

bladd meg gjennom mange årgangar av Menighetssøstrenes Blad/Menighetssøsteren. Dei få forteljingane som her har kome på trykk, har tydeleg meir eit åndeleg sikte enn det å fortelje om kvardagen til søstrene.

Om utviklinga i samfunnet fram mot innføringa av kommunehelselova er mykje skriftleg materiale tilgjengeleg. Eg nemner ”*Den mangfoldige velferden,*” der Edgeir Benum er redaktør, ”*Norsk historie 1914-2000*” av Berge Furre, ”*Grunnbok i helse og sosialpolitikk,*” av Knut Halvorsen og ”*Veiene til velferdsstaten, norsk sosialpolitikk 1920-75*” av Anne-Lise Seip. Dette er materiale eg vil bruke for å sette menighetssøstrene inn i det samfunnet dei levde og dei samanhengane dei sto i.

Profesjonaliseringa av omsorgsyрка generelt og sjukepleiefaget spesielt er godt omtala i litteraturen, slik at det kan vere kjelde til refleksjon omkring dei ytre omstenda i tida då menighetssøstrene etter kvart vart borte. Eg nemner særleg Kari Martinsen sine bøker: ”*Pleie uten omsorg?*” og ”*Omsorg sykepleie og medisin.*” Dessutan har Tore Frost skrive eit par aktuelle artiklar som han kallar: ”*Kristen omsorgsfilosofi og omsorgsfagenes vitenskapelige utvikling,*” og ”*Omsorgsprofesjonenes filosofi og vitenskapskultur*”. Torborg Aalen Leenderts har omhandla emnet i ”*Person og profesjon*” og Mette Karoliussen tek det opp i ”*Sykepleie – tradisjon og forandring*”.

Tematikken om kall og identitet er og omhandla i fleire av Kari Martinsen sine bøker, eksempelvis ”*Øyet og kallet,*” og ”*Etikk, disiplin og dannelse, Elisabeth Hagemanns eikkbok – nye lesninger.*” Leenderts har og med eit avsnitt om temaet i boka ”*Når glassflaten brister*”.

2.2 Den praktiske gjennomføringa

Spørjeskjemaet (vedlegg) vart laga og testa ut på nokre få kandidatar og korrigert etter det, før godkjenning hos vegleiar.

Første delen av skjemaet gjekk mest på kvantitative data. Eg måtte finne litt meir ut av kven menighetssøstrene var, deira bakgrunn og tenestestader. Dette skulle vere konkret og greitt å kunne svare på.

Andre delen av spørsmåla innebar å finne ut av menighetssøstrene sine erfaringar, deira egne opplevingar og dermed og egne vurderingar. Spørsmåla var såkalla opne, slik at den som skulle svare sjølv måtte formulere svaret sitt. Fordelen med opne spørsmål er at eg som spørsmålstillar

ikkje treng å avgrense spørsmålet slik at viktig informasjon kanskje går tapt. Ulempa er at få er så motiverte at dei gjev seg til å utforme eit omfattande og grunngjeve svar (Bø 1995).

Her var eg altså meir usikker på kva svar eg ville få tilbake fordi det innebar meir refleksjon frå informantane si side.

Men kven var det som hadde vore i menighetssøsterteneste? Korleis skulle eg finne fram til dei? Eg sto etter kvart att med ei liste med namn på nitti personar. Då hadde nokre falle ut grunna manglande postadresse eller eg hadde fått tilbakemelding på at dei ikkje hadde vore i aktiv teneste som menighetssøster.

Utgangspunktet mitt var medlemslista til Menighetssøsterhjemmets Diakonifelleskap. Det er ein medlemsorganisasjon der vel åtte hundre personar er registrerte, men svært mange av dei har ikkje vore i aktiv teneste som menighetssøster, sjølv om dei har fått utdanninga si på Menighetssøsterhjemmet. For å finne fram til dei som hadde vore i slik teneste, gjekk eg gjennom medlemslista saman med ei lita gruppe søstre som hadde vore aktive som menighetssøstre på seksti- og syttitalet. Saman plukka vi ut namna på hundre personar som vi med stor grad av visse rekna med hadde vore i menighetssøsterteneste.

Dei 90 som eg sat att med til slutt, fekk spørjeskjemaet tilsendt i midten av februar 2005. Innsamlinga av materialet vart avslutta 01.04.2005. Då hadde eg fått tilbake 60 skjema, altså ein svarprosent på 66%.

Alle spørjeskjema vart returnerte til meg med namn og fekk tildelt eit nummer til bruk ved dataregistrering. Alt som kom fram vart registrert på nummer, og sidan systematisert. Det er dette registrerte datamaterialet eg gjer bruk av i det følgjande dokumentet. Når eg brukar direkte sitat frå det innsamla materialet, viser nummeret bakerst til denne registreringa. Materialet er ellers handtert etter retningslinjer frå Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (vedlegg).

2.2.1 Problemområde

Det som ganske fort viste seg var at fleire av dei potensielle informantane ikkje hadde vore i menighetssøsterteneste, og at andre hadde vore det i svært kort tid. Dessutan hadde mange gått over i anna arbeid før kommunane kom inn og skulle ta over heimesjukepleietenesta. Desse svara likevel på deler av spørsmåla. Det inneber at deler av spørsmåla har ein svarprosent som lig under 66%.

Dessutan viste svara at fleire av spørsmålstillingane ikkje var presise nok. Det resulterte i at svara delvis var på sida av det som vart etterspurt, delvis at svara gjekk noko om kvarandre og

at svara til tider inneheldt meiningar i staden for erfaringar. Noko av dette er så synleg at det er mogeleg å ta omsyn til det i bruken av informasjonen.

2.2.2 Feilkjelder

Utgangspunktet mitt med å bruke medlemsregisteret til Menighetssøsterhjemmets Diakonifellesskapet for å finne informantar er i seg sjølv ei feilkjelde, fordi mange av dei som var i menighetssøsterteneste i den aktuelle perioden ikkje er registrert som medlemmar. Mange gifte seg og fekk av den grunn ikkje bli medlem i fellesskapet. Denne ordninga endra seg på slutten av 1960-talet, men mange vart likevel ståande utanfor fellesskapet. Andre har med åra ikkje halde ved like sitt medlemskap, utan særlege grunnar til det. Andre igjen opplevde tilhøve i utdanning og teneste problematisk og valde av den grunn å stå utanfor fellesskapet. Hadde fleire av desse vore med i undersøkinga kunne det truleg påverka deler av resultatet.

Sjølv om svarprosenten er rimeleg høg i forhold til dei som vart plukka ut til undersøkinga, er utvalet likevel lite i høve til alle som har vore i teneste som menighetssøster, og som elles var med på omlegginga til kommunal heimesjukepleie. Difor seier resultata eg legg fram på ingen måte alt, men eg meiner likevel dei gjev eit ganske godt bilde av kven menighetssøstrene var.

KAPITTEL 3: MENIGHETSSØSTRA – KVEN VAR HO?

3.1 Trekk frå menighetssøstrene si historie

For å teikne eit bilete av menighetssøstra vil eg i dette avsnittet seie noko om utviklinga av menighetssøstertenesta, frå den spede byrjinga i diakonissetradisjonen, gjennom år med kamp for oppstart av eiga utdanning i strid med Norsk Sykepleierskeforbund (NSF), til år med vekst fram mot 1980-talet.

3.1.1 Med røter i diakonissetradisjonen

Bibelen fortel om kvinna Føbe (Rom 16,1) som gjorde teneste med å ta seg av sjuke og fattige i kyrkjelyden i Kenkræ. Ho vert gjerne omtala som den første diakonissa – eller menighetssøstra om du vil.

Men pleie av sjuke i heimane har gått føre seg til alle tider. Her i landet var det vanleg at dei næraste slektningane skulle ta seg av dei som på ulike måtar ikkje greidde seg sjølve. Barn, sjuke og gamle vart tekne hand om av husmora, og hennar medhjelparar, ut frå den erfaringa dei hadde tileigna seg og elles lært av generasjonane føre dei (Wyller 1990, Solheim 1996).

Sjølve om sjukepleie som heimen si oppgåve har halde seg i alle år, vart det etter kvart og behov for anna hjelp. Den eksplosjonsarta veksten i medisinsk kunnskap på slutten av 1800-talet og byrjinga av 1900-talet, med mellom anna identifiseringa av bakteriar og auka kunnskap om smitte og hygiene, gjorde at framveksten av sjukehus kom i gang. Hospitala var i starten få og små og ofte lite hyggelege opphaldsstader. Mange legar gav alt i 1850-åra uttrykk for misnøye med det ufaglærte pleiepersonalet i sjukehusa. (Melby 1990, Solheim 1996). Melby (s.27) fortel om stadsfysikus Bentzen som i 1912 minnst sjukepleiarane i 1870-åra på denne måten:

”Sykepleierskene rekruterades av tjenestepiger eller lignende som fæstet sig ind paa sykehusene, begynte ofte som vaske- og skurekoner, kjøkkenpiker, blev tat til hjælp i et knipetak paa sykehuset for saa senere litt efter litt at gli ind i sykepleien, hvor ekelte og heller ikke saa ganske faa paa grund av praktisk dugelighet, forstand og godt hjerte fyldte sin plass paa stuerne. (...) Men mange var og blev daarlige sykepleiersker.”

Men mange kvinner var og opptekne av omsorg og pleie av dei sjuke. Fleire vart interessert i diakonissesaka, slik dei hørde om det frå Europa, og nokre reiste og til Tyskland for å utdanne

seg til diakonisser. Mellom desse er Rikke Nissen (1834-1892) og Cathinka Guldberg (1840-1919) dei mest kjende. Dei kom til å bli svært så sentrale då Kristiania indremisjon starta Diakonisseanstalten ”for utdannelse av christelige sykepleiersker” i 1868. Grunnlegginga av Diakonisseanstalten innebar ikkje berre starten til ein organisert kvinneleg diakoni, men og opptakten til faglært sjukepleie i landet vårt. Det første året starta 14 kvinner på å utdanne seg til diakonisser. I 1900 var det over 400 sjukepleiarar knytte til Diakonissehuset i Kristiania (Knudsen 1976, Melby 1990).

Det som i tida før første verdskrigen vart gjort for å skaffe sjukepleiehjelp til landsbygdene, skjedde på privat initiativ og gjennom innsats frå kyrkjeleg- og humanitært hald. Cathinka Guldberg og Rikke Nissen sin grunnleggande innsats innebar ikkje berre grunnlegginga av den første institusjonen for sjukepleie og sjukepleieutdanning her i landet, men medverka og til å gjere medvite behovet for sjukepleie rundt om. I fleire og fleire bygder vakna forståinga for at noko måtte gjerast.

Menighetspleien reknar ein med tok til alt i 1870. Diakonisseanstalten vart heilt frå starten av stilt framfor oppgåver utanfor institusjonen sine egne vegger. Dei første diakonissene var primært utdanna til å arbeide i heimen, anten som sjukepleiarar i menighetspleie og fattigpleie, eller til privatpleie hos velstående personar. På den tida vart dei sjuke som hadde råd til det, behandla og pleia heime. Dei offentlege sjukehusa, der dei smittsame sjukdommane lett spreidde seg, var stort sett ein stad for fattige.

Den første registrerte menighetspleie i Kristiania finn vi i Trefoldighet menighet i 1876. I åra etter vart det fleire og fleire kyrkjelydar som prøvde å skaffe sine sjuke hjelp på denne måten. Domprost Fredrik Knudsen (1976) viser til skriftet ”Om frivillig Fattig- og Sygepleie”, der prost Strømme i Elverum i 1897 mellom anna gav rettleiing i å organisere ei kyrkjelydsteneste for sjuke og trengjande. Den praktiske gjennomføringa av ideane hans i eigen kyrkjelyd, var eit viktig eksempel for å vekke sansen for eit kyrkjelydsansvar og initiativ i omsorga for sjuke og fattige.

3.1.2 Frå menighetsdiakonisser til menighetssøstre

I 1880-åra opna Diakonisseanstalten for at unge kvinner kunne delta ei avgrensa tid i den opplæringa diakonissene fekk. Det var gjerne den lokale sjukepleieforeininga, fattigpleia eller indremisjonsforeininga som kosta opphaldet for ei jente frå bygda. Ho reiste så tilbake og tok

opp sjukearbeidet i heimbygda. Menighetsdiakonisser vart dei kalla, desse som hadde fått slik opplæring hos diakonissene. Frå 1898 vart tilbodet utvida til eittårige regelbundne kurs.

Ei tid var det altså to typar diakonisser: dei eigentlege diakonissene med minimum to års utdanning, og menighetsdiakonissene som hadde gjennomgått eit kortare kurs ved Diakonisseanstalten. Dei eigentlege diakonissene arbeidde oftast ved sjukehus, i kyrkjelydar i byane og ved Diakonisseanstalten sine egne institusjonar, medan vel 70 menighetsdiakonisser var i arbeid på landsbygda ved århundreskiftet. (Knudsen 1976, Melby 1990)

Likevel vart det etter kvart synleg at Diakonisseanstalten ikkje kunne dekke det aukande behovet for menighetsdiakonisser utover i landet. Dei såg seg ikkje i stand til å gi avkall på dei fullt utdanna diakonissene til kyrkjelydane på landsbygda. Dessutan hadde vel heller ikkje den kvinnelige diakonen fått den utbreiinga som Diakonisseanstalten venta. Utviklinga innanfor institusjonen tydde på at det og mellom framtidige diakonisser kunne vere behov for eit alternativ. Det var stort fråfall frå diakonisseutdanninga. Melby (1990) peikar på at nesten halvparten av dei som vart tekne opp frå 1868 til 1900 slutta.

Sjølv om Diakonissehuset årleg tok inn 16 menighetselevar, var søknaden til den kortare utdanninga for menighetsdiakonisser langt større enn opptakskapasiteten. Det kan vel og tyde på at mange kvinner søkte utdanning som sjukepleiar, men at ein god del ikkje fann seg til rette i den eigentlege diakonisseutdanninga. Alt før århundreskiftet var det starta fem skolar for utdanning av sjukepleiarar og i 1919 var talet kome opp i 14 (Melby 1990, s.29-30).

Likevel søkte private sjukepleieforeiningar, indremisjonsforeiningar og fleire og fleire kommunar etter menighetsdiakonisser. ”*I kampen mot tuberkulosen spiller de en viktig rolle, hvorfor Nationalforeningen yder 200 kr til uddannelse af hver menighedssøster*” (Knudsen 1976, s. 11)

Menighetsdiakonissene vart alt frå starten spreidde over store delar av landet. Dei kjende seg ofte åleine. Dei hadde ikkje som diakonissene noko fast tilknytning til Diakonissehuset. Difor vart det etter kvart slik at dei som tenestegjorde nær kvarandre byrja å søke saman. Av stor verdi vart dei årlege samlingsmøta som etter kvart kom i stand. Til desse samlingane kom og ”*distriktsøstre*” som hadde fått opplæringa si ved andre sjukehus. Etter kvart vart det naturleg at tanken om ein landssamanslutning av menighetsdiakonisser kom opp. Det var og felles interesser som alderdomsforsørging og trongen for einsarta reglar for tenesta til menighetsdiakonissene som melde seg. Etter mykje forarbeid vart difor, på årsmøtet på Eidsvoll i 1906, Norske Lutherske Menighetsdiakonissers Forening (LMDF) skipa.

Talet på menighetsdiakonisser auka sakte, men sikkert. I 1910 var heile 125 søstrer samla til landsmøte på Hamar (Protokoll Hamar Krets av LMDF, 1910). Likevel var det ikkje nok menighetsdiakonisser til å dekke etterspurnaden. LMDF tok difor opp med Diakonissehuset om det var mogeleg å utdanne fleire menighetsdiakonisser. Dei såg seg ikkje i stand til det og rådde foreininga til å starte eigen elevheim for menighetsdiakonisser, kombinert med eit mindre sjukehus. Det vart vist til Sverige der Samaritterhemmet i Uppsala var starta for å utdanne diakonisser til landsbygda (Knudsen 1976).

For mange var det klart at kyrkja måtte gjere noko for å møte behovet for kyndige sjukepleiarar til landsbygda, om den ikkje skulle svikte sine tidlegaste ideal. *”Det ville være et uerstattelig tap for hele Den norske kirke om den skulle forsømme sin plikt her og overlate denne tjeneste til andre instanser,”* skriv Aschim (1956, s.73)

Menighetsdiakonissene gjekk difor i gang med planlegging for å starte ein elev- og søsterheim for å utdanne fleire menighetsdiakonisser, og dessutan få ei lengre og meir einarta utdanning. Målet var å få fleire søstrer ut til arbeidet med sjuke og fattige i kyrkjelydane. Oppgåva verka overveldande, men søstrene såg dette som ei oppgåve dei hadde fått av Gud, så dei gjekk inn i den med optimisme og pågangsmot - sjølv om dei korkje hadde hus eller pengar. Det var altså eit fellesskap av alt arbeidande menighetsdiakonisser som sto bak og det var difor ein stor merkedag for desse og deira medspelarar då den nye institusjonen - Menighetssøsterhjemmet, med sjukehus og elevskole, kunne vigslast 17. oktober 1916. Samtidig vart tittelen på søstrene endra frå menighetsdiakonisser til menighetssøstre, etter førespurnad frå Diakonissehuset. Og det var store mål den nye diakoniinstitusjonen sette seg heilt frå starten: *”Hver bygd i Norge mindst én menighetssøster! Det er maalet.”* (Menighetssøsterhjemmets årsmelding 1917) *”En hær av personlig troende menighetssøstre. Det var dette våre menigheter stadig spurte etter og hadde bedt om”* (Aschim 1956, s.87).

3.1.3 Strid med Norsk Sykepleierskeforbund.

Det var likevel ikkje alle som var like begeistra for det nye. Norsk Sykepleierskeforbund (NSF) som var skipa i 1912 hadde sterke motførestillingar. NSF var i starten ei ueinsarta gruppe både utdanningsmessig og institusjonelt, men mange var økonomisk privilegerte og hadde skaffa seg såkalla *”verdsleg”* sjukepleieutdanning – gjerne i utlandet. Dei fleste var kommunalt utdanna, men nokre kom og frå Røde Kors og Norske Kvinners Sanitetsforening. Norsk

Sykepleierskeforbund vart grunnlagt for å samle dei fagutdanna søstrene og gjennom det markere avstand til ulærde og uskikka.

Ein protokoll frå Lutherske Menighetssøstres Forening (LMSF) sitt landsmøte på Hamar i 1913, gjev inntrykk av at NSF i starten gjerne ville ha menighetssøstrene med i forbundet. *”Søster Bergljot Larsson kom opp i anledningen, hun tenkte å få foreningen inn i forbundet, men de ville ikke – til stor forargelse for henne”* (Snøtun 2006 s.20).

NSF stilte krav om tre års sjukepleieutdanning og kjempa mot forslag om kortare utdanning. Organisasjonen var stengd for alle som ikkje oppfylte visse kriterium for utdanning og erfaring. Diakonissene og menighetsdiakonissene hadde alt sine eige forum og vart difor ståande utanfor. Etableringa av Norsk Sykepleierskeforbund vart såleis og eit uttrykk for delinga mellom diakonale og *”verdslege”* sjukepleiarar, eit organisatorisk skille som skulle få sine konsekvensar langt inn i etterkrigstida (Melby 1990).

Alt under første verdskrigen sette Forsvarets Sanitet i gang såkalla samarittkurs over 2-3 månader. Tanken var å lære opp kvinner til å hjelpe til ved pleie av sjuke og såra i krig. NSF gjekk imot dette, men då sanitetssjefen presiserte at samarittkursen eigentleg var kurs i sjukepleie i heimen, der hensikten var å *”vække sansen for god sykepleie og sansen for det som i hjemmene holder helsen vedlike,”* kunne debatten avsluttast (Melby 1990 s.71). Men då menighetsdiakonissene i 1915 la fram planane sine om halvanna års utdanning, gjekk forbundet til angrep og hevda standpunktet sitt om treårig utdanning. *”Forbundets representanter brøt normene om beskjeden kvinnelig oppførsel i kampen mot Lutherske Menighetsdiakonissers Forening og Menighetssøsterhjemmets utdanning. Styret satte seg opp mot en mannlig geistlig elite og advarte mot å opprette en elevskole som ville frambringe ”en underklasse” av sykepleiersker, ”nettopp i en tid da der til gode for samfundet drives et samlingsarbeide for fremskridt under sykepleien”* (Melby 1990 s.71).

Bergljot Larsson skreiv i tidsskriftet Sykepleien om halvanna års menighetssøsterutdanning som eit *”samvittighetsløst prosjekt.”* Angrepet gav denne gongen og inntrykk av kritikk av diakonal sjukepleie. *”Som sykepleie betraktet er den (diakonissegjerningen) efter moderne begreper absolut mindreværdig”* skreiv Wilhelmine Darre Jensen. Og ho la til: *”I den virkelige sykepleie vil diakonisserne gjælde for mindre og mindre, fordi de er stagnert i og med sitt system”* (Melby 1990, s.72, Knudsen 1976).

Striden vart opptakten til ein langvarig debatt om sjukepleieutdanninga. Denne kom for alvor på den helsepolitiske dagsorden i 1915 då legeföreininga sette ned ein sjukepleiekomité. To år

seinare låg innstillinga føre og det sto ein samla komité bak forslaget til lov om autorisasjon av sjukepleiarar, men det var usemje om lengda på utdanninga. Fleirtalet gjekk inn for to typar sjukepleiarutdanning og to typar sjukepleiarar. Halvanna års utdanning skulle gi rett til tittelen ”*distriktssøster*”, medan treårig utdanning var kravet til ”*autoriserte sykepleiersker*”. Fleirtalet var oppteken av korleis mangelen på sjukepleiarar, særleg i landdistrikta, kunne avhjelpast med ei kortare utdanning for distriktssjukepleiarar. NSF tok på den andre sida omsynet til sjukepleien si utvikling og standen sine interesser og åtvare mot to typar sjukepleiarar. (Melby 1990, Knudsen 1976).

Nå var det ikkje berre menighetssøstrene som hadde den kortare utdanninga. Det hadde og sjukepleiarutdanningane til Norges Røde Kors og Norske Kvinners Sanitetsforening. Det var i det heile berre dei kommunale sjukepleieutdanningane i Bergen og Kristiania som på den tida var 3-årige. Dei andre hadde ei utdanningstid på 1- 1½ år.

Ei sakleg utgreiing frå ”*Bestyrelsen for Lutherske Menighetsdiakonissers Forening*” vart offentleggjort i Morgenbladet, og Fredrik Knudsen (s.47-48) siterar utdrag derifrå: ”*Vi vil i denne Forbindelse faa minde om at en Sykepleierskes og Menighetssøsters Arbeide ikke helt er det samme. En Menighetssøster maa oftere i et Landsens Hjem, hvor Husmoren blir syk, overta det hele Husstell med alt hva dertil hører. – Efter vort Kjendskap til Forholdene utover Landsbygderne, hvor vore 200 Menighetssøstre nu er spredt, anser vi det ikke tilraadelig for Tiden at gaa til en længere og kostbarere Utdannelse. Det maa nemlig erindres at Menighetssøstervirksomheten for den aller største Del bæres av de mange lokale Sykepleieforeninger ved frivillige Gaver, og forholdne kunde da let medføre, at de stigende Utgifter vilde bringe mange bygder til at maatte nedlægge Virksomheten av Mangel paa tilstrækkelige Midler*”.

Knudsen (1976) prøver og å oppsummere resultatet av striden ved å seie at NSF i første omgang trekte det kortaste strået i kampen om sjukepleieutdanninga. Likevel kom tida og utviklinga til å arbeide for NSF sitt syn. Alle sjukepleieskolane fann det etter kvart naudsynt å utvide utdanningstida, og ved Menighetssøsterhjemmet hadde utdanningstida for menighetssøstre i 1932 vorte 3 år og 2 månader.

Likevel er det ikkje til å stikke under ein stol at denne striden gjorde at mange menighetssøstre gjennom fleire år hadde eit anstrengt forhold til NSF.

3.1.4 Vekst og utvikling

Men utdanninga av menighetssøstre heldt fram. I løpet av dei første tjuefem år var over 500 menighetssøstre utdanna og vigsla til teneste. Dei var spreidde i alle landsdelar og sto i utfordrande oppgåver. Gjennom dei første ti åra kunne etterspørselen etter menighetssøstre på ingen måte dekkast. Mot slutten av 1920-åra, då depresjonstida sette inn, gjekk etterspørselen tilbake fordi det var knapt om pengar rundt om i bygdene. Situasjonen snudde på nytt mot slutten av 1930-åra og i 1941 uttrykte forstandaren for institusjonen at det var stor mangel på menighetssøstre utover landet. Hovudårsaka til den auka etterspørselen var at 8-timars dagen vart gjennomført på sjukehusa og gjorde at desse trong fleire sjukepleiarar. Dessutan hadde det og vorte meir behov for menighetssøstre i helsesøsterarbeid, dels som helsesøstre og dels i kombinert funksjon. Mange stader på landsbygda hadde det vore ønske om å gjere helsesøsterarbeidet til ei grein av menighetssøstrene sitt arbeid, då det ikkje var arbeid nok for ei helsesøster på heiltid. Fleire menighetssøstre fekk difor stipend for å delta på kurs for helsesøstre. Desse kursa hadde lenge vore i gang.

Førti år etter at Menighetssøsterhjemmet starta var det utdanna 1019 menighetssøstre. Av desse var i 1956 om lag 550 i aktiv teneste rundt om i landet, men berre 193 i menighetssøsterarbeid (Aschim 1956, Knudsen 1976).

3.2 Kven var så menighetssøstrene?

Det var først på 1960-talet at kvinnene for alvor tok til å kome inn på arbeidsmarknaden. Gifte kvinner var husmødrer, og gifte kvinner utanfor heimen var eit særsyn endå i 1950-åra (Furre 1999). Menighetssøstrene var i utgangspunktet ugifte kvinner og hørde til mindretallet av kvinner som hadde fått seg ei utdanning. Men deira situasjon vart og påverka av dei store samfunnsendingane etter krigen.

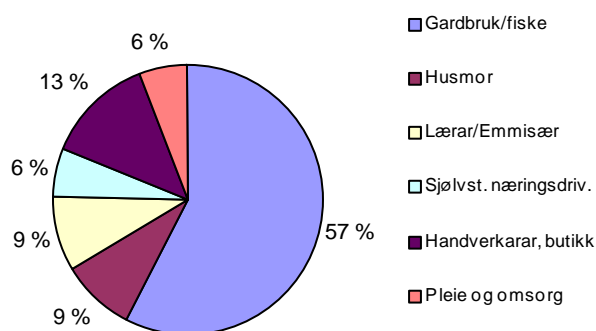
I det følgjande avsnittet vi eg sjå på kven som vart menighetssøstre i tida etter andre verdskrigen og fram mot 1980-åra, bakgrunnen deira, kvifor dei ville bli menighetssøstre og kva samanheng dei vart ståande i etter dei hadde fått ei sjukepleieutdanning.

3.2.1 Sosial bakgrunn

Kari Martinsen (1984) fortel at ved århundreskiftet var gjennomsnittsdiaconissa ei ung, ugift kvinne i hovudsak frå Sør- eller Vestlandet. 32 % hadde bakgrunn frå bymiljø, medan omtrent alle søstrene frå landsbygda var bondedøtre (69 %).

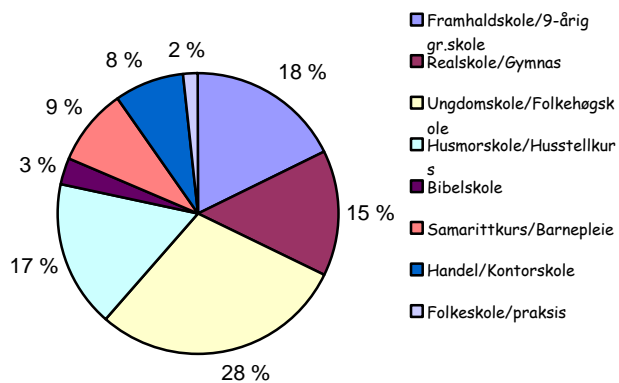
Utan at dette er dokumentert, er det og grunn til å tru at dei unge kvinnene frå bygdene som reiste til Diakonisseanstalten i Kristiania for å utdanne seg til menighetsdiakonisser og var garbrukardøtre.

Yrkesbakgrunn foreldre



For dei som tok utdanning ved Menighetssøsterhjemmet under og etter andre verdskrigen var det i alle høve slik. Så langt mitt materiale rekk, viser det at 57 % av kvinnene kom frå eit miljø der inntektsgrunnlaget til familien var gardsdrift, for ein del kombinert med fiske eller mindre stillingar som drosjedrift, vegarbeid, og anna. I nokre tilfelle har mødrene vore i arbeid utanfor heimen, i pleie- og omsorgsarbeid, i handelsnæringa eller som lærarar. Men oftast vert mødrene definert som husmødrer, med ansvar for heim og barn. Dette gjerne i familiar der fedrane var sjølvstendig næringsdrivande, handverkarar eller lærarar.

Utdanning før sjukepleien



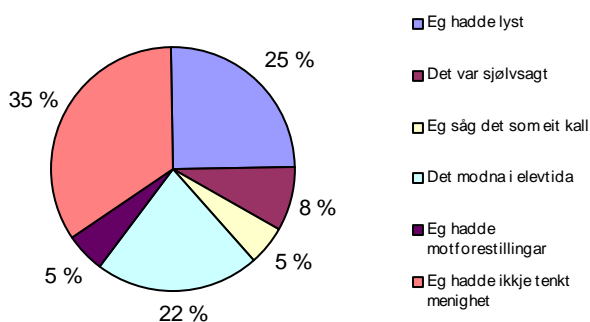
Kvinnene som utdanna seg til menighetssøstre i etterkrigstida hadde gjerne allmenndannande bakgrunn frå framhaldskole og/eller realskole, med ungdomskole (folkehøgskole) og dessutan gjerne husmorskole som tillegg. Nokre

hadde fått med seg kortare samarittkurs eller handelsutdanning, medan nokre få berre hadde folkeskole og praktisk røynsle som grunnlag for sjukepleieutdanninga.

3.2.2 Kvifor menighetssøster?

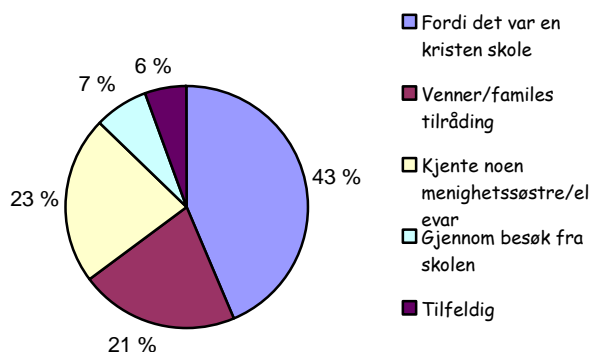
Menighetssøsterhjemmet hadde som målsetting å utdanne sjukepleiarar til kyrkjelydane, men det tykkjest ikkje å ha vore hovudmotivasjonen for dei som søkte til utdanninga i tida etter

Tankar om menighetssøster i distrikt



krigen. 35 % av informantane mine hadde ikkje tenkt seg teneste i kyrkjelyd i det heile, og 5 % hadde endå til sterke motfôrestillingar mot den type arbeid. På den andre sida gjev 25 % uttrykk for at dei hadde lyst til menighetssøsterteneste, 8 % rekna det som sjølvsagt og 5 % såg det som eit kall frå Gud. Men for mange av dei spurde – 22 % - vart menighetssøsterteneste noko som modnast meir og mindre fram gjennom elevtida på skolen.

Kvifor MSH



Om svært mange ikkje valde Menighetssøsterhjemmet fordi dei ville bli menighetssøster, er det likevel tydeleg at det kristne verdigrunnlaget har vore viktig for val av utdanningsstad, og likså tilråding frå venner og kjende.

I samband med plassering til kyrkjelydane etter avslutta utdanning, tykkjest det klart at forstandaren ved Menighetssøsterhjemmet hadde ei sentral rolle. Han var mellomleddet mellom kyrkjelydane som ba om hjelp og skolen som utdanna elevane. I denne perioden har det tydelegvis ikkje vore som i starten då lokale sjukepleieforeiningar finansierte utdanninga for unge kvinner frå bygda, for å få dei tilbake i teneste.

Nokre gir uttrykk for heilt klare ynskje om å kome i teneste som menighetssøster, både fordi dei hadde sett behovet rundt om og fordi dei hadde lyst og direkte fekk spørsmål frå kyrkjelydar eller kjende. Andre opplevde nærast at dei vart utkommanderte til teneste og hadde lite dei skulle ha sagt. Lydnad og respekt for autoritetane tykkjest å ligge under.

Atter andre godtok plasseringa til kyrkjelyd utan særlege motfôrestillingar, gjerne fordi det var lovpålagt pliktår, eller og fordi dei ville bort frå hovudstaden og då gjerne kunne gå til noko som andre la til rette. Nokre såg og plasseringa i kyrkjelyd som ei Guds leiing og dermed eit kall. Kallsaspektet er framme hos fleire.

3.3 Korleis var menighetssøstertenesta?

Menighetssøstrene hadde ei mangfaldig teneste, og eg vil i det følgjande prøve å gje eit bilde av menighetssøstertenesta slik dei som sto i den i etterkrigstida opplevde det. Den systematiserte framstillinga bygger på menighetssøstrene sine egne utsegn gjennom dei svara eg fekk på det utsende spørjeskjemaet. Som eksempel tek eg og med nokre av søstrene sine egne forteljingar.

3.3.1 Allsidige oppgaver

Menighetssøstrene var på mange vis distriktssjukepleiarar. Dei hadde gjerne arbeidet sitt ute i bygdene, og var nærast ei blanding av sjukepleiar og helsesøster, men måtte ta del i alt forfallande arbeid. Både menighetspleien og fattigpleien var ofte prega av eit sosialt engasjement, og utvikla mange stader eit vidt forgreina sosialt hjelpeapparat. Sidan menighetssøstrene var opplærte til å sjå og ta hand om heile situasjonen, vart både familien og nærmiljøet til den hjelpetrengande hennar ansvar. Ho såg at mange av dei vanskane familieane hadde berre delvis skreiv seg frå sjukdom. Ho måtte finne praktiske løysingar på dei mange utfordringar og problem ho møtte. Dessutan vart menighetssøstergjeringa vurdert som særleg verdifull for den allmenne folkehelsa og hygiene utover landet. Alminneleg reinsemd var ikkje alltid sett på som viktig, og endå mindre det å vise varsemd i møte med smitte. Sjukepleie i heimane var såleis oftast tungt arbeid. (Wyller 1990)

Ei forteljing frå tenesta til ei menighetssøster i Midt-Noreg, kan seie litt om kor mangfaldige oppgåvene var:

”Ei natt ringde telefonen. Eg var i pleie hos ein gamal mann som hadde lungebetennelse. No var han i betring. Det var doktoren som ringte:

- Her trengs hjelp til ein mann som har fått hjarteinfarkt. Han bur så veglaust til nå på vinteren at eg trur det er best at han får ligge heime. Er redd at ein transport herifrå til sjukehuset kan verta for drygt for han no, sa doktoren. Kom fortast råd! Eg sender bil!

Så var det berre å vekke nokon i huset der eg var, takke for meg og dra av gårde. Etter vel ei mils biltur tok ein kar med hest og slede over. Det bar oppover bratte bakkar på ein dårleg brøyta veg til vi nådde ein einsleg gard. Her låg ein mann i sine beste år, truleg vel 40 år, med hjarteinfarkt. Kona var gravid. 3 smågutar sov på loftet. Eg, ung og uerfaren, skulle vera den som visste og kunne! Men doktoren hadde sendt meg. Så no var eg her og måtte gjera mitt beste. Eg hadde visst ikkje lært så mykje om hjarteinfarkt heller på den tida. Men eg trur alle hadde meir realistisk innstilling til liv og død da enn folk flest i dag.

Pasienten var nok ein del engsteleg, verka uroleg. Utover morgonen kom det fram at det var heilt kvardagslege problem som uroa han: Kva med fjøset? Kven skulle mjølke den kua som var så skvetten at det rett som det var gav mjølkaren eit spark? Dei skulle få fjøshjelp, men for han hasta det. Han kunne ikkje sleppe den gravide kona bort i dette. Til slutt fann eg ut at eg måtte tilby meg å prøve.

- Eg er vant med kyr, sa eg, kan eg få lov å gjera eit forsøk på å mjølke denne kua?

Han slo seg til ro med det og var vel nøgd då eg kom inn med mjølka og fortalde at alt gjekk bra. Pasienten var letta for ei unødig plage og eg var ei erfaring rikare. Men det var einaste gongen på dei 4 åra som menighetssøster at eg fekk bruk for mine ferdigheter i mjølking!

Sjukdomsforløpet vidare hugsa eg ikkje, eller kor lenge eg var der, men mannen kom i alle fall velberga frå det heile utan ein einaste spesialist – og truleg utan ein einaste laboratorieprøve!

Ein fin vårdag i april vart eg på nytt kalla til denne heimen. Då var det jordmora som ringde.

- Vi har fått ei lita jente her i dag, sa ho. No vonar eg du kan koma hit og ta over stellet av mor og barn. Dei får anna hjelp til å stelle hus og fjøs.

Ja, dette ville eg gjerne. No var snøen borte og eg traska opp bakkane i glad forventning. Skulle få hjelpe eit nytt liv i starten på livsvegen. Ei fin avveksling frå det som mest opptok kvardagen, sjukdom og død.

Då eg kom fram viste det seg at det faktisk var tre som trong hjelp. Mannen låg sjuk igjen, no med magesår. Her låg kone og mann side om side i ektesenga og fekk all den "oppvartning" som situasjonen tilsa. Ulcuskur på den tida var graut, fiskebollar og fint brød, mange måltid om dagen! Dei to andre skulle også ha sitt. Eingongsutstyr var ikkje oppfunne. Bleievasken måtte foregå på kjøkkenet.

Vårsola tok seg av bleiking og tørk. Dagane gjekk fort og alle trivdes. Veslejenta vaks til og fekk namnet Anne.

Dette er eit glimt frå kvardagen åt ei menighetssøster på landsbygda i 50-åra. Utfordringane var mange – og varierte. Eit Guds under at alt gjekk bra!” (Snøtun 2006, s.124)

Oppgåvene til menighetssøstrene var ofte kroppsvask med hår- og fotstell av akutt- og kronisk sjuke menneske som låg rundt om i heimane. Sengeskiift hørde med, og sjølvsgagt sårstell og sprøytesetting der dette var aktuelt. Husarbeid hørde vanlegvis ikkje til menighetssøstrene si oppgåve, men sidan dei var opplærde til å tenke på heile situasjonen rundt den sjuke, vart det til tider både handling, matlaging, vasking og anna husarbeid. Ei av informantane seier det slik:

- *I mine ”faste pleier” hadde jeg alltid med meg 3 bøker: Bibel, sykepleiebok og kokebok. Jeg hadde god bruk for alle 3! (42)*

Ei viktig del av tenesta var å ha kontakt med legane i distriktet, og følge pasientar til lege og sjukehus. menighetssøstra vart bodsend til psykiatriske pasientar som budde heime, både når desse var ekstra urolege og familiane trong avlastning.

Og sjølvsgagt skulle menighetssøster bodsendast ved ulukker av ulikt slag, både sjølvsmord, arbeidsulukker og drukningsulukker.

Stell av dødssjuke pasientar og å vake over desse som låg i heimane hørde og med. I samband med dødsfall, var det vanleg at menighetssøster stelte den døde og la han i kiste. Dette vart gjerne omtale som ”den siste teneste”. For mange innebar det ofte og å halde bæreandakt og delta ved jordfestinga.

Den gongen var det ikkje så vanleg å ha særleg omsorg for dei pårørande, men menighetssøstra hadde ofte budd i heimane til dei døyande, så då var det berre naturleg at ho og hadde kontakt med familien i tida rundt og etter jordfestinga.

Men menighetssøstrene hadde ikkje ansvar berre for dei sjuke. Gamle og einsame skulle ha tilsyn og besøk, og då var det ikkje snakk om ha dårleg tid. Det måtte vere tid til kaffi og prat, og gjerne bibellesing, song og bøn.

Utdeling av mat, klede og stundom pengar til dei som hadde det trongt, var og noko menighetssøstrene måtte ta seg av. Samarbeid med sosialkontora i dei kommunane som hadde slike, skjedde på ulikt vis.

Einskilde stader var menighetssøstra naturleg medarbeidar for helsesøster ved heimebesøk, vaksinerings og barnkontrollar. Mange menighetssøstre tok dessutan etter kvart helsesøsterutdanning og gjekk over i slik teneste.

I tillegg til alt dette var menighetssøster ein viktig medarbeidar innanfor dei andre kyrkjelege tenestene. Ho skulle gjerne vere med på eldretreff, dele ut blomster og julehefte til eldre og sjuke, leie ungdomsklubb, barneforeining eller søndagsskole. Nokre hadde og ansvar for feriekoloni for både eldre og barn, dei skulle delta i menighetspleieforeiningane som samla inn midlar til løna deira, og elles misjonsforeiningar og sorggrupper der det etter kvart vart slike. Det vart og ein del sjåførteneste i samband med dei ulike samlingane og dessutan til gudstenester i kyrkja. Til tider hadde og menighetssøster faste oppgåver i samband med gudstenestene.

Mange gonger måtte menighetssøstrene finne ut av oppgåvene sjølve.

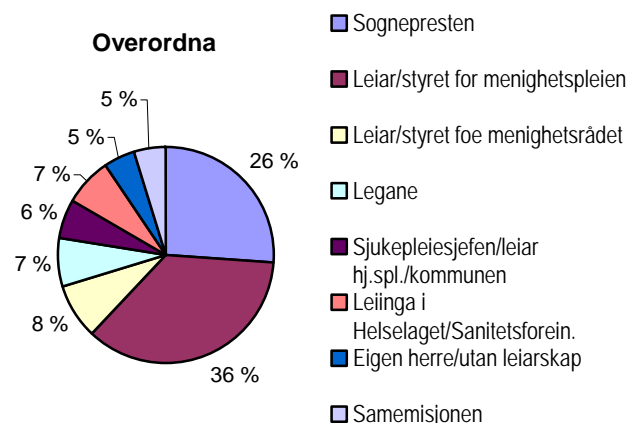
- Oppgavene fikk jeg av folk som fortalte hva de tidligere menighetssøstrene hadde gjort, og tipset meg om hvor jeg skulle dra. I stille tider gikk jeg på husbesøk til ensomme. Ingen spurte meg eller ba om oversikt over hva jeg gjorde (6).

Det var ikkje faste ordningar for kven som skulle få hjelp eller korleis tenestene skulle formidlast. Folk tok kontakt direkte, pårørande ba om hjelp, eller naboar som såg at det kunne trengast. Førespurnad kunne skje direkte til menighetssøstra, gjennom prestane og kyrkjelydskontoret, helselaget eller sanitetsforeininga. Legane var naturlege oppdragsgjevarar og sosialkontora formidla kontakt. Seinare kom heimesjukepleiekontora inn som dei som administrerte tenestene.

3.3.2 Nettverk

Menighetssøstrene var i dei fleste tilfella tilsette av menighetsrådet i kyrkjelyden, direkte eller gjennom menighetspleien/diakonatet. Nokre var tilsette av ein frivillig sjukepleieforeining, gjerne knytte til kyrkjelyden eller ei indremisjonsforeining. Andre var og tilsette av helselag drivne av Norske Kvinners Sanitetsforening eller Nasjonalforeningen for Folkehelse. Dei som hadde teneste nord i landet, var ofte tilsette av Samemisjonen.

Kven som arbeidsmessig var overordna, var ikkje alltid like klart, men dei fleste opplevde nok at soknepresten eller leiaren for menighetspleien var den formelt overordna. Ofte var det gjerne slik at menighetssøstrene kjende seg som sin eigen herre, fordi dei for det meste ordna arbeidet sitt sjølve.



Dei fleste menighetssøstre var åleine om sine mange oppgåver i kyrkjelyd og kommune, og mange kjende seg temmeleg einsame. Der dei var to eller fleire, hadde dei gjerne eit godt samarbeid, og hjelpte kvarandre slik at det var mogeleg å ta fridagar og ferie. Nokre hadde eit tett samarbeid med kollegaer i nabokyrkjelyd eller nabokommune, andre fann medarbeidarar i sanitetsforeining og helselag, for ikkje å snakke om hos helsesøster, der det var ei slik. Dette var mogeleg i større kommunar, eller der avstandane ikkje var så store. Men både distriktslegen, prestane, gravferdsbyrået, sjukehuset og pårørande var i praksis samarbeidspartnarar.

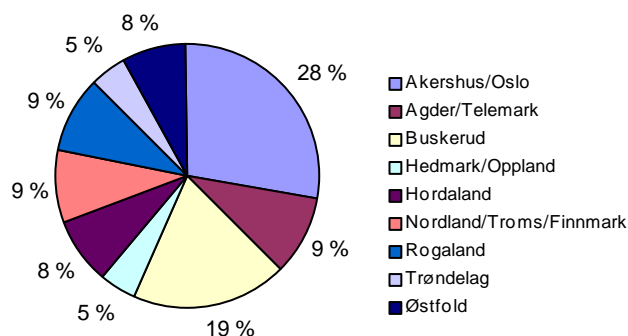
- *Jeg måtte alliere meg med dem jeg fant det naturlig å samarbeide med, seier ei (11).*

Etter kvart som behova auka og den kommunale heimesjukepleia byrja å kome inn i biletet, vart det og fleire tilsette og fleire å samarbeide med. Men det var sjølvst og situasjonar der samarbeidet ikkje fungerte - og nokre opplevde det kan hende som kontroll eller konkurranse.

Løna til menighetssøstre kom i all hovudsak frå innsamla midlar gjennom kyrkjelyd/menighetspleie eller sanitetsforeining/helselag. Nokre få hadde større eller mindre refusjonsordningar med kommunen, og Samemisjonen løna dei som var tilsette der.

Det kan virke overraskande at så mange hadde menighetssøsterstilling i sentrale austlandsområde og at tenestetida etter måten var kort. Heile 28 % av dei som svara på mine spørsmål var menighetssøstre i Oslo og Akershus, medan 19 % tenestegjorde i Buskerud, med hovudvekt på Drammensområdet. Det samsvarar med det som elles i samfunnet var vanleg. Dei fleste sjukepleiarane trekte mot sjukehusa og dei sentrale byområda (Jmf. kap. 5).

Kvar tenestegjorde dei:



3.3.3 Dei gode erfaringane motiverte

Å vere menighetssøster gav for dei fleste ein sterk og trygg identitet. Det innebar at dei var forankra i kyrkja, hadde eit kristent livssyn og skulle vere sjukepleiarar i lokalmiljøet. Menighetssøstrene var opplærde til å sjå heile situasjonen der dei kom. Den sjuke var i eit fysisk heimemiljø og hadde gjerne pårørande rundt seg. Menighetssøstrene måtte finne praktiske løysingar på dei mange utfordringane og problema dei møtte. Ofte måtte dei ta på seg det meste av oppgåvene sjølve, då det ikkje var andre til å gjere det. Der dei etter kvart vart fleire medarbeidarar kunne fleire oppgåver, som hus- og fjøsstell, overlatast til andre. Eit knippe utsegn fortel mykje om situasjonen:

- *Stillingsbetegnelsen var menighetssøster, og det var det jeg var (6).*
- *Jeg måtte finne praktiske løsninger på problemer, så til tider var jeg vel mer sosialarbeider enn sykepleier (7).*
- *Iblant måtte ein vere husmorvikar når heile familiar var sjuke og låg til sengs (15).*
- *Det var menighetssøster eg var, og då biskopen kom på besøk sat eg øverst i kyrkja i lag med han og prestane – i svartkjole med snipp (12).*
- *Jeg var menighetssøster og sykepleier, men syntes det var naturlig å gjøre noe husarbeid der det var behov for det (17).*
- *Jeg var til tider hjemmehjelp, for eksempel måtte jeg vaske hos den syke når støvet lå tykt over alt, kaste bedervet mat i kokekjele, ta ansvar for skitne klær med avføring i skap der lukta trengte gjennom til naboen (26)*

Menighetssøstrene var for det meste velkomne og svært godt mottekne av pasientane. Dei hadde jo betre tid den gongen og kunne vere ei stund hos kvar pasient. Desse var taknemlege og glade for å få hjelp. Dei kunne ikkje krevje at menighetssøstrene skulle hjelpe. Dei tok derfor imot hjelpa dei fekk som ei god gåve.

Det var oftast same søster som kom til same tid kvar gong, og det skapte tryggleik. Dessutan brukte menighetssøstrene uniform, så folk visste kven dei var og kva dei sto for. Folk visste at dei hadde teieplikt og dei fekk difor del i mange livsforteljingar, både vonde og gode. Mange fortel at dei vart vist stor tillit, gjerne langt ut over dei områda dei var kvalifiserte for.

Men nokre pasientar var og skeptiske. Til tider måtte menighetssøster bruke lang tid på å bli kjent med personen før ho fekk lov til å hjelpe. Andre ville ikkje ha besøk i det heile, ville ikkje ha nokon innblanding, og det vart sjølvstekt respektert.

Medan diakonissetradisjonen og mykje av institusjonssjuepleia elles ofte var prega av kontroll, underordning og disiplin, opplevde menighetssøstrene i distrikt og kyrkjelyd både fridom, sjølvstende og høve til sjølvrealisering. Det var viktige goder ved det å vere menighetssøster. Dei fekk legge opp sitt eige arbeid, kunne disponere tida som dei sjølve fann best – og det var rom for å drive oppsøkjande verksemd.

Menighetssøstra vart godt kjend i bygda ved at ho kom inn i mange heimar, fekk kontakt med alle slags menneske i mange og ulike livssituasjonar. Mange opplevde det meiningsfullt å møte dei som trong hjelp i deira eige heimemiljø. Det vart då og slik at mange menighetssøstre kom så tett inn på livet til mange av pasientane og deira familiar at dei nærast vart rekna som ei av familien. Ho vart gjerne både rådgjevar og tillitsperson – og var sjølvskriven i gravferd.

Det kan vel vere at desse tette banda hadde vorte vurdert annleis i dag, men i den tida menighetssøstrene var i aktivitet, vart dette for dei langt fleste opplevd som positive og gode band.

Ofte kan ein lure på korleis menighetssøstrene greidde å stå i så utfordrande oppgåver. Men det tykkjest heilt klart at dei fekk så mange gode og positive tilbakemeldingar at det gav energi inn i tenesta. Mange fortel om mykje takksemd frå pasientar og pårørande, det gode ved å vere venta og respektert, at dei vart godt mottekne og vist tillit. Det kjendes godt å få vere medmenneske og velkommen overalt. Gleda over at nokon trengde ein og at ein kunne vere til nytte, styrka sjølvkjensla midt i slitet. Her tek vi med nokre av mange utsegn:

- *Jeg fikk styre meg selv og fikk mange gode venner. Å bli noens "engel" gav meningsfylte dager (32).*

- *Hadde mange gode samtalar, som gav meg mykje og som eg ser tilbake på med glede. Følte at eg fekk gi noko av meg sjølv, av det eg sto for og gjerne ville formidle (28).*
- *At folk var takksame for hjelpa, det var ei god kjensle (21)*
- *Gleden over at det var noen som trengte meg (25).*
- *Det at jeg hadde en følelse av å gjøre noe positivt, å se at de som fikk hjelp fikk en bedre tilværelse (27).*
- *Fikk faktisk daglig bekreftet at det du brukte tid og krefter på betydde mye for mange i livets hverdag (34).*
- *All den gode tilbakemeldingen var med på å prege livet mitt siden (7)*

Styrken og vissa om å vere vigsla og stå i ei teneste for Gud gjennom kyrkja var nok og motiverande for mange. Det gav tryggleik og autoritet å kunne seie at ein var tilsett i kyrkja, og såleis representerte noko meir enn seg sjølv.

- *Å kome som utsending frå kyrkja/menigheten var med å opne dører og skapte tillit. Det gjorde det naturleg å dele Guds ord med dei eg gjekk til (30).*

På tilsvarande måte var uniforma eit viktig element. Uniforma gjorde det tydeleg for folk kven dei hadde å gjere med. Uniforma var og med på å styrke menighetssøstrene sin yrkesidentitet. Skiljet mellom arbeidstid og fritid vart tydelegare. I arbeidstida var dei kledd i uniform. Når arbeidsdagen var slutt, kunne dei gå over til sivile klede og til privat liv.

- *Det var ein styrke å få kome i uniform og presentere seg som ”søster”(30).*

For fleire av menighetssøstrene var det og godt å bli tekne med i andre aktivitetar i kyrkjelyden. Det legitimerte på eit vis på ein sterkare måte enn ”berre” sjukepleietenesta at ho hørde til i fellesskapet av dei tilsette i kyrkjelyden.

Men når mange menighetssøstre var i teneste i berre kort tid, seier nok det og noko om at slett ikkje alt var så enkelt. Ideal var ein ting, men den praktiske kvardagen gjerne noko anna.

3.3.4 Vanskane med å vere menighetssøster

Alle menighetssøstrene møtte større og mindre vanskar i arbeidet, men korleis dei handterte det og kva det gjorde med dei, var nok svært så individuelt. Eg tek i det følgjande fram nokre av vanskane slik menighetssøstrene sjølve har uttala dei. Systematiseringa er mi.

3.3.4.1 Arbeid og fritid

Folk flest hadde i etterkrigstida eit heilt anna forhold til arbeidstid enn det vi kjenner frå i dag. Mellom menighetssøstrene hadde nokre i prinsippet fast arbeidstid frå klokka åtte om morgonen til klokka fire eller fem – eller seinare på ettermiddagen. Det var gjerne slik at dei heldt på til dei var ferdige med dagens oppgåver. Ofte var det inga definert arbeidstid og dermed heller ikkje fritid. Mange hadde telefontid eller trefftid om morgonen (08-09) og dessutan om ettermiddagen (16-17). Så var det ut på bygda til dagens oppgåver var unnagjort. Kveldsvakter og nattevakter måtte dei ta etter behov, og helgevakter kunne det og bli. Utan avløysar vart det berre å stå på.

Så var det lengre ”pleier” der dei kunne vere fast i ein familie frå nokre dagar til fem-seks veker. Arbeidet var ofte strevsamt og einsformig, samtidig som dei opplevde at dei fekk gjort lite anna. Etter slike lange tenestebolkar kunne dei få litt meir fritid. Likevel opplevde nok mange at det vart lite privatliv.

- *Eg kunne ikkje bestemme noko for meg sjølv. Ein kunne ikkje ha familie i slikt arbeid! Eg følte at eg nærast gjorde noko gale om eg tok fri. – Er det ingen sjuke? kunne folk spørje då (58).*
- *En gang arbeidet jeg i 6 måneder uten en eneste hel fridag. Da ble det leid inn en sykepleier i 3 uker så jeg kunne få ferie. Etter hvert klarte jeg ikke mer og begynte i arbeid på et sykehus (32).*

3.3.4.2 Tøft og einsamt

Sjølv om arbeidet rundt om i heimane kunne vere tungt fysisk sett, utan særlege hjelpemiddel, og med til dels dårleg organisering, tykkjest det likevel som noko av det vanskelegaste ved menighetssøstertenesta har vore einsemnda, særleg i møte med mange spesielle situasjonar som sjølv mord, plutselige dødsfall og ulukker. Ekstra vanskeleg var det når barn var i biletet. Det var slitsamt og krevjande å stå åleine i tenesta med stort ansvar og utan særleg støtteapparat. Menighetssøstrene var strenge på teieplikta, og derfor vart det og mange som måtte bere mykje av det tunge og vanskelege dei fekk kjennskap til åleine. Ikkje å undrast over at det kunne bli for tungt mange gonger. Nokre ytringar gir eit bilete av situasjonen:

- *Jeg vare veldig alene. Det var selvmord, plutselige dødsfall, barn som ble påkjørt og drept. Ingen andre hadde ansvar. Det var meget tøft (10)*
- *I to tilfeller ble jeg sendt nattetider til hjem hvor det var begått selvmord, uten at jeg visste det på forhånd. Det var skremmende. Jeg burde ikke blitt sendt alene (56).*

- *Det hendte at en kom inn i familier der det var konflikter. Det var ubehagelig (17).*
- *Enkelte ville ha meg som nattevakt siden jeg hadde lært å våke (49).*
- *Kunne bli sliten av for mye nattevåk og for lite søvn (42).*
- *Jeg var altfor ung og uerfaren til å ha så mye ansvar (25).*
- *I ettertid ser jeg at det var lite hjelpemidler og mange tunge løft (41).*
- *Det var dårlig styring og rådgiving. Dårlig dokumentasjon. Informasjonen var mangelfull når jeg ble utkalt til enkelte oppdrag (6).*
- *Det var grusomt å gå langs alle veier, fra hus til hus, for å oppsøke arbeid (40).*

3.3.4.3 Stram økonomi og sprikende forventningar

Forventningane som menighetssøstrene møtte både frå pasientane, frå pårørande, frå legar og kyrkja var ikkje alltid så enkelt å forholde seg til. Når ikkje oppgåver og grenser var formalisert, drog dei ytre forventningane i alle retningar, i tillegg til søstrene sine eigne, indre forventningar om å tene alle. Ekstra vanskeleg vart det sidan dei fleste menighetssøstrene visste at store deler av løna, ja inniblant alt, var innsamla midlar. Dei opplevde på eit vis å bli ståande i gjeld til menighetspleieforeininga, sjølv om løna oftast var lita.

- *Noen pasienter ble kanskje litt ”bortskjemt”, vant til at søstrene satt hos dem i lengre tid før det skulle legges (31).*
- *Noen ble sinte når jeg hadde ferie, og deres mor døde mens jeg var borte (40).*
- *Det var store forventningar som menighetspleieforeningane hadde til oss. Dei ville me skulle vera med mest over alt (15).*
- *Det var vanskelig å leve opp til forventningene. Tid på døgnet betydde ikke noe (27).*

Trong økonomi gjorde og at det gjerne var dårleg med transportmiddel. Ofte var det å bruke beina og gå frå hus til hus, eller bruke sykkel sommartid. På vinterstid vart det gjerne både spark og ski.

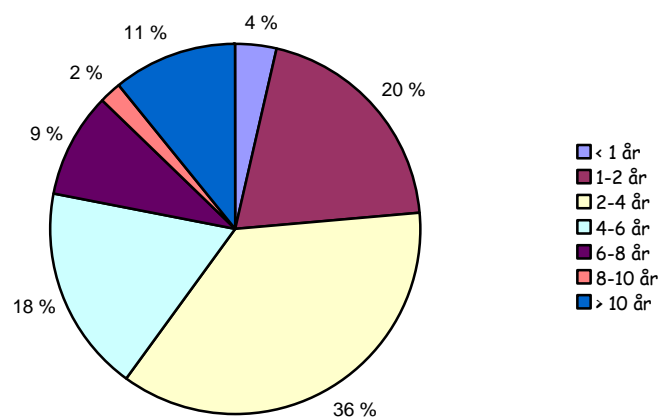
- *Jeg måtte binde meg i 3 år for å disponere bil (11).*
- *Det var tungt vintersdagen å kjøre rundt i min lille Fiat kun med vinterdekk på bakhjula. Det ble for dyrt med vinterdekk på alle hjul. Bena måtte brukes (32).*
- *Vi hadde lite å dele ut til folk som trengte/ba om økonomisk hjelp (27).*

Menighetssøstrene var utdanna som sjukepleiarar, og det var då sjølvstakt at det var dei sidene ved tenesta dei ville prioritere. Kyrkjelyden, og spesielt ein del av prestane, såg derimot på menighetssøstrene som medhjelparar i det kyrkjelydsbyggande arbeidet. Det skapte ein del interessekonfliktar:

- *Presten syntes jeg deltok for lite i kirkens aktiviteter (5).*
- *Feriekoloniarbeidet både for barn og vaksne, var vanskeleg (26).*
- *Følte meg ikkje komfortabel med husbesøk, det var som ein tvang (28).*
- *Det var lite sykepleieoppgaver, følte eg stagnerte/gjekk tilbake fagleg sett (30)*

Det kan i denne samanhengen vere interessant å sjå at av dei spurte arbeidde heile 78 % som menighetssøster i kyrkjelyd i berre 6 år eller mindre, eller 60 % berre 4 år eller mindre. Det har nok for ein stor del samanheng med at arbeidstilhøva i svært mange tilfelle var utruleg krevjande.

Arbeidstid i menighetssøsterstilling



3.4 Oppsummering

Menighetssøstrene har sine røter i diakonissetradisjonen, men fekk si eiga utdanning i 1916. Kvinnene som utdanna seg til menighetssøstrer kom gjerne frå landsbygda og skulle ha ei teneste mellom sjuke og trengande i bygdene. Likevel var det etter kvart mange som valde å vere sjukepleiarar i sjukehus og sjukeheimar. Dei som gjekk ut i menighetssøsterteneste hadde allsidige sjukepleieoppgåver med alt frå barselpleie, helsesøsteroppgåver og besøksteneste til stell og omsorg både for døyande og deira pårørande. Om omgrepet "heilskapleg omsorg" ikkje

var oppfunne den gongen, så var det nettopp omsorga for heile mennesket som prega menighetssøstrene si teneste. Dei kom inn i mange heimar, var lokale "kjendisar" og tillitspersonar som kunne brukast til mykje. Arbeidsdagane var lange, oppgåvene mange og til tider tunge, og løna lite å skryte av. Ein kan undere seg over at dei makta utfordringane, men status og respekt, saman med kjensla av å få vere til nytte og hjelp, motiverte og gav krefter. Likevel registrerar vi at dei fleste, særleg på seksti- og syttitalet, vart verande berre få år i stilling som menighetssøster. Vigslinga, med vigslingsbrev frå biskopen i Oslo, gav fram til slutten av 1960-åra menighetssøstertenesta ei tydeleg kyrkjeleg forankring.

KAPITTEL 4: MED IDENTITET SOM MENIGHETSSØSTER

Det kristne kallet som ei markert og personleg erfaring var for mange av menighetssøstrene det grunnleggjande elementet i deira diakonale teneste. Det personlege kallet, den diakonale sjukepleieutdanninga og vigslinga, ved sida av dei konkrete oppgåvene dei gjekk til, gav dei identitet som menighetssøstre. Det vil eg seie noko om i det følgjande.

4.1 Menighetssøstertenesta – ei kallsgjerning.

Menighetssøstertenesta var altså ikkje berre eit yrke, eit arbeid for å tene til livets opphald. Det var knytt saman med ein kristen tenesteideologi, der kall og diakoniforståing, danning og lydnad gjennom utdanning og teneste forma den einskilde menighetssøster som menneske og yrkesutøvar.

Det personlege kallet frå Gud var ei drivkraft som måtte verta teken på alvor. Menighetssøstrene fekk gjennom utdanninga innprenta kor viktig det var å ha eit tenande sinnelag. Nærast like viktig som den formelle utdanninga var dei indre personlege og åndelege kvalifikasjonane.

Som diakonissene hadde menighetssøstrene sine røter i den lutherske pietismen. Den pietistiske kallsforståinga og det personlege diakonisynet kom difor til å prege deira teneste langt inn i nyare tid. Eg vil derfor sjå på ulike forståingar av kallet og peike på kva eg meiner med ei pietistisk kallsforståing. Eg vil og kome inn på korleis den pietistiske kallsforståinga var med og la grunnen for det individuelle diakonisynet som prega den diakonale handling hos menighetssøstrene fram mot 1980-talet.

I boka *”Øyet og kallet”* (2000) omhandlar Kari Marinsen kallstanken i diakonissekulturen. Teolog Alf B. Oftestad har skrive mykje om diakoniens historie og noko av dette uttrykker han i artikkelen *”Den frie, den kirkelige og den borgerlige diakoni”* (2005) Det følgjande baserar seg for ein stor del på arbeida til desse to.

4.1.1 Luthersk og pietistisk kallsforståing

Pietismen vaks fram i Europa i andre halvdel av 1600-talet. Den var ei kristen rørsle som ikkje var konfesjonsbunden, men framsto i Tyskland innanfor den lutherske kyrkja. Pietismen kan

seiast å vere ei rørsle nedanfrå, sjølv om fleire teologar var med som leiarar. Pietismen var på mange vis ein reaksjon på at teologane etter reformasjonen la stor vekt på rett lære framfor rett liv. Den hevda at rett tru åleine ikkje er nok. Trua må vise seg i den einskilde sitt liv og i kyrkjelyden sitt liv. Bibelordet må omsettast i handling, og den einskilde må leve i verda som eit godt eksempel for andre.

Leiarane innan pietismen henta og fram att den lutherske tanken om det allmenne prestedømet. Alle døypte er prestar for Gud og har rett til å studere Bibelen og undervise andre. Kallsforståinga var knytt til tru og gjerningar der målet var frelse. Pietistane støtta seg til Luther, som sette kallet inn i samfunnet, inn i verda.

Innanfor den katolske kyrkja var kallet knytta til det å vere prest eller å stå i ei religiøs teneste som munk eller nonne innanfor klostersistemet.

Luther meinte derimot at alle har eit kall å utføre gjennom sitt daglege arbeid, i møte med medmennesket. Alle kan tene Gud på sin måte, i sitt kall og på sin stad. Menneska er skapt for å ta vare på kvarandre gjennom det daglege arbeidet. Det er gjennom arbeidet og fellesskapet der at vi får dagleg brød. Difor har alle ei plikt til å ta hand om nesten gjennom arbeidet. Til kallet meinte og Luther at lydnad mot styresmaktene hørde med, fordi det er Gud som styrer gjennom dei verdslege samfunnsordningane (Oftestad 2003).

4.1.2 Kallet og vekkingrørslene

Mange menneske levde ut ein enkel og folkeleg kristendom i truskap mot Guds Ord innanfor dei nye vekkingrørslene som vaks fram på 1800-talet. Desse bar med seg ein kallstanke med eit sterkt sosialt engasjement. Å gi praktisk hjelp til dei som hadde trong for det var utgangspunktet, men tanken om at dei hjelpetrengande skulle få del i den kristne trua følgde med. Kristen tru var ikkje føresetnad for hjelp, men i det praktiske arbeidet var tanken gjerne at forkynning i ord til frelse hørde med.

Vekkingane leia kvinnene inn i foreiningsarbeid. Foreiningane vart vekkingrørsla si organisasjonsform, og ofte var aktiviteten der ein kombinasjon av misjon og diakoni. Kvinnene kom ut av heimen og vart synlege i det offentlege liv. Deira engasjement i foreiningslivet bygde opp deira sjølvstende og handlekraft, og sameina åndeleg liv og praktisk handlekraft inn i sosialt og samfunnsmessig arbeid. Slik kunne deira kall bli realisert (Oftestad 2003).

4.1.3 Kallet og den diakonale teneste

På 1800-talet var den pietistiske vekkinga, idealismen og den personleg erfarte kristentrua viktige element i framveksten av diakonien. Kallsmedvitne kvinner og menn reiste frå Skandinavia til Tyskland for å få førstehands kjennskap til den diakonale rørsla. Den personlege opplevinga som dei møtte, det personlege kristne kallet til teneste og alvoret i å følge Kristus, gav dei inspirasjon og vilje til å bøye seg under det dei forsto som Guds vilje (Oftestad 2003). Det kristne kallet som ei markert og personleg erfaring var det grunnleggande elementet i den individuelle, diakonale tenesta.

Martinsen peikar på ei *”dobbelthet i forståelsen av kallet”* hos diakonissene (Martinsen 2000, s.110). Den eine sida var det inderlege, det sjølvfornektande og audmjuke å gi seg sjølv heilt i tru. Den andre sida var eit brennande engasjement og ei sosial pliktkjensle i møte med menneske sine lidingar. Vekkingsrørsla sitt sentrale spørsmål etter tenestevilje, hadde ein sterk sosial bodskap som kvinnene fort greip tak i.

Den inderlege trua og eit sosialt medvite gjekk hos diakonissene og menighetssøstrene saman i kallet. *”Det synes å være en forpliktethet i kallet overfor den andres lidelser som drev diakonissen til å oppspore lidelsen, gå inn i den, være nært og konkret til stede for å bedre den hjelpetrengendes situasjon, endre den. Kallet drev dem inn i gjerningen og ut til den andre. Kallet var ekte og inderlig engasjement rettet mot den andre; det var å gå utover seg selv, å være i bevegelse mot den andre”* (Martinsen 2000, s.111).

4.1.4 Kallet i sjukepleien

Heim og foreldreskap var viktig for samfunnet og var etter Luthersk tankegang eit kall. Kvinna si kallsgjerning vart på den bakgrunn lagt til hushaldet som eit husmorkall. For ugifte kvinner var det andre rollar som kravde hennar *”moderlege”* eigenskapar. Sjukepleiarrollen var ein av desse. Kari Martinsen viser til kva pastor Julius Bruun skriv i ein artikkel i bladet *”Fra Diakonissehuset”* i 1890-åra: *”Det er dog uimotsigelig, at for intet er Kvinden mer anlagt end for Sygepleie; det er dog den Tjeneste, der kommer nærmest hendes egentlige Kald: det at være Husmoder”* og *”Vi stiller (den ugifte) Diakonissen ved siden af Hustruen og siger: Ogsaa saaledes utfylder Kvinden det Kald, Gud har givet hende. Ogsaa i Diakoniet bliver hun - - kun paa en anden Maade end i Ægteskabet – Mandens Medhjelp. Er Menighedsdiakonissen ikke Prestens Medhjelperske? Er Sygeplejersken i Hospitalet ikke lægens Medhjelperske?”* (Martinsen, 1984, s.81)

Bruun gjekk tilbake til Luther sin eigen tenkjemåte og hans samfunnssyn, men overførte dette til eit samfunn som var annleis enn det Luther sto i. Luther knytta kallet til menneska sitt kvardagsliv. Som skapte menneske har vi alle eit kall til å dra omsorg for kvarandre, og for Luther var det ei kritikk av klosterlivet. Men for Bruun og fleire med han, var kvinner sitt kall altså eigentleg eit husmorkall.

I mellomkrigstida var kallstanken eit overordna prinsipp for arbeidet både for legar og sjukepleiarar. Ein elev ved Norsk Sykepleierskeforbunds Forsettelsesskole i 1935 uttrykte det slik: *”Nu er hun snart ferdig med sin utdanning. Kallet ligger og venter på henne. ... Se, i dette ... ligger sykepleierskens egentlige kjerne – og selv den mest utsøkte tekniske ferdighet og daddelløse aseptikk blir liten i forhold til dette”*. (Martinsen 1988, s.5).

Kallet vart forstått som ei teneste for andre ut frå ei visse om dei kristne grunnverdiane ein sjølv var forankra i. Denne tenesta var det naudsynt med opplæring til, men kunnskapane skulle underordnast kallet. Martinsen definerar vidare kallstenesta med stikkord som *uegennyttighet, hjelpsomhet, personorientering, nærhet, engasjement*, og det sentrale i kallsarbeidet var *måten arbeidet ble utført på* (Martinsen 1988, s.5).

4.1.5 Kall og underordning

Luthers kalls lære vart og påverka av samfunnet si underordningslære. For Luther representerte offentlege styresmakter Gud i dei jordiske forhold, og ein skulle derfor underordne seg styresmaktene. Historikaren Berge Furre teiknar dette førmoderne samfunnsbildet på sin måte: *”Gud aller øvst som vil ordninga og garanterar henne med sin nåde, vilje og omsorg. Kongen av Guds nåde har makt og autoritet ovanfrå som han spreier nedetter gjennom embetsmenn. Og under dei borgarstand, bondestand, handverkarstand, arbeiderstand, husmorstand og ugifte kvinner aller nedst. Dei nede skal lyda. For all øverheit er av Gud. Dei oppe skal byda. Dei har opplysning, eigeidom, ansvar. Og dei oppe skal ta ansvar for dei nede, haandverkaren for sine sveinar, bruksherren for sine arbeidarar, husherren for sin husstand og tyende. Lydnad nedanfrå og ansvar ovanfrå sikrar harmonien”* (Furre 1998, s.15)

Luther meinte at alle i samfunnet har ei oppgåve eller eit kall å fullføre. I sitt husmorkall skulle kvinna vere underlagt mannen si styring. For når Gud styrte gjennom verdslege ordningar, styrte han gjennom menns leiing i desse ordningane. I denne samanheng vart kallet i sjukepleien forstått som eit husmorkall (Martinsen 2000).

Prestane i den norske diakonisserørsla bygde direkte og gjerne ukritisk på Luther sitt samfunnssyn og læra hans om kvinnekallet. Den lutherske underordningslæra sette klare grenser for kvinna si stilling og plass i samfunnet. Sjølv i diakonissekulturen og menighetssøsterkulturen, låg autoriteten hos menn. Det var dei som definerte arbeidsdelinga og makta mellom kjønna. (Martinsen 1984, s.86 og 90).

Lydnad var ein dyd retta mot overordna. Den var grunnlaget for den disiplinen som rådde, særleg i sykehusa. Intensjonen var at den skulle sikre pasienten. Hos Rikke Nissen var lydnaden til overorda, spesielt til legen, presisert sterkt (Karoliussen 2002).

Mykje av denne kallsforståinga vart etter kvart sterkt utfordra gjennom profesjonaliseringsprosessane av kvinneyrka.

4.1.6 Kallet som livsoppgåve

For mange innan menighetssøstertradisjonen har nok kallet først og fremst vorte forstått som ei livsoppgåve, ei oppgåve gjeven av Gud til beste for nesten. Det personlege kallet gav ei visse om at Gud ville ha dei i ei konkret oppgåve. Det gav stor styrke i møte med motgang og påkjenningar. Sosionom og høgskolelektor Torborg Aalen Leenderts har mellom anna skrive om denne kallsforståinga i boka "*Når glassflaten brister*" (2005). Det følgjande byggjer på det ho der skriv.

Noko av det som kjenneteiknar forståinga av kallet som livsoppgåve, er at det er knytt saman med ein lovnad om at Gud er med ein. Dermed, seier Leenderts, *har man en dobbelt trygghet: her vil Gud ha meg, og han er med meg alle dager – og alle slags dager. Kallet er rett og slett selve bærebjelken i det oppdraget man har påtatt seg.* (Leenderts 2005, s.111)

Men ei slik kallsforståing var ikkje så lett når ein av ulike grunnar ikkje makta oppgåvene, eller ein valde andre retningar. Ein skilde ikkje mellom ordning og oppdrag, som ein gjerne gjer i dag. Gud har gjeve eit oppdrag, men han har ikkje sagt noko om korleis det skal ordnast. Her kjem menneske si eiga dømekraft og kompetanse inn – eller og mangelen på dømekraft og kompetanse.

Leenderts peikar ellers på forholdet mellom det ytre og det indre kallet. Det ytre kallet kjem frå andre personar eller konkrete omstende og behov. Det indre kallet er kjenneteikna ved ein sterk indre trang eller dragning som ein ikkje vert ferdig med, og som det gir glede å følge.

Noko av det vanskelege med det indre kallet, som er subjektivt, er at det har vore vanskeleg å etterprøve både for ein sjølv og andre. Kallet kravde lydnad, men det tok på eit vis frå ein

ansvaret til å spørje seg sjølv: Kva er det som driv meg? Er det berre Gud eller kan det og ha å gjere med til dømes mitt forhold til autoritetar og andre røyster enn Guds?

Menighetssøstrene hadde vel ikkje alltid så klare tankar om innhaldet i kallet. Til tider var det ytre kallet så styrande at lydnaden mot forstandaren si røyst vart sterkare enn tanken på tenesta som eit personleg kall.

Frå eit luthersk perspektiv har alle menneske, som vi har sett, eit alminneleg kall: å samarbeide med Gud om dei utfordringane livet møter oss med. Men kyrkjarahistoria er full av menneske som og har fått eit spesielt kall. *Når Gud vil ha gjort noe spesielt, både kaller og utrunder han mennesker på måter som skiller seg ut fra det de fleste får oppleve* (Leenderts 2005, s. 113). Slike særskilde kall treng ein ikkje å springe etter, eller slite for å finne fram til. Dei kjem til ein på måtar som gjer det tydeleg at det handlar om eit kall frå Gud.

Likevel er det viktig å halde fast på at det vanlegvis er oppdraget som kjem til ein, ikkje oppskrifta på korleis oppgåva skal løysast. Det er ikkje snakk om blind lydnad, men om å samarbeide med Gud ut frå eiga dømmekraft.

4.1.7 Med kallet som livsoppgåve vart diakonisynet personleg

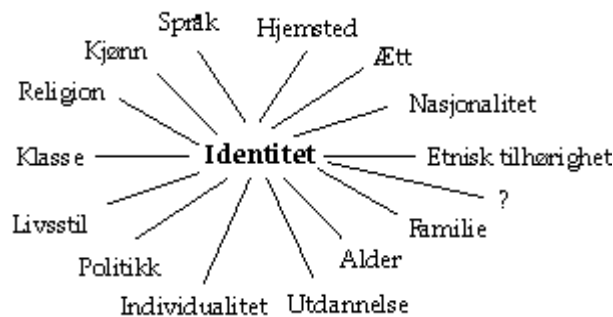
Med det personlege kallet som berebjelke, vart tenesteforståinga gjerne svært så individualistisk. Menighetssøstertenesta innebar at kvar menighetssøster nærast vart ein misjonær, og personleg berar av diakonien. Sidan oppdraget kom frå Gud, skulle tenesta og opne vegen for evangeliet. Søstra skulle gi støtte og hjelp til nesten både fysisk og sosialt, men målet var og frelse for sjelene. Slik var dei opplærde og for einskilde var det og slik i praksis. Likevel fekk mange sjelekvaler fordi dei nærast personleg skulle stå ansvarlege for nesten si frelse gjennom den tenesta dei hadde som menighetssøster.

Menighetssøstrene var tilsette i ei kyrkjeleg teneste, men forståinga av at det var kyrkja som fellesskap som hadde fått kallsoppdraget, tykkjest å ha vore lite tilstades. Søstrene var vigsla til ei kyrkjeleg teneste, men likevel får ein inntrykk av at både oppdrag og ansvar for ein stor del låg på den einskilde. Kallet var ein del av identitetsgrunnlaget og mange menighetssøstre hadde ein sterk yrkesidentitet: *”Menighetssøster var min stillingsbetegnelse – og det var det jeg var!”*(6). Kva bygde dei denne sterke identiteten på? Det vil eg seie noko om i det følgjande avsnittet.

4.2 Identitetsgrunnlaget

Identitet kjem av det latinske ordet *idem*, som tyder ”det same”. Identitet i vid forstand vert brukt som eit kulturelt og psykologisk uttrykk for det som ein person, organisasjon eller gruppe oppfattar seg sjølv som, eller av andre vert oppfatta som (<http://no.wikipedia.org>).

”Identitet er det man ser når man ser seg i speilet” skriv professor Thomas Hylland Eriksen i ein artikkel i boka ”Flerkulturell forståelse”(Eriksen, 1997). Ein ser ein mann eller dame med sin særlege sosiale bakgrunn og utdanning, som gjerne tilhøyrer ein religion, ei etnisk gruppe, ein nasjon. Dei ulike gruppene og sosiale kategoriane vi som menneske høyrer til, gjer oss til dei vi er. Eriksen brukar ei skisse for å vise ulike fasettar som påverkar eller skaper eit menneske eller ei gruppe sin identitet



Torborg Aalen Leenderts¹ og diakoniavdelinga på Høyskolen Diakonova har utvikla ein noko forenkla modell der dei trekkjer fram fire grunnleggande faktorar som saman bygger eit menneske sin yrkesidentitet:

- *Personleg kompetanse*
- *Profesjonskompetanse*
- *Mandat*
- *Kontekst*

Personlege eigenskapar, sett saman med profesjonell utdannig, med eit mandat med retter og pliktar til ei særleg teneste innanfor samanhengen (konteksten) der arbeidet skal gjerast, samverkar til å gje yrkesutøveren ein særleg yrkesidentitet.

Eg ser modellen som eit nyttig reiskap til å seie noko om menighetssøstrene sin identitet og vil difor bruke dei fire perspektiva for å prøve å får ei betre forståing av korleis menighetssøsteridentiteten var forankra.

¹ Upublisert notat

4.2.1 Personleg kompetanse som del av identiteten

”Det finnes en side ved oss som profesjonsutøvere som er utslagsgivende for kvaliteten på det arbeidet vi gjør. Den kommer i liten grad til uttrykk på våre eksamensvitnemål, er vanskelig å begrepsfeste, og ikke lett å teste. Den har å gjøre med vår menneskelige kvalitet, vår personlige væremåte i forhold til oss selv og andre,” skriv sosiolog Greta Marie Skau (2002, s.51) og kallar denne menneskelege kvaliteten og personlege veremåten for *personleg kompetanse*. Ho er oppteken av at dei som arbeidar innan omsorgsyрка i stor grad brukar seg sjølve som personar i praktiseringa av yrket og derfor må ta den personlege sida av profesjonaliteten på alvor. Dei må ta tid til å utvikle sin eigen personlege og erfaringsbaserte viten. Ein treng varme hjarte: *”bestemte holdningar, følelser, intuisjon, varme, et helhetsyn, medfølelse, menneskelig og sosialt engasjement”* (Skau 2002, s.53). Det handlar altså om verdiar og haldningar, personleg modning og menneskesyn, empati og engasjement, forståing, kjenslevarleik og indre styrke. Samtidig er ho klar over at det er vanskeleg å lære opp nokon til å ha visse personlege eigenskapar, og dessutan er dei vanskeleg å dokumentere og måle. *Det er en form for kompetanse som forutsetter menneskelig modning og erfaring, og som vi kan utvikle gjennom hele livet* (Skau 2002, s. 57).

Leenderts er på si side oppteken av at omgrepet *”person”* er ei kvalitetfastsetting av mennesket. *”Personen er mennesket som ingen andre – enestående og uerstattelig. ”Person” er en ”indrebeskrivelse” av mennesket som karakteriserer det enkelte menneskets egenart. Som person er mennesket unikt. Det har sin helt spesielle livshistorie, sine enestående evner og anlegg, sine erfaringer, muligheter og drømmer”*. (Leenderts, 1995, s.29)

Desse personlege eigenskapane vil mennesket alltid bere med seg som ein viktig del av identiteten sin, av det den einskilde er.

Som einskildmenneske hadde menighetssøstrene, som vi har sett, ulik bakgrunn og motivasjon for å gå inn i teneste som menighetssøster. For mange var det personlege kallet frå Gud ein viktig motivasjonsfaktor (avsnitt 4.1). Det handla om tru og grunnleggande livsverdiar. For andre var eit konkret kall frå kyrkja om å gå inn i teneste for sjuke og gamle, noko som dei måtte ta stilling til. For andre var draumen om å bli sjukepleiar det grunnleggande, kanskje motivert av nokon dei kjende eller såg opp til. Andre ville få seg ei yrkesutdanning og då sto valet for kvinnene gjerne mellom å bli lærar eller sjukepleiar. I alle fall var den personelege motivasjonsfaktoren, saman med andre personlege eigenskapar, ein viktig del av

menighetssøsteridentiteten, og det som skilde den einsskilte menighetssøster frå gruppa menighetssøstre.

4.2.2 Menighetssøstre var dei utdanna til

Profesjonalitet seier noko om kva verdiar, kunnskapar og dugleik den einsskilte yrkesutøvar må ha med seg for å gå inn i ei yrkesrolle. Profesjonalitet inneber dei kvalifikasjonane som er naudsynte og tenlege i praktiseringa av eit yrke. Det inneber faktakunnskap og allmenn, forskningsbasert viten, men og settet av praktisk dugleik, teknikkar og metodar som høyrer yrket til (Leenderts 1995, Skau 2002).

Som sjukepleiarar var menighetssøstre utdanna etter offentlege utdanningsplanar og hadde fått offentleg godkjenning som andre sjukepleiarar. Dessutan hadde dei og fått undervisning i bibelfag, diakoni og sjelesorg, noko som skulle gjere dei kvalifiserte på andre område enn det sjukepleiefaget i seg sjølv bar krav om. Dei vart kvalifiserte til ei kyrkjeleg teneste der dei og skulle kunne ta hand om den åndelege og sosiale sida av mennesket. Omsorg for heile mennesket var grunntanken.

Samtidig var det mange sider ved den særlege tenesta rundt om i heimane som dei i utgangspunktet ikkje hadde fått med seg særkunnskapar om. Men det var mykje uformell læring gjennom å få del i andre sine røymsler. Menighetssøstre delte røymsler med kvarandre, så den profesjonelle erfaringskompetansen vart etter kvart stor hos mange.

4.2.3 Mandat gjennom offentleg sjukepleiargodkjenning og kyrkjeleg vigsling.

Mandat, i vår samanheng, inneber eit oppdrag eller ei fullmakt til å virke som yrkesutøvar.

I godkjenninga frå det norske sosialdepartementet heiter det at då menighetssøstera ”*har norsk sykepleieeksamen og har godtgjort å fyller de krav som er satt i lov av 8.januar 1960, godkjenner departementet henne som sykepleier med de rettigheter og plikter som følger av den lovgiving som gjelder til enhver tid. Hun har gitt løfte om å ville utøve sykepleievirksomheten slik som ære og samvittighet og landets lover krever*”.²

Menighetssøstre hadde fullmakt til å virke som sjukepleiar på linje med andre sjukepleiarar, men ved sida av dette fekk dei eit grunnleggjande mandat som menighetssøstre frå kyrkja som

² Godkjenning nr 34852, Det kongelige Sosialdepartement.

vigsla dei til ei teneste. Dei var kyrkja sine tiltrudde tenarar og representerte kyrkja gjennom det arbeidet dei gjorde, som Gunnar Stave skriv det i boka *”Mannsmot og tenarsinn”* til Diakonhjemmets hundreårsjubileum: *”Innviinga til diakonigjerna har følgd dei norske diakoniinstitusjonane frå starten. Lenge blei innviinga knytt til fullført utdanning. Ein hovudtanke bak denne praksisen var at institusjonane sende ut diakoniarbeidarar på vegner av kyrkja”* (Stave 1990, s.247).

Sjølv om det ikkje var den offisielle kyrkja, men frivillige organisasjonar som tok opp arbeidet då diakonien vart gjenreist i den lutherske kyrkja, hadde diakonien alltid hatt nær kontakt med kyrkja.

Ved kongeleg resolusjon av 28. januar 1949 vart det vedteke eit rituale for vigsling av ikkje-teologar til kyrkjeleg teneste. Denne vart teken i bruk ved Menighetssøsterhjemmet til vigslinga av det femtiande kullet 1. mai same året. Alle som vart utdanna som menighetssøstre fekk eit innføringsbrev då dei vart vigsla til gjerna. Dette var ei fullmakt frå kyrkja, tilsvarande det som tidlegare vart kalla *”patent”*, eit varig dokument som viste at ein person hadde ei utdanning som gav rett til å utføre visse oppgåver og plikter, i dette tilfellet ei teneste for kyrkja (Knudsen 1976, Stave 1990).

Biskop Berggrav sa om denne ordninga på Diakonhjemmet sitt 60-års jubileum: *”Vi har funnet det rett her i Norges kirke, ikke å gjøre forskjell på de diakoniarbeidere som skal inn i menighetsoppgaver og de som skal ha sin gjerning for eksempel i et sykehus eller andre institusjoner og som altså ikke kommer direkte inn i menighetsmiljøet”* (Stave 1990, s.248)

Vigslinga til menighetssøster skjedde i dei fleste tilfella i høgmesse i Fagerborg kyrkje. Vanlegvis var det forstandaren, etter oppdrag frå Oslo biskop, som sto føre handlinga. Det var ei enkel høgtidsstund etter fastsett liturgi. Søstre knela ved altarringen og einskildvis fekk dei spørsmålet: *”Vil du være Herrens og menighetens tjenerinne blant de lidende og trengende? Vil du skjøtte din gjerning med troskap idet du søker kraft hos den Herre Jesus”?* (Knudsen 1976, s.89). Etter ja-svaret fekk kvar einskild under handspålegging eit særleg bibelord. Medan søstre framleis knela ved altarringen vart handlinga avslutta med at presten ba ei bøn for dei.

I vigslingsbrevet frå Oslo biskop var mandatet nedfelt: *”Han (biskopen) har da etter Den norske kirkes Alterbok tilholdt og formant henne til i lydighet mot vår Herre Jesus Kristus og i troskap med Guds ord og vår kirkes bekjennelse å utføre den menighetstjeneste som hun er blitt kalt til i vår kirke, til med frimodig iver å søke å vinne andre for Kristus og styrke dem i samfunnet med ham,*

- *til i kjærlighet å dra omsorg for syke, nødlidende og alle som trenger hjelp,*
- *til under bønn og selyfornektelse alltid på ny å søke å vinne det rette tjenersinn og i all sin ferd å vise seg som en sann Herrens tjener.*
- *Dette har hun for Guds åsyn og med håndslag sagt seg villig til ved den nåde Gud selv må gi henne. Herved anbefaler jeg henne til menigheten som diakoniarbeider og ber alle om å bistå og hjelpe henne.*
- *Gud gi eder alle i eders liv å finne og utføre den tjeneste som Gud kaller eder til. Vi forenes under Jesu løfte: Se, jeg er med eder alle dager inntil verden ende” (Snøtun 2006, s.35).*

Forventninga var at dei som kom inn på sjukepleieskolen og utdanna seg til menighetssøstre skulle gå inn i ei teneste mellom sjuke og naudlidande i kyrkjelydane. Det var bakgrunnen for vigslinga, som ikkje var ei avslutning på utdanninga, men ei vigsling til livsgjeringa. Det var under desse føresetnadene at biskopen gav løyve til kyrkjeleg vigsling og skreiv ut vigslingsbrev. Om menighetssøstrene fekk ein posisjon i kyrkja eller ikkje, var i utgangspunktet ikkje det sentrale, og det vart altså ikkje gjort skilnad på om søstrene skulle ha tenesta si på sjukehus eller i kyrkjelyd. Dei var kyrkja sine diakoniarbeidarar uansett.

Likevel var forståinga av kva vigslinga innebar heller varierende:

- *Etter endt utdanning fikk kullet undervisning – innvielseskurs og ble vigslet med vigslingsbrev fra biskopen. Dette brev har vært i glass og ramme på veggen og vært lest ofte til inspirasjon, støtte og styrke i tjenesten. (32)*
- *Jeg ble vigslet i Fagerborg kirke, sammen med resten av kullet. Det var en styrke når jeg skulle ut i tjeneste i menighet. (20)*
- *Vi vart stilt overfor alvor i tenesta, samstundes som det var ei tillitserklæring frå kyrkja si side. (24)*
- *Eit år etter eg var utdanna vart eg innvigd. Eg skulle få vere menighetssøster ved den nåde Gud gav meg. (58)*
- *Jeg vart vigsla og det betydde mye for meg for jeg følte at jeg hadde et kall til å bli sykepleier. (31)*
- *Jeg ble ikke vigsla sammen med mitt kull og følte meg noe ”utenfor”. Da jeg tok imot vigslinga 2 år etter følte jeg nok noe mer samhörighet til Menighetssøsterhjemmet. Ellers tror jeg ikke Guds velsignelse i arbeidet var avhengig av vigslinga. (45)*
- *Jeg ble innviet i Fagerborg kirke fordi det var obligatorisk på den tiden. Det var fint å få innvielse, samtidig som det skapte samvittighetskonflikt da jeg ikke hadde planer om å være menighetssøster. (9)*

- *Jeg ble ikke innviet. Vi fikk tilbud da jeg hadde vært i menighet et år. Men jeg ble jo innsatt i tjenesten og bedt for under gudstjenesten da jeg begynte, og jeg følte ikke behov for mer.*
(56)

Det som vart mest problematisert i høve til det kyrkjelege mandatet gjennom vigslinga, tykkjest å ha vore sivil stand: ”*Det er en forutsetning for innvielse at de søstre som innvies har til hensikt å gå inn i tjenesten som søster for minst 5 år. Hvis en elev forlover sig i elevtiden, kan hun ikkje bli innviet*” heiter det i retningslinjene for vigsling til menighetssøster (Knudsen 1976, s.88). Sjølv om tanken i det var å løfte fram menighetssøstergjeringa som eit livskall og ikkje som einstydinge med lovnad om å bli verande i ugift stand, var nok ikkje den forståinga like klar for alle. Dei mange uklare forholda omkring vigsling, kven som fekk den og kven som ikkje fekk den, skapte gjennom åra mange og vonde sår i søsterflokket. Det vart opplevd som om nokre var verdige til vigsling, medan andre ikkje var det.

4.2.4 Konteksten var fattige, sjuke og trengande i lokalmiljøa

Kontekst tyder samanheng. Slik eg brukar ordet tyder det den geografiske og sosiale samanhengen der menighetssøstre hadde sitt virke.

Menighetssøsteroppgåva var forankra i den lokale kyrkjelyden, og der vart dei og innsette til teneste i gudstenesta. Dei fleste borgarane var døypte og sokna til ei lokal kyrkje. Legen og presten hadde gjennom sine tenester kontakt med dei fleste av familiane i lokalmiljøet. Dei to representerte og kontakten med dei to sidene av menighetssøstre sine teneste: Helse og frelse. Menneske i lokalmiljøa med sjukdommar og helseproblem av ulikt slag var klare målområde for menighetssøstre som sjukepleiarar. Det kunne, som vi har sett, dreie seg om alt frå barselstell til pleie av dødssjuke og stell av døde. Einsame eldre, fattige og menneske med større og mindre sosiale problem var og arena for menighetssøstre sine tenester. Dette var oppgåver som ikkje vart så tydeleg definert som sjukepleie, men heller som ein del av den kyrkjelege, diakonale tenesta, der og kontakten med menighetspleieforeininga og misjonsforeiningane hørde heime.

4.2.5 Det var menighetssøstre dei var

Kor sterk og kvar tyngden i menighetssøsteridentiteten var hos den einskilde søster, hang nok for ei stor del saman med korleis balansen var mellom dei ulike identitetsfaktorane. Ei personleg kallsforankring og vigslinga gjorde for mange at menighetsøsteridentiteten hadde ein

sterk kyrkjeleg profil. Då var deltaking ved gudstenestlege handlingar like sjølvstøtt som å stelle dei sjuke.

Dei som var særleg motivert av sjukepleie og hadde mest fokus på det helsefaglege ved tenesta, tykkjest og å ha hatt ein menighetssøsteridentitet med mindre kyrkjeleg og med sterkare sjukepleieprofil. Dei var likevel opptekne av heilskapen i omsorgen for dei trengande. Det var menighetssøstre dei var.

4.3 Oppsummering

Kallstanken var i mellomkrigstida eit overordna prinsipp både for legar og sjukepleiarar. Det personlege kallet frå Gud var ei drivkraft som måtte verta teken på alvor. Etter Luthersk tankegang vart kvinnekallet gjerne tenkt på som eit husmorkall, og sjukepleiarrollen gav rom for kvinna sine ”moderlege” eigenskapar. Menighetssøstrene sto i denne tradisjonen og forsto tenesta som ei kallsgjerning. Med det personlege kallet som grunnlag, vart synet på tenesta gjerne individualistisk. Forståinga av at det var kyrkja som fellesskap som hadde fått kallsopdraget til å ta hand om sjuke og forkomne, tykkjest å ha vore lite tilstades.

Menighetssøstrene hadde fått ein sterk yrkesidentitet forankra i det personlege kallet, den faglege utdanninga til menighetssøster, med mandat frå kyrkja gjennom vigslinga og eit handlingsrom som ut frå den lokale kyrkjelyden retta seg mot sjuke og nødlidande i heile nærmiljøet. Det var menighetssøstre dei var!

KAPITTEL 5: MOT KOMMUNAL HEIMESJUKEPLEIE

Menighetssøstrene sto i ei diakonal teneste, forankra i kyrkja, men retta mot dei sjuke og hjelpetrengande i lokalsamfunnet. Dei vart rekna med av dei kommunale styresmaktene og dei avdekka behov for offentleg innsats etter som velferdsstaten vaks fram etter krigen. Menighetssøstrene røynde i praksis både behova for endringar og etter kvart dei endringane som så skjedde innan sosial- og helselovgjevinga fram mot midten av 1980-åra. Endringar som etter kvart skulle kome til å sette sitt preg både på helsetenestene og diakonien sin arbeidssituasjon i det heile.

I dette avsnittet vil eg sjå på utviklinga i distriktshelsetenesta fram mot ”*Lov om helsetjenesten i kommunene*” av 1982. Eg legg vekt på heimesjukepleietenesta, sjølv om lova og omfattar fleire andre helsetenester.

Sjukepleiar og høgskolelektor Marit Solheim (2004) har arbeidd med ulike prosjekt innanfor heimesjukepleie og det følgjande byggjer på hennar arbeid, saman med problemstillingar som Kari Martinsen tek opp i boka ”*Omsorg, sykepleie og medisin*” (2003).

5.1 Rettferd og like gode helsetilbod til alle

Det er interessant å sjå korleis offentlege styresmakter tok til å engasjere seg i heimesjukepleien som inntil 1950-åra var teke hand om av diakoniinstitusjonane og dei humanitære organisasjonane, utan offentleg stønad. Styresmaktene hadde etter kvart vorte klar over kva verdi ei betre utbygd og organisert heimesjukepleie kunne få.

Gjennom heile mellomkrigstida og langt inn i etterkrigstida sto frivillige organisasjonar, einskilde kyrkjelydar og kommunar for ulike former for hjelp til vanskelegstilte personar og familiar, og sjukepleietenester var ein del av tilbodet. Fleire kyrkjelydar hadde gjerne både ei og to menighetssøstre i teneste, men det vart stadig vanskelegare å drive dette arbeidet fordi både behov og utgifter etter kvart vart store.

Norske Kvinners Sanitetsforening tok i 1952 opp spørsmålet om å få deler av utgiftene ved heimesjukepleien dekkja av trygdekassa. Likevel var det først i 1959 at Stortinget gjorde vedtak om noko statsstønad til heimesjukepleieverksemd, og sjølv då var tilbodet i første rekke retta mot pasientar utskrivne frå sjukehus.

Lova om kommunehelseteneste som vart iverksett frå 1984, gjorde i all hovudsak primærhelsetenesta til ei kommunehelseteneste. Målet var å sikre rettferdig fordeling av - og like gode - helsetenestetilbod til alle, uansett kvar dei budde. Lova var eit uttrykk for ønske om å effektivisere helsestellet, fastsette klare reglar for ansvar og finansiering og klargjere og styrke pasienten si rettslege stilling. Den gamle primærhelsetenesta hadde ulike organisasjonsformer og eit mangfald av finansieringsmåtar.

Kommunehelselova har ei lang forhistorie. Tradisjonane kan trekkjast heilt tilbake til Sunnhetslova av 1860, men eg nøyer meg med å dra nokre trådar frå 1960-åra og framover, då eg meiner det er nok for å få ei forståing for korleis lova vaks fram. Lova må sjåast i samanheng med styresmaktene sitt ønske om ei planmessig utbygging av helsestellet. Målet var å bygge eit samfunn som ikkje skulle diskriminere.

I 1973 handsama Stortinget det første forslaget om å utarbeide ei lov om helsetenesta utanfor institusjon. Helsdirektør Karl Evang var energisk pådrivar i prosessen. Dei offisielle målsettingane var desentralisering og ”*nærmiljøideologi*”. Den første delinnstillinga frå det såkalla Nyhusutvalget kom i 1979. I heile perioden var målformuleringane knytta til den grunnleggjande ideologien om rettferd og like gode helsetilbod for alle.

5.2 I skuggen av institusjonshelsetenesta

Ut gjennom etterkrigstida vart det klart at pleie i heimane avlasta institusjonane og spara det offentlege for utgifter. Likevel vart aldri heimesjukepleien i denne perioden noko omfattande teneste. Det var institusjonsomsorga som ekspanderte og det var denne delen av helsetenesta politikarane var mest opptekne av.

5.2.1 Mangel på helsepersonell

Mangel på både sjukepleiarar og legar var eit alvorleg problem i 1960-åra, sjølv om den årlege tilveksten etter kvart vart stor. Sjukehuslova vart sett i verk frå januar 1970. Det førte med seg at talet på somatiske sjukeheimsplassar auka og sjukehusa gjekk gjennom ei kraftig standardheving, fornying og spesialisering dei neste ti åra.

I primærhelsetenesta var personalsituasjonen kritisk mot slutten av 1960-åra. I 1955 arbeidde 70,5 % av dei yrkesaktive sjukepleiarane i sjukehus. I 1971 var denne delen auka til 85,5 %, medan berre 4,6 % av dei yrkesaktive arbeidde i heimesjukepleien (Solheim og Aarheim 2004,

s.27). Medisinsk-teknologiske og geografiske tilhøve trekte dessutan både legar og sjukepleiarar mot sjukehusa og tettstadane, særleg i austlandsområdet.

Personalsituasjonen var dermed ikkje berre skeivfordelt på arbeidsområde, men og geografisk innan primærhelsetenesta. Det var dårleg både med lege- og sjukepleiardekning i grisgrendte strom. Tyngdepunktet i bruken av ressursar vart institusjonshelsetenesta, medan primærhelsetenesta ikkje vart særleg utbygd.

5.2.2 Sterkare politisk styring

Få sektorar i samfunnet hadde i perioden 1965-1975 vakse meir enn helsesektoren. Samstundes var det og ei ressurs- og fordelingskrise som tilspissa seg så sterkt i midten av 1970-åra at sentrale helsestyresmakter snakka om eit ideologisk klimaskifte. Midla for å nå dei overordna velferdsmåla om rettferd og likskap i helsetenestetilbodet måtte endrast. Tidlegare hadde styresmaktene gjerne trudd at økonomisk vekst og auka tilgang på personell ville føre med seg ei betre fordeling av ressursane, mellom by og bygd, mellom sjukehus og distriktshelseteneste. Men økonomisk vekst løyste ikkje fordelingskrisa. Både pengar og personale vart verande i sjukehusa og i byane. Det hadde og lenge vore ein etisk grunngeving uvilje mot å vurdere sjukdom, liv og helse i høve til bruk av pengar. Difor vart sluket etter pengar og personale berre stadig større etter som nytt utstyr og behandlingsmåtar vaks fram.

Styresmaktene byrja etter kvart å tvile på om det eigentleg var samsvar mellom folk sitt behov for helsetenester og helsepersonalet, og særleg legane, sine eigne interesser. Dermed var det lagt grunnlag for ei sterkare politisk styring av investeringar i helsesektoren.

5.2.3 Vanskelege finansieringsordningar

Finansieringsordningane i distriktshelsetenesta var eit omfattande problem. Nokre tenester var fullfinansiert av kommunane eller fylkeskommunane sjølve, medan andre heilt eller i hovudsak var finansiert av staten. Dei fleste tiltaka utanfor institusjon var delfinansiert av staten gjennom refusjonsordningar. Det praktiske resultatet av det var at tenestene der staten kom sterkt inn med dekkinga av utgiftene vart prioriterte, medan dei reint kommunale oppgåvene lettare vart underprioritert.

Sjukehuslova stimulerte finansieringsordningar som kom sjukehusa til gode og institusjonshelsetenesta vart svært dyr. I perioden 1972-1976 vart utgifter til distriktshelsetenesta redusert frå 23% til rundt 20% av dei totale offentlege helseutgiftene, medan delen til

institusjonshelsetenesta auka frå 72% til 76% (Martinsen 2003, s. 235). Distriktshelsetenesta vart altså tappa både for personale og økonomiske ressursar i høve til sjukehusenesta.

5.3 Frå primitivt til utvida helseomgrep.

Samordninga mellom distriktshelsetenesta og sosialtenesta var og vanskeleg. Tenkjemåten innan helsetenesta var prega av medisinen sine faglege premisser. *”Det er en forståelse hvor delene står i sentrum og hvor den medisinsk-teknologiske logikk styrer”* (Martinsen 2003, s.237). Det var nærast slik at kvart einskild organ vart studert i detalj, det vart utvikla nye, tekniske hjelperåder medan heilskapen vart gløymd. Sjølv om sjukepleiarane i 1970-åra etter kvart prøvde å knyte fagautoriteten sin til eit anna kunnskapsgrunnlag enn legevitenenskapen, for å styrke omsorgsaspektet, var tenkjemåten lenge likevel individualistisk og redusjonistisk. Mennesket vart redusert til objekt, og gjerne definert etter kroppsdel eller diagnose, som *”blindtarmen i to-senga.”* Dette trass i at ein hadde byrja å bruke omgrepet heilskapleg sjukepleie.

Den individualistiske orienteringa ligg til grunn for det som dåverande helsedirektør Karl Evang i 1971 kalla det *”primitive helsebegrep”*. Dette er individualistisk, biologisk og fysisk orientert, og konsekvensen vart meir og meir spesialisering. Det gjorde tverrfagleg samarbeid vanskeleg, og hindra at profesjonane kunne dele kunnskap med kvarandre.

For Evang var tanken om heilskap grunnleggjande. Levevis og miljøfaktorar var viktige årsakskomponentar til å forstå sjukdom, og begge delar tok form av dei økonomiske forholda og måten samfunnet var organisert på. Likevel heldt helseprofesjonane, med legane i spissen, lenge fast på det primitive helseomgrepet.

”Det utvida helseomgrepet” som helsedirektør Evang kjempa for, knytte han til Verdshelseorganisasjonen si definisjon av helse frå 1946:

”Ved helse må forstås at et menneske ikke bare er fri fra sykdom og svakhet, men at det nyter fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære.”

5.3.1 ”Midlertidige retningslinjer for opprettelse og drift av hjemmesykepleie”

Sjølv om Karl Evang i 1971 meinte at politikarane ikkje skjønna det utvida helseomgrepet, bygde Sosialdepartementet same året forslaget sitt om å utarbeide ei lov om primærhelsetenesta i kommunen på Evang sine tankar.

Sjuepleiarar hadde mange gonger teke til orde for å styrke heimesjukepleietenesta, men det vart ikkje gjort noko særleg før styresmaktene skjønna det meiningslause i at kostbare sjukehussenger skulle fyllast av menneske som ville ha det like godt, og ofte betre, i heimane sine om dei fekk naudsynt hjelp. Men det var først mot midten av 1970-åra, at noko på alvor tok til å skje (Nordhus, Isaksen og Wærness 1986, Solheim og Aarheim 2004).

I 1971 fekk dei kommunale heimesjukepleietenestene plass i folketrygda. Denne skulle dekke utgifter ”som er organisert etter retningslinjer fastsatt av Sosialdepartementet den 22. desember 1971.” Det innebar refusjon frå folketrygda til drifta av heimesjukepleien med dekning av 75 % av utgiftene. Dette var ein svært stor auke i høve til tidlegare.

Frå 1. januar 1972 vart heimesjukepleien overført frå Familie- og forbrukardepartementet til Sosialdepartementet, og frå same dato tok ”Midlertidige retningslinjer for opprettelse og drift av hjemmesykepleiedrift” til å gjelde (Stortingsmelding nr. 45, 1972-73, s.15). Etter formålsparagrafen skulle ”hjemmesykepleien være et supplement og alternativ til institusjonsinnleggelse, når pasientens lege finner at behandling og/eller observasjon på forsvarlig måte kan finne sted utenfor sykehus eller annen institusjon”. Heimesjukepleien vart såleis innlemma i det offentlege helsestellet og skulle ikkje berre vere eit supplement, men og eit alternativ til sjukehusinnlegging. Heimen var på nytt på det politiske kartet som arena for behandling og pleie (Haugen 1985, Solheim og Aarheim 2004).

Dei fleste kommunane i landet oppretta heimesjukepleie frå byrjinga av 1970-talet. Det var inga lett omlegging. Legane hadde vorte meir og meir institusjonslegar, og heimesjukepleien var avhengig av legetilsyn. I 1971 var det ei eller anna form for heimesjukepleie i 29 % av alle kommunane i landet. I slutten av 1972 hadde 42% av kommunane etablert heimesjukepleie, og i 1982 hadde alle norske kommunar oppretta heimesjukepleie (Bølstad 1985, Solheim og Aarheim 2004).

Heimesjukepleien låg etter dei midlertidige retningslinjene administrativt under sosialetaten. Sosialsjefen i kommunen var administrativt og økonomisk overordna, medan distriktslegen var medisinsk-fagleg ansvarleg, og pasientane skulle ha tilvising frå legen. Likevel var det kvantitative tilbodet i kvar kommune oftast lite. Økonomisk lønte det seg gjerne for kommunane at pasientane var i sjukeheimen i staden for heime, for då dekkja fylkeskommunen etter sjukehuslova alle kostnadene. Det var og få tilsette i heimesjukepleien så det var sjeldan noko tilbod om hjelp utanom tida frå klokka åtte om morgonen til klokka fire om ettermiddagen (Solheim og Aarheim 2004).

5.3.2 Frå sosialteneste til helseteneste, men utjamninga går sakte

I mai 1973 vart meldingane om helsetenesta utanfor sjukehus handsama i Stortinget. Men politikarane fann ikkje tida moden til å ta standpunkt i prinsippa om ei permanent lovgjeving. Arbeidet med forsøk og utgreiingar skulle halde fram, og fleire mellombels retningslinjer dukka opp.

Fram til det endelege lovvedtaket i 1982 vart den organisatoriske plasseringa av heimesjukepleien mykje diskutert. Fagleg sett var heimesjukepleien ein del av helsetenesta, men fleire meinte at den måtte ligge under sosialtenesta saman med dei andre heimebaserte tenestene. I ein del kommunar hadde ikkje samarbeidet med sosialsjefen fungert særleg godt, hovudsakeleg fordi sjukepleiesjefane opplevde at dei vart for mykje styrt av sosialsjefane. Til sist valde ein alternativet med å flytte heimesjukepleien til helsetenesta, medan heimehjelps- og husmorvikarordninga framleis skulle bli styrt frå sosialtenesta (Solheim og Aarheim 2004).

Samstundes med at den offentlege heimesjukepleien overtok ansvaret for pleien i heimane, understreka offentlege styresmakter at det måtte satsast meir på dei pårørande sine hjelperessursar for å avlaste heimesjukepleien. Noko av rekrutteringsproblemet vart prøvd løyst på denne måten, samtidig som familieomsorga skulle gjere hjelpetiltaka noko billegare. Offentlege styresmakter bygde framleis på ein familiemodell der gifte kvinner var økonomisk forsørgra av mannen, og der kvinner i 45-60-åra var ”frigjorde omsorgsressursar” fordi barna var store nok til å greie seg sjølve. Dette var sjølvsagt ein tankegang i utakt med tida. Fleire kvinner i yrkesaktiv alder ville ta del i yrkeslivet, og det uformelle omsorgspotensialet i folket var synkande.

Trass i ulike tiltak frå styresmaktene si side, hadde utjamninga mellom institusjonshelsetenesta og distriktshelsetenesta, som var målet for helsepolitikken i 1970-åra, ikkje slege til ved utgangen av ti-året. Det kommunale aktivitetsnivået i heimesjukepleien og hjelpeordningane for heimane hadde rett nok auka, men kommunane kunne framleis profitere på å ha ei utbygd institusjonsteneste, sidan denne var fylka sitt ansvar, framfor å bygge ut primærhelsetenesta.

5.4 Lovpålagt teneste, men framleis ulike tilbod.

Kommunehelselova vart endeleg vedteken 19. november 1982 og sett ut i livet frå 1984. Heimesjukepleien og helsesøstertenesta vart lovpålagte tenester. Med desse to helsegruppene vart både forebyggjande helsearbeid og pleie i heimane styrka. Lova institusjonaliserte retten til naudsynt helsehjelp, men bar samstundes med seg ei innskrenkande tolking: ”Fastlegging av

standarden må overlates til praksis, og sees på bakgrunn av den økonomiske situasjon i helsesektoren generelt, og i den enkelte kommune spesielt, slik den til enhver tid fortøner seg” (Martinsen, 2004, s.261). Det avgjerande vart derfor ikkje pasienten sitt behov, men kommunen si økonomiske yteevne. Konsekvensen var at tilboda framleis vart ulike.

Dessutan peikar Martinsen på eit viktig moment på haldningsida: *”Det er hevdet at offentlig ansatt helsepersonall er motivert ut fra altruisme, et ønske om å hjelpe, en uegennyttig rettethet mot andre. Men ”kallet” i denne betydning er borte hos helsepersonellet. Det er vist at helsepersonellens interesser og egne velferdsbehov ofte står i motsetning til befolkningens behov for deres tjenester*” (Martinsen 2004, s.262).

Heimesjukepleietenesta skulle ha hovudansvaret for pleie og omsorg, og i tillegg skulle sjukepleiarane i samarbeid med andre yrkesgrupper ta del i arbeidet med å løyse andre helsefremjande oppgåver. Heimesjukepleiarar og helsesøstre skulle omsette desentraliseringstenkjinga som kommunehelselova byggjer på, i praktisk handling: I nærmiljøet og i heimane er det best å vere, både når ein er frisk og skal lære å ta vare på si eiga helse, og når ein er pleietrengjande og døydande. Heimesjukepleien hadde på byrjinga av 1980-talet ein årleg reell vekst på 19,1 %. Vidare utover 1980-talet vart styresmaktene si målsetting om å redusere institusjonsomsorga og prioritere dei heimebaserte omsorgstenestene oppfylt i den forstand at talet på institusjonsplassar minka og talet på menneske som fekk heimesjukepleie og heimhjelp auka. (Hellandsvik 1987, Martinsen 2004).

Heimesjukepleien gjorde altså ikkje så mykje av seg i starten. Likevel kan det vere interessant å nemne at i 1976 viste statistikken at 50684 pasientar hadde fått hjelp frå heimesjukepleien. For nokre vart det ei naudhjelp som varte over kort tid, for andre ein mellomstasjon før innleggjing i institusjon, og for atter andre den siste hjelp, den som sette dei i stand til å døy i sin eigen heim. Med åra har heimesjukepleien vorte ein sjølvstendig og stadig viktigare del av dei offentlege helsetenestene, medan menighetssjukepleien som eigen yrkeskategori vart nedbygd og etter kvart vart borte.

5.5 Frå kyrkjeleg til kommunal arbeidsgjevar

Heilt sidan starten ved århundreskiftet, var menighetssøstre tilsette i kyrkja gjennom menighetspleien eller sjukepleieforeininga. Dei skulle virke mellom fattige, sjuke og trengjande i lokalsamfunna, gjerne med sogneprest og distriktslege som faktiske overordna. Retningslinjene for menighetssøstre si teneste (vedlegg) vart laga i 1904 og tykkjest ikkje å

ha vorte endra før i 1951 (vedlegg). Kyrkjelydsgrensene var det geografiske tenesteområdet, og menighetssøstrene var i praksis nokså sjølvstendige og administrerte det meste sjølve. Det var pasientane eller brukarane som i stor grad styrte både oppgåver og arbeidstid.

5.5.1 Løns- og arbeidsforhold var vanskelege

Ute i distriktet var menighetssøstrene i teneste seint og tidleg. Arbeidet var ofte meir ein livsstil der det var sjølv sagt at tenesta kom framfor egne behov. Særleg før og under andre verdskrigen vart menighetssøstrene si arbeidskraft ofte sterkt utnytta av lokalmiljøa. Det siste krigsåret kom det eit skriv frå Statens Arbeidstilsyn om menighets- og distriktsjukepleiarane si arbeidstid. Det innebar ei innskjerping, at arbeidarvernlova og skulle gjelde for menighetssøstrene. Likevel fann mange det naudsynt å søke om dispensasjon, då det var uråd å gjennomføre ei ordning med 8 timars arbeidsdag og ein fridag i veka (Knudsen 1976).

Lite var regulert ellers og, så leiinga i søsterfelleskapet og ved Menighetssøsterhjemmet måtte etter kvart lage nye reglar (vedlegg) for menighetssøstrene sitt arbeid. Reglane skulle vere bindande for søstrene sine lokale arbeidsgjevarar, men reglane var ikkje offentlege lover og vart slett ikkje alltid følgde. Utilfredsstillande arbeidstilhøve, særleg på bygdene, gjorde sitt til at menighetssøstrene stadig oftare valde teneste på sjukehus og i andre institusjonar framfor i kyrkjelydane.

Lønstillhøva var dårlege og prega av at mykje var tilfeldig. I tida etter verdskrigen vart det gjort nye forsøk på å betre lønstillhøva, slik at kåra for søstrene på bygdene ikkje skulle vere dårlegare enn for dei som arbeidde i sjukehus og andre institusjonar. Norsk Sykepleierforbund gjorde ein stor innsats for å etablere ei einsarta lønsordning. Lønregulativ vart innført i 1946, men sjølv om Menighetssøsterhjemmet ba dei lokale arbeidsgjevarane om å innføre ei slik ordning, var det ikkje noko menighetssøstrene kunne *kravje*. Mange stader på bygdene var det umogeleg å makte dei lovregulerte lønene gjennom innsamla midlar. Det vart sterkt peika på frå fleire hald at kommunane burde betale deler av menighetssøstrene si løn (Knudsen 1976).

I tida etter krigen var det som eg tidlegare har peika på, stor mangel på sjukepleiarar generelt og ikkje minst menighetssøstre. Denne tendensen viste seg tidleg og vart berre meir og meir tydeleg. Fleire og fleire mellom menighetssøstrene valde sjukehusteneste framfor kyrkjelydsteneste, og sett med dagens auge, er det forståeleg når ein ser på arbeidstilhøva deira.

Likevel vekte tendensen uro mellom menighetssøstrene, kanskje særleg i leiinga av utdanningsinstitusjonen. Utviklinga gjorde at ein kom på avstand frå det som var Menighetssøsterhjemmet

si målsetting: Ei menighetssøster i kvar kyrkjelyd over heile landet. I 1956 var berre ein tredel av dei yrkesaktive søstrene i menighetssøsterteneste, og botemidlet såg ikkje ut til å vere anna enn eit planmessig arbeid for å betre arbeids- og lønstillhøva. Skulle det lukkast, måtte økonomien bli annleis, og då måtte ein vende seg mot styresmakter og offentlege midlar (Knudsen 1976).

5.5.2 Dialog med styresmaktene

Då Norske Kvinners Sanitetsforening i 1952 tok opp spørsmålet om å få deler av utgiftene til heimesjukepleie dekkja av trygdekassa, sette styresmaktene ned eit utval som skulle utgreie saka på breitt grunnlag. Skolestyrar Dorthea Uv ved Menighetssøsterhjemmet sto med ansvaret for utdanninga av menighetssøstrene og vart oppnemnd til å representere diakoniinstitusjonane. Styresmaktene hadde vorte klar over kva verdi ei betre utbygd og organisert heimesjukepleie kunne få.

Først i 1956 la heimesjukepleieutvalget fram innstillinga si, og føresetnaden der var at dei alt arbeidande organisasjonane skulle halde fram å arbeide sjølvstendig, men i samarbeid med ein kommunal sentraladministrasjon.

I 1960 sende dei fire diakoniinstitusjonane³ saman eit brev til sokneråd og menighetspleier der det vart gitt uttrykk for ei positiv haldning til tanken om eit samarbeid mellom menighetspleien og den kommunale heimesjukepleien. *”Men en uoppgivelig forutsetning må være at et slikt samarbeid ikke skjer på bekostning av menighetspleiens egenart”* (Menighetssøstrenes Blad, 1960 s.67). Vidare rettleiing vart gjeve i eit dokument frå diakoniinstitusjonane i oktober 1961, om *”Samarbeid mellom menighetspleien og den kommunale hjemmesykepleie”*. Det vart i dokumentet peika på at det ikkje var noko prinsipiell hindring for at menighetspleiene gjekk inn i eit slikt samarbeid, så lenge deira andre oppgåver ikkje vart skadelidande. Samtidig vart det gitt uttrykk for at føresetnaden var at menighetspleien sitt sjølvstende og kyrkjelege identitet vart halde ved lag (Knudsen 1976).

Leiarane innan menighetssøsterrørsla var vel inneforståtte med problema menighetssøstrene som heimesjukepleiarar møtte i arbeidskvardagen og såg at det var naudsynt at styresmaktene gjorde noko. Samtidig var dei opptekne av at menighetspleien hadde oppgåver som dei rekna med kommunal heimesjukepleie ikkje ville dekke, og at dette og den kyrkjelege tilknytninga måtte vidareførast.

³ Diakonissehuset i Oslo, Diakonhjemmet, Menighetssøsterhjemmet og Diakonissehjemmet i Bergen.

5.5.3 Vegem frå menighetssøster til heimesjukepleiar

Den viktigaste konsekvensen for menighetssøstrene, i høve til lova om helsetenester i kommunane, var i utgangspunktet at ansvaret for helsetenesta lokalt vart flytta over på kommunane. Heimesjukepleien skulle vere eit supplement og alternativ til institusjonsinnlegging og skulle avlaste sjukehus, sjukeheimar og andre institusjonar. Det vart lagt vekt på å skulle sikre like god fagleg kvalitet som i institusjon. Vegem mot dette målet gjekk gjennom mykje av sekstialet og heile syttitalet og kom til å få avgjerande følgjer for menighetssøstertenesta.

Både skolestyrar og forstandar ved Menighetssøsterhjemmet var på ulik vis aktive i arbeidet med det nye lovverket. Det mangla ikkje på engasjement i lokalmiljøa der menighetssøstrene hadde sine mange oppgåver. Dei kjende dagleg på kroppen spriket mellom behovet for helsetenester og mangelen på menneskelege og økonomiske ressursar, dessutan at oppgåver og ansvarsfordeling var uklare, både i høve til kommunehelseteneste, sosialteneste og kyrkjelyd.

- *Menighetssøster-sykepleie sto ikkje til mål når alt skulle tas vare på, for eksempel spebarnskontroll og vaksinerings (23).*

5.1.3.1 Dei praktiske prosessane

Då lova endeleg kom, førte den med seg ei heil rekke endringar både for pasientane og for helsearbeidarane og ikkje minst menighetssøstrene. Desse sat jo inne med ei lang erfaring på det området som kommunane skulle starte opp. Mange menighetssøstre vart såleis henta inn av kommuneleiinga for å vere med på oppbygginga av den kommunale heimesjukepleien.

- *Det var en prosess med mange følelser. Jeg ble bedt om å søke stilling ved sykepleiesjefens kontor for å være bindeledd (53).*

Ein del kommunar hadde alt sidan tidleg i etterkrigstida hatt heimesjukepleiarar i større eller mindre stillingar. Andre hadde samarbeida med kyrkjelydane om stillingar, og andre att hadde refundert deler av stillingane. Likevel hørde menighetssøstrene arbeidsmessig heime i kyrkjelyden.

Nokre stader overtok kommunen heilt arbeidsgjevaransvaret og gjorde menighetssøstertenesta om til heimesjukepleieteneste. Andre stader tilsette kommunen heimesjukepleiar som arbeidde saman med menighetssøster. Desse ordningane heldt i mange tilfelle fram i kortare eller lengre tid som overgangsordningar. Ofte fungerte dette greit og mange stader godt, i alle fall for ei tid.

- *Hjemmesykepleien prøvde å gi meg pasienter som bodde i menigheten. Disse var ofte svært dårlige. Diakonen fikk også pasienter via hjemmesykepleien. Menighetspleien fikk refundert en del av min lønn fra kommunen (18).*

I mange tilfelle vart menighetssøstrene utfordra til å gå inn i stillingane som sjukepleiesjefar. Dei kunne då byggje på dei praktiske røynslene dei alt hadde og berre utvide og organisere omlegginga.

Ei tidlegare menighetssøster som og utdanna seg til helsesøster, vart beden om å gå inn i stillinga som sjukepleiesjef i heimkommunen. Ho fortel korleis ho opplevde oppbygginga av heimesjukepleien der:

- *Eg vart tilsett som sjukepleiesjef i kommunen for å vere med på å starte heimesjukepleieverksemda. Eg var tidlegare helsesøster i kommunen, og det var ikkje menighetssøster tilsett frå før, men fleire humanitære organisasjonar lønna sjukepleiarar etter einskildoppdrag i kvar sine distrikt. Det vart brukt mykje tid på samarbeidsmøter med desse organisasjonane om vidare heimesjukepleieordning i kommunal regi. Det budde mange gifte sjukepleiarar i kommunen som kunne tenke seg å arbeide i heimesjukepleien. Etter godkjende planar og god økonomisk stønad frå staten, overtok kommunen heimesjukepleieverksemda med administrativ leiing av sjukepleiesjefen. Det vart ordna arbeidstid, løn etter off. regulativ og reisegodtgjering. Det var svært mykje administrasjon den første tida, p.g.a. mange deltidssjukepleiarar. Men etter kvart vart det fleire faste stillingar. Med den gode tilgangen på sjukepleiarar i kommunen og samarbeid med dei humanitære organisasjonane (dei hjelpte og økonomisk etter behov) fungerte heimesjukepleien svært godt (54).*

Mange stader var det slik at menighetssøstra hadde delt stilling som innebar at ho jobba frå 10-50 % i kyrkjelyden som menighetssøster og resten i kommunen som heimesjukepleiar. For dei som fekk definert dette tydeleg, kunne det fungere greit, men for svært mange var det vanskeleg. Særleg fordi dei då fekk to arbeidsgjevarar som såg ulikt på tenesta.

Lenge var det nok mange som sakna den gamle menighetspleien, då kyrkjelyden sjølv administrerte hjelpa og sjukepleiaren var kjent i og av kyrkjelyden. Men alt i alt var det nok eit stort fleirtal av menighetssøstre som og såg det positive ved omlegginga:

- *Samarbeidet med kommunen var veldig godt. Dei nytta erfaringane menighetssøstrene hadde utvikla (4).*
- *Det ble mer system (10).*
- *Bedre utbygd helsetjeneste. Bedre transportmidler gjorde at vi kunne hjelpe flere. Mer ordnet arbeidstid (11).*
- *Vi kunne dele på arbeidsoppgaver, ta pasienter for hverandre (34).*
- *Jeg var vel ikke sikker på at det kom til å gå bra, men ble positivt overrasket. Jeg jobbet til sammen 16 år i hjemmetjenesten – fra 1974 (45).*
- *Diakonene kom og tok mer av den sosiale og åndelige biten (53).*

Med tida vart det færre og færre kyrkjelydar som hadde menighetssjukepleiar. Det vart etter kvart berre svært små deler av stillingane som var knytta til kyrkjelyden, så den fann gjerne ut at dei var betre tente med ei anna ordning.

- *Menigheten valgte å legge ned menighetssykepleien da de ikke ville klare det økonomisk. Diakoniet valgte å arbeide med besøkstjenesten og gruppene de hadde flere av i dalen (27).*

5.6 Oppsummering

Fram mot 1950-åra var det diakoniinstitusjonane og dei humanitære organisasjonane som, utan offentleg stønad, hadde teke hand om sjukepleie i heimane. Først frå 1959 vart det gjeve noko offentleg stønad til heimepleie av pasientar utskrivne frå sjukehus. Sjølv om det i etterkrigstida vart klart at denne type teneste avlasta institusjonane og spara det offentlege for store utgifter, vart ikkje heimesjukepleie noka omfattande teneste. Det var institusjonshelsetenesta som ekspanderte. Særleg sette sjukehuslova av 1970 fart i standardheving, fornying og spesialisering. Få sektorar i samfunnet vaks i perioden 1965-1975 meir enn helsesektoren, og sluket etter både pengar og personale vart stadig større etter som nytt utstyr og nye behandlingsmåtar vart utvikla.

Sjukepleiarar hadde mange gonger teke til orde for å styrke heimesjukepleietenesta, men det var først mot midten av 1970-åra at noko på alvor tok til å skje. Då lova om kommunale helsetenester i 1984 tok til å gjelde, hadde alle kommunane kome i gang med heimesjukepleietenester.

Både før og gjennom heile denne perioden var menighetssøtrene i teneste i distrikta både seint og tidleg. Åtte timars arbeidsdag var ofte vanskeleg å gjennomføre då mange ville ha hjelp og personalsituasjonen var vanskeleg. Lønstilløva var ustabile utan offentleg stønad og dårlegare enn på sjukehusa. Konsekvensane av lange arbeidsdagar, tungt arbeid og dårleg løn tykkjest å ha vore at fleire og fleire av menighetssøstrene trekte mot sjukehusa og sjukeheimane, og tenesteperiodane i menighetssøsterstilling vart kortare og kortare.

Difor tykkjest det heilt naudsynt at kommunane kom inn og overtok ansvaret. Menighetssøstrene hadde vore med og vist vegen, og mange fekk bruke kompetansen sin ved å vere med i oppbygginga av dei kommunale ordningane. Som yrkesgruppe vart menighetssøstrene etter kvart borte, medan heimesjukepleien vart ein viktig del av helstenesta i landet vårt. Prosessen i omstillinga vart opplevd ulikt av dei menighetssøstrene som var med i den, for sjølv om det var naudsynt var det var ikkje problemfritt å gi fra seg roret til andre.

KAPITTEL 6: FRÅ TRADISJON TIL PROFESJON

Parallelt med den politiske utviklinga førte ropet etter arbeidskraft til at fleire kvinner kom ut i løna yrkesarbeid. Samtidig auka kravet om profesjonalisering innanfor dei ulike omsorgsyrka. Denne utviklinga greip sjølvstyre og inn i menighetssøstrene sin situasjon. Eg vil i det følgjande trekkje fram kva profesjonaliseringsprosessen innan omsorgsyrka generelt innebar, for så i neste kapittel å sjå på kva det gjorde med menighetssøstrene i deira teneste.

6.1 Kvinnene på veg inn i løna yrkesarbeid

Frå århundreskiftet og frametter tok kvinnene til å bli meir synlege i det offentlege rom. Når historikaren Berge Furre (1999) viser til at 39% av kvinnene var i yrkesarbeid ved århundreskiftet (1900), medan talet fall til 28,5% i 1950, låg grunnen til dette for ein stor del i at kvinnene både gifte seg tidlegare og i større tal enn før. Gifte kvinner var husmødre og femtitalet har vorte kalla husmora si gode tid. Husmora sitt særlege ansvar for å oppdra den komande slekta vart understreka i ulike samanhengar. Ei gift kvinne i yrkesarbeid utanfor heimen var eit særstykke i 1950-åra.

At fleire gifte seg tidlegare hang saman med auka levestandard. Fleire menn tente nok til å kunne stifte familie i ung alder. Låg ekteskapsalder spegla av større sosial optimisme og økonomisk tryggleik. Den økonomiske politikken var basert på at familien skulle leve på mannen si inntekt. Sidan kvinnene gifte seg tidlegare, vart det færre kvinner til det betalte yrkeslivet. Det var først på sekstitalet at den store innmarsjen i det løna yrkeslivet kom.

Somme har sett femtiåra som ei tid for ”tilbaketrekking” til husmorrolla. Men ein kan og tolke utviklinga som ei ”opplading” til dei store endringane på seksti- og syttitalet, då den dobbeltarbeidande husmora vart vanleg og la grunnen for dei store rolleendringane på åttitalet. Dei tekniske hjelperådene, kravet til kunnskap, opplysning og organisasjonsinteresse peikar fram mot ei anna rolle. Dette verka saman med aukande forbruk i eit meir kommersialisert samfunn som gradvis sprengde ”eineforsørgarfamilien” (Furre 1999).

Alt på femtitalet viser meiningsmålingar at nærare to tredeler av dei yngre kvinnene ynskte løna arbeid på heil- eller deltid. Den viktigaste hindringa, ved sida av rolleforventninga, var mangel på barnehageplassar. Likevel auka prosenten av gifte kvinner som hadde arbeid utanfor heimen

jamt og trutt, frå 5 % i 1950 til 10 % i 1960, og vidare til 24 % i 1970. Såleis var fleirtalet av dei yrkesaktive kvinnene i 1970 (52 %) gifte, mot 24 % ti år før (Furre 1999, s. 274).

6.2 Akselererande utvikling av omsorgsfaga

Saman med den generelle samfunnsutviklinga der kvinna si rolle vart endra, skjedde det og ei akselererande utvikling innan omsorgsfaga. Utfordringane gjorde at oppgåvene måtte delast på fleire, og nye yrkesgrupper vaks fram. Det bar og med seg krav om spesialisering og profesjonalisering innan dei gamle omsorgsyrka.

Fleire forskarar deler gjerne denne utviklinga inn i periodar. Filosofen Tore Frost er ein av desse og han tidfester tre periodar. Tida fram til ca. 1945 omtalar han som *tradisjonsfasen*. Deretter følger *teknologifasen* (1945-1965) og *profesjonsfasen* frå ca. 1965. Kari Martinsen definerar i boka "*Omsorg, sykepleie og medisin*" (2003) tida heilt fram til midt på 1950-talet som *den humanistiske tradisjonsfasen* og ser ut til å strekke det ho kallar den *medisinsk-teknologiske fasen* over i 1970-åra. Høgskolelektorane Erlöv og Peterson (1998) innfører omgrepet den *ideologiske heilskapsfasen* på perioden frå 1977.

Eg vil i det følgjande omtale nærare desse ulike fasane fordi eg forstår det slik at profesjonaliseringa av sjukepleien vart prega av det fokus som utøvinga av yrket fekk gjennom tiåra etter verdskrigen. Tradisjonelt var den praktiske kunnskapen og erfaringskunnskapen særleg viktig for sjukepleiefaget. Etter krigen var samfunnet prega av store medisin-teknologiske nyvinningar som stilte krav om meir og annleis teoretisk kunnskap også for sjukepleiarane. Tiltrua til vitenskapen var veksande og sjukepleiarane vart pressa inn i, og i stor grad styrt av, den medisinfaglege tenkemåten. Etter kvart vakna dei opp for omsorgsdimensjonen som hadde vorte borte og gjekk over i ei meir ideologiske heilskapstenking.

Poenget mitt er likevel ikkje å definere fasegrensene, men å peike på at menighetssøstrene som var utdanna dei første ti-åra etter andre verdskrigen, hadde ein fagidentitet forankra i verdiane frå den humanistiske tradisjonsfasen. Dei bar dette med seg også då dei var i arbeid som menighetssøstre i seksti- og syttiåra og kanskje endåtil inn i åttiåra.

6.2.1 Den humanistiske tradisjonsfasen

Gjennom den humanistiske tradisjonsfasen var kunnskapsgrunnlaget i sjukepleien tradisjon og praksiserfaring. Kunnskapane bygde på den praktiske opplæring og erfaring som diakonisser, menighetssøstre og andre sjukepleiarar hadde fått med seg sidan før århundreskiftet.

6.2.1.1 Sjukepleie må lærast i praksis

Sjukepleiarane sin funksjon i samfunn og yrke var prega av kallstanken og det praktiske arbeidet. Observasjonsevne, handlag og innleving i pasienten sin situasjon var grunnleggjande. Derfor var det og viktig med særlege kunnskapar for den som skulle gi slik pleie og omsorg. Rikke Nissen, som skreiv *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*, var oppteken av at sjukepleie måtte lærast i praksis, og at ”*det håndverksmessige i sykepleien ikke måtte undervurderes. Sykepleiernes kunnskaper skulle avgrenses til det som kunne utføres med hendene og læres uten vitenskapelig innsikt*” (Martinsen 2003, s 87).

Det innebar ikkje at teoretisk kunnskap var uvesentleg, men at det teoretiske skulle lærast i samanheng med praktisk øving og ikkje berre som bokleg teori. Teorien var avgrensa til det dei hadde bruk for i den praktiske kvardagen, og den skulle gjere kvinnene betre skikka som sjukepleiarar og ikkje som legar. For Nissen var det viktig at diakonissene fekk ein identitet som sjukepleiarar, og ho prøvde, i følge Martinsen, å få til ein grenseoppgang mellom kva som var sjølvstendig sjukepleiararbeid og kva om var behandling, og dermed legen sitt arbeid.

”*Nissens poengtering av sammenhengen mellom fagkunnskap, praktiske ferdigheter og det nære og personorienterte forholdet til pasienten sto sentralt i omsorg når dette ble et grunnbegrep i norsk sykepleie fra 1920-årene*” (Martinsen 2003, s.88).

6.2.1.2 Karakterdanning var overordna mål

Både i diakonissetradisjonen og i menighetssøstertradisjonen var omsorg ein grunnleggjande måte å vere på, eit sinnelag som skulle vise seg i praktisk arbeid. Forstanderinne ved Diakonissehuset Lovisenberg, Elisabeth Hagemann, gav i 1930 ut boka *Sykepleieskolens etikk*. For henne var etikk og omsorg tett samanvevd. ”*Om vårt arbeide utvortes sett er stort eller lite har intet å bety. Verdien ligger i det sinnelag hvormed vi utfører det*”. Ein måtte arbeide med seg sjølv for få fram desse haldningane: ”*Det er ikke nok å lære de tekniske ting som hører sykepleien til. Man må samtidig arbeide på sin egen personlighet, arbeide for å bli god*” (Hagemann 1930, s.47 og s.12). Omsorg var gjennom sitt vesen, si ferd og sitt arbeid å vise kva

god sjukepleie innebar. Det var å ta pasienten på alvor, vere oppteken av pasienten og ikkje av andre ting.

For Hagemann var det grunnleggjande i sjukepleien å lære elevane slik omsorg. Dei praktisk-tekniske kunnskapane var naudsynte, men underordna måten pleien vart utført på. Hjartelag og innleving var det viktigaste. Lenge var det såleis ei vanleg meining mellom sjukepleiarane at karakterdanning var eit overordna mål i sjukepleieutdanninga.

Den tradisjonelle handverkslæringa vart vidareført gjennom Norsk Sykepleierskeforbunds Fortsettelsesskole, og læring gjennom eksempelet si makt var prinsippet. Det var ved sjukesenga at eleven lærde mest, med læraren som forbilde og ved sjølv å gjennomføre praktiske øvingar med rettleiing. Heimen og familien var framleis modell for sjukehuset. Husmora i familien – *allestedsnærværende, skarptseende og kjærlige mor* (Martinsen 2003, s.91) - var modellen for den gode sjukepleiar. Vi må hugse at tida fram mot krigen var husmorrolla og familieideologien si glanstid (Furre 1999).

Gjennom den humanistiske tradisjonsfasen var kunnskapane såleis tradisjons- og praksisbetinga. Det vesentlege i omsorga var samhandlinga mellom pasient og sjukepleiar. Røynsle, personlege kvalitetar og forståing gjennom det å vere praktisk dyktig var grunnlaget. Omsorg innebar nær samheng mellom teori og praksis. Kunnskapen sat "i hendene" gjennom praktisk læring.

"Sykepleietradisjonens fagautoritet legitimerer den faglige dyktighet gjennom den personorienterte praksis bygd på erfaringsbasert kunnskap og med klare innebygde idealer" (Martinsen 2003, s.96).

6.2.2 Den medisinsk-teknologiske fasen

Sjukepleiarane sine pleieoppgåver fekk etter kvart konkurranse med dei medisinske oppgåvene. Legane hadde behov for assistanse og det å kunne ein del medisinsk fagkunnskap gav sjukepleieyrket status.

Tradisjonsfasen vart i 1950-åra avløyst av den medisinsk- teknologiske fasen. Sjukepleiarane søkte identiteten sin ved å knyte seg nærare til legane og den framveksande sjukehusmedisinen som vart stadig meir spesialisert. Det vart viktig å gjere sjukepleiarane medisinsk-teknisk dyktige, så dei kunne vere gode assistentar for legane. Satsinga på medisinsk utvikling og teknikk var inne i ein intensiv periode. Det råde allmenn utviklingsoptimisme framfor dei medisinsk-vitskaplege framstega. Sjukepleieutdanninga var sjukdomsorientert, lagt opp etter det

menneskelege kroppssystemet, ”*där varje fysiologisk system fokuserats var för sig. Man såg snarare till delarna än till sammanhanget, helheten*” (Erlöv og Peterson 1998, s.89).

Innanfor sjukepleien vart det etablert ein nye samheng mellom kunnskap og autoritet: Spesialkompetanse, bygd på ein medisinsk-teknisk rasjonalitet. Omsorg som omgrep gjekk ifølge Martinsen, ut av lærebøkene og vart ikkje lenger reflektert i yrkesgruppa.

Konkurransen med legane og deira utvikla profesjon, verka på mange måtar hemmande på sjukepleiarane sitt strev etter å utvikle sitt eige pleie- og omsorgsarbeid.

6.2.2.1 Eit yrke på linje med andre

Sjukepleiarane måtte favne eit stadig større arbeidsfelt, og arbeidsbøra var ofte tung. Arbeidsdagen var lang og innretta mot pleie, arbeidsleiing og medisinsk-tekniske oppgåver. Det siste tok stadig meir av tida. Trass dette prøvde sjukepleiarane å delta så mykje som mogeleg i pleien av pasientane. Bildet av sjukepleiarane som helsetenesta sine trufaste tenarinner var på god veg til å endre seg.

Sjukepleien vart stadig meir eit yrke som alle andre. Deltidstenester vart oppretta for å lokke og gjere det mogeleg for gifte kvinner å jobbe innan sjukepleie ved sida av heim- og familieplikter. Den gifte yrkesaktive kvinna byrja å stille krav om arbeidstid og løn etter fortjeneste.

Den veksande spesialiseringa og effektiviseringa innanfor pleiesektoren førde med seg fleire personalgrupper. Sjukepleiarane prøvde, men kunne ikkje lenger makte alle oppgåvene. Dei måtte stadig meir overlata oppgåver til andre. Den medisinsk-tekniske handlemåten fekk fastare grep og sjukepleiarane kom dermed stadig lenger bort frå den direkte pasientpleien (Erlöv og Peterson 1998).

6.2.3 Den ideologiske heilskapsfasen

Det vart stadig vanskelegare å sjå heile arbeidsprosessen for pasientane si totale omsorg. Sjukepleien kom inn i ei slags identitetskrise, og misnøyen mellom sjukepleiarane over den stadig utilfredsstillande pasientomsorga spreidde seg. Arbeidsoppgåvene hadde vorte oppsplitta. Sjukepleiarane vart meir eller mindre tvinga inn i situasjonar med stadig meir medisinsk-teknisk assistanse og administrasjon.

Etter kvart byrja fleire og fleire å kritisere spesialiseringsverda for å vere altfor medisinsk innretta på menneska sine helseproblem. Større omsyn måtte bli teke til heile mennesket, ung

som gamal. Målet skulle vere å sjå pasienten sin situasjon i ein vidare samanheng, der ein byrja å ta omsyn til andre faktorar enn dei reint medisinske. Ein kjenner att hesedirektør Evang sine tankar om det utvida helseomgrepet. Sjukepleiarane måtte rettast inn mot ein meir humanistisk tenkjemåte, utfrå eit heilskapleg syn på mennesket.

Joyce Travelbee er ei av dei som levde med i dei store brytningane og har hatt stor innverknad på sjukepleietenkinga i tida etter andre verdskrigen, òg i Noreg. Ho var fødd i New Orleans i USA i 1926 og døydd i 1973, berre 47 år gamal. Sjukepleiarutdanninga var ho ferdig med i 1946 og arbeidde sidan som psykiatrisk sjukepleiar og sjukepleielærer. I 1971 starta ho på ein doktorgrad, men vart ikkje ferdig, sidan ho døydd så tidleg.

Boka *”Interpersonal Aspects of Nursing”* kom ut i USA i 1972, men vart først omsett og kom ut i Noreg i 1999. Der peika Travelbee på at det etter andre verdskrigen hadde skjedd ei avhumanisering i helsesektoren i USA og at ein derfor hadde trong til det ho kalla ein *”humanistisk revolusjon”* der det einskilde menneske sto i sentrum. Ho minna om at sjukepleie alltid handlar om mennesket - om pasient, sjukepleiar og familie. Sjukepleiehandlingar skulle ikkje vere mål i seg sjølv, men middel til å hjelpe andre menneske.

Dessutan vektla ho verdien av at *”man som sykepleier må samtale om sine erfaringer og akseptere og erkjenne seg selv som menneske. Dette er en forutsetning for at man skal kunne akseptere andre mennesker”* (Travelbee 1999, s.6).

Eitt av hennar grunnsyn er ellers at *”kvaliteten ved den pleien og omsorgen som er blitt gitt til en syk person, primært bestemmes av sykepleierens forståelse av den syke, og av hennes menneskesyn”(s.17)*. Vidare at *”sykepleierens grunnleggende oppfatninger om menneskenaturen vil ha dyp innvirkning på hvordan hun ser seg selv og andre, og på hennes evne til å etablere tilknytninger. (...) En innsikt i menneskets livsvilkår er nødvendig for den som skal etablere et hjelpeforhold. Sykepleierens syn på sykdom og lidelse, eller hennes livssyn og åndelige verdier, vil avgjøre i hvilken grad hun vil make å hjelpe syke mennesker med å finne mening (eller mangel på mening) i sin situasjon.”* (s.21-22).

Som ei motvekt mot det medisinsk-tekniske synet hevda og Travelbee at det krev langt meir *”innsikt, forståelse, kunnskaper og ferdigheter for å støtte et menneske i krisens tid enn for å utføre en hvilken som helst teknisk komplisert behandling”*. Ho refererar og ein lege som i ein omtale av ulike spesialområde på legevitskapen sitt område reiser spørsmålet: *”Men hvem spesialiserer seg på menneskelighet?”*

Både menighetssøstrene og mange av sjukepleiarane i vårt land kjende seg att i desse tankane, som etter kvart kom til å endre sjukepleieforståinga utover i åttiåra.

6.3 Profesjonalisering og forskningsbasert sjukepleie

Identitetskrisa i sjukepleien var alvorleg og ein ville prøve å løyse problema ved å knyte faget til eit anna kunnskapsgrunnlag enn fagmedisinen og samtidig satse på ei akademisering av yrket. Eit av dei fremste kjenneteikna på profesjonalitet er evna til kritisk refleksjon, og dette skulle styrkast i sjukepleien. Fagautoriteten skulle vere den vitskapsbaserte.

Omgrepet sjukepleievitskap vart introdusert i norsk sjukepleielitteratur alt i byrjinga av 1960-åra. ”*Sjuksköterskeyrket – Hantverk eller profession?*” heiter ein rapport frå Sykepleiernes Samarbeid i Norden i 1974. Den fortel noko om ei tidsdeling i sjukepleien. Profesjonaliseringa av yrket og vitskapleggjeringa av faget vart to sider av same sak. Praktisk og konkret handverkskunnskap vart sett opp mot den generelle og abstrakte kunnskapen innanfor vitskapen. Innanfor andre typiske praksisyrke skjedde ei liknande utvikling.

Etterkvart som den moderne medisinske vitenskapen hadde utvikla seg, hadde sjukepleien stadig vorte nærare knytta til legevitskapen. Mellom sjukepleiarane var det derfor eit veksande behov for å gjere omsorgsarbeidet sjølvstendig nettopp i forhold til fagmedisinen. I følge Kari Martinsen (1985) henta sjukepleievitskapen som nyttevitskap derfor etter kvart modellane sine frå dei nye samfunnsvitskapane: pedagogikk, psykologi og sosiologi. Dette vart forstått som ein protest mot den aukande påverknad den medisinske kulturen hadde på sjukepleietenkinga.

6.3.1 Det "hastar" å vitskapleggjere sjukepleiefaget

I profesjonaliseringa av sjukepleien vart det viktig å gjere sjukepleien både meir teoretisk, og ikkje minst vitskapleg. I første halvdel av 1960-åra hadde tidsskriftet *Sykepleien* fleire artiklar der eit fagleg, forskningsbasert grunnlag for sjukepleie vart etterlyst. Mellom dei som hadde hastverk med å vitskapleggjere sjukepleiefaget var overlærer ved Norges Høyere Sykepleierskole og seinare mangeårig formann i Norsk Sykepleierforbund, Helga Dagsland. Bakgrunnen var at ho sjølv hadde vorte inspirert ved å få høgare utdanning i sjukepleie frå eit universitet i USA på slutten av 1950-talet.

”Det blåser en forskningsvind over Nordens sykepleie i høst” skriv Dagsland, og held fram: *”Vi har alle utvalg som studerer forskningsprinsipper og diskuterer forskningsprosjekter. Vi skriver om forskning, tenker på forskning og planlegger forskning”* (Sykepleien nr. 23 1966).

Vidare skriv ho at *”det er ikke mulig å greie tidens problemer og utfordringer med instrumenter som var tilpasset tidligere tiders samfunn”*. Ho var oppteken av at å planlegge for framtida best kunne gjerast ved å vite, kjenne og forstå. Når ho avviser den gamle prøvings- og feilings metoden er det fordi ho hevdar at den både er for treg og for kostbar: *”Den er kostbar fordi man fortsetter lenger enn nødvendig med arbeidsforhold som ikke stimulerer, med lederskap som ikke aktiviserer, med undervisning som ikke engasjerer.*

Den er kostbar fordi man ikke utvikler menneskenes potensiale, og ikke vet at så er tilfelle, fordi man ikke møter pasientens behov, og kanskje ikke reflekterer nevneverdig over at så er tilfelle.”

Dagsland spara då heller ikkje på krutet då ho omtala eksisterande sjukepleiepraksis.

”Vi har yrkesutøvelse som burde være profesjonell, men som har utviklet seg til halvautomatiske rutiner...”

Dessutan var Dagsland oppteken av at identiteten i sjukepleien ikkje var tydeleg nok og at uklare funksjonar hemma utviklinga av faget som profesjon. Ho understreka at det hasta med å tydeleggjere desse forholda og derfor og med å drive forskning i sjukepleiefaget.

Pamela Mitchell, assisterande professor i fysiologisk sjukepleie ved Wasington Universitet, er forfattar av bøkene *Grunnleggende sykepleie I og 2*, som kom i bruk i Noreg frå 1974. Bøkene vart brukt i dei fleste sjukepleieskolane her i landet gjennom mange år og kom derfor til å prege norske sjukepleiarar.

I følge Mitchell var det ikkje vanleg å forstå sjukepleien som eit eige yrke som skulle vere særprega av omsorg, trøyst og pleie. Hovedvekta av den organiserte pleien vart derimot lagt på *sjukdomstenesta*, sjølv om helsetenesta og inkluderte *helsefremjande tiltak*

Samtidig peikar ho på at sjukepleien alltid har vore sett på som det å *”hjelp den syke med de daglige aktiviteter.”* Det var mellom anna først på 1970-talet at ein byrja å sjå sjukepleien i samheng med det å møte psykiske problem i dagleglivet og med det å førebygge skade og vanhelse. *”Mange steder blir dette ennå ikke regnet med blant sykepleiens oppgaver,”* les vi i læreboka (Mitchell 1980, bind I, s.44)

Gjennom å flytte fokus skulle det leggast vekt på korleis sjukepleiaren gjennom si haldning kunne lindre angst og uro hos pasienten, skape trygge mellommenneskelege forhold og sjå

pasienten som eit heilt menneske. Martinsen (1985) peikar på at det etter kvart var tydeleg at det var omsorgsaspektet som skulle gjerast vitskapleg og som sidan skulle legge grunnlaget for å klargjere sjukepleiaren sin identitet. Seinare går Martinsen rett nok og i rette med vitskapleggjeringa når ho seier (1991, s.114) at *”sykepleie og omsorgsarbeid ikke kan vitenskapeliggjøres”*. Ho er sjølv sagt ikkje imot teori og forskning i sjukepleien, men *”mener at forskning ikke er den eneste måten å få innsikt i sykepleien på. (...) En vitenskapeliggjøring av praksis medfører at viktige spørsmål ikke reises og at avgjørende innsikt ikke vinnes”*.

Høgskolelektor Mette Karoliussen følgjer den same tanken når ho seier: *”Forskning er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for sykepleie. Vitenskapen må springe ut fra omsorgen for pasienter, slik at teorien belyser, ikke overskygger vår praksis”* (Karoliussen 2002, s.96).

For å styrke sjukepleieidentiteten var det viktig at omsorg vart vitskapsbasert. Samtidig var det viktig å halde fast ved at yrkesidentiteten både har ein fagkomponent og ein praksiskomponent.

6.3.2 Profesjon og fag

I samband med profesjonaliseringa av sjukepleiefaget, var det eit omgrep som ofte dukka opp saman med omgrepet profesjonell, og det var *”fagleg”*. Til tider vart omgrepet nærast eit honnørord som ingen ynskte eller våga å røre ved.

Anders Bergem, teolog og studierektor ved Diakonhjemmets høgskolesenter, definerar fag som *”den samlingen av teoretisk kunnskap som ligger bak den praktiske tilnæringsmåten”*. Å vere fagleg inneber altså *”å være i pakt med den kunnskapen som innenfor et bestemt område eller felt regnes som gyldig. Det er denne bestemte kunnskapen som skal danne bakgrunn for den praktiske yrkesutøvelsen.”* (Bergem 1998, s.30-31).

Men kva som var fagleg kunne likevel vere så ymse, alt etter kven som brukte omgrepet og kva samanhengar det vart brukt i. Leenderts refererar ein episode med ein nyttilsett sjukepleiar som song salmar for ein pasient som hadde bede om det. Pasienten kjende seg uroleg og salmesongen var ein måte å falle til ro på. Pasienten var særleg glad i salmar. Ein sjukepleiekollega som hadde høyrte sjukepleiaren synge for pasienten uttala då: *”Salmesang er ikke vår oppgave, det får presten eller de pårørende ta seg av. Vi får holde oss til det som er faglig, for eksempel samtale med pasienten om det som gjør ham urolig”* (Leenderts 1997, s.77).

Det høyrer ut som om sjukepleiekollegaen meinte at det å vere fagleg var eit eintydig omgrep. Men slik er det nok ikkje. Innhaldet er knytta til kva kunnskap ein meiner er eigna til å ta hand

om dei ulike arbeidsoppgåvene. Faglegdom har å gjere med kva som *til eikvar tid* vert rekna som gyldig kunnskap. Dermed kjem og spørsmålet om kva kunnskapsformer ein hentar den gyldige kunnskapen frå.

6.3.2.1 Ulike kunnskapsformer

Karen Jensen (1993) løftar fram tre kunnskapsformer som er viktige for kvalifisering til ei profesjonsutdanning:

- *livshistorisk kunnskap*
- *yrkesbasert kunnskap*
- *vitskapsbasert kunnskap*

Livshistorisk kunnskap er det ein tileignar seg gjennom eige liv som har relevans for yrket. Ifølge Jensen er denne kunnskapen ofte ureflektert og ”*nedfelt i kroppen*” som ei form for praktisk kunnskap og såleis ikkje straks tilgjengeleg for analytisk handsaming. Den kjem derimot tydeleg til uttrykk gjennom praksis. Det er viktig at slik kunnskap vert gjort medvite og gjennomarbeida for at den skal bli til nytte.

Yrkesbasert kunnskap er knytt til den kunnskapen som gjennom åra er samla opp gjennom erfaring og yrkesretta undervisning.

Vitskapsbasert kunnskap er knytt til teoriar frå ulike fagområde med relevans for profesjonen.

Dei to første kunnskapsformene er erfaringsbaserte, medan den siste først og fremst er teoribasert. Dei er alle naudsynte, men spørsmålet er kva plass dei ulike kunnskapsformene skal ha innanfor dei ulike fagområda. For menighetssøstrene var det heilt klart at livshistorisk – og yrkesbasert kunnskap skulle stå sentralt i omsorgen for medmenneska.

6.3.2.2 Vitskapsbasert eller erfaringsbasert kunnskap

Ein talar gjerne om to hovudkategoriar av fag: Vitskaplege fag og handverksfag eller praktiske fag. Dei praktiske faga legg mindre vekt på teori, medan kompetanseutviklinga i første rekke handlar om å øve opp dugleiken, inkludert bruk av instrument og teknikkar. Dei vitskaplege faga legg derimot vekt på å tileigne seg teoretisk prega kunnskap, og dessutan lære seg metodar som kan brukast til å utvikle ny teoretisk kunnskap og forståing. Sjukepleien har i seg kjenneteikn både frå praktiske fag og vitskaplege fag. ”*Kompetanse og fagkyndighet i sykepleie krever at man har solid viten for å forstå og ha innsikt i fagets gjenstandsområde. I tillegg må*

man beherske praktiske ferdigheter og metoder for utvikling av kunnskap” (Fagermoen 1993, s.23-24).

Innanfor sjukepleien er Kari Martinsen ei av dei som har problematisert tilhøvet mellom den erfaringsbaserte og den vitenskapbaserte kunnskapen. Ho hevdar at den profesjonelle sjukepleieutdanninga etter kvart kom til å legge for stor vekt på vitenskap som kjelde til profesjonell kunnskap, til fortrenging for den erfaringsbaserte kunnskapen. Martinsen peikar på at omsorgsrasjonaliteten til ein viss grad står i motsetning til den nye vitenskaplege rasjonaliteten. *”Omsorgsrasjonaliteten tilsier at personlig kjennskap og innlevelse i den enkeltes situasjon er en viktig forutsetning for konkret utøvelse av god omsorg*” (Martinsen 2003, s.95). Ho meiner at den vitenskaplege rasjonaliteten er mangelfull når det gjeld å fange opp kjernen i omsorga. Der er medkjensle og uvisse ikkje avgrensningar, men positive for menneske sine handlingar. Der veg kollektiv, erfaringsbasert kunnskap vel så mykje som ein strengt, systematisk prøvd kunnskap. *”Det er vanskelig å ”oversette” en vitenskaps lovmessighetskunnskap til situasjonsbestemte omsorgshandlinger knyttet til praktiske oppgaver.*” Den vil gå på bekostning av den opparbeida erfaringskunnskapen, og innhaldet i kunnskapen vert borte. Martinsen uttrykker klart at noko gjekk tapt undervegs og bør hentast tilbake: *”Omsorg i sykepleien innebærer derfor at sykepleiens fagautoritet bør gjeninnsettes. For et yrke kan også legitimere seg gjennom sin tradisjon*” (Martinsen 2003, s.97) Den form for kunnskap som sit *”i fingrane”* er grunnleggjande for yrke som skal formidle omsorg.

Det er og i tråd med Travelbee som seier at *”Den profesjonelle sykepleieren bryr seg om hva som skjer med andre mennesker, er opptatt av deres fysiske, psykiske og åndelige velferd, og vil opptre med forstand, innsikt, kreativitet og fintfølelse for å bistå dem*” (Travelbee 1999, s.22)

6.3.2.3 Fag og person

Denne personsida ved kunnskapen er og Leenderts - på linje med Travelbee og Martinsen - oppteiken av. Ho peikar på at det faglege og er farga av den personen som representerar faget, og at det faglege ikkje eksisterar uavhengig av personen.

Ho sier det slik: *”Å utvikle seg som profesjonell omsorgsarbeider er å være i en prosess der det personlige og det fellesfaglige veves sammen til en helhet*” (Leenderts 1997, s.20)

Og vidare: *”Med personlig menes egenskaper, kvaliteter og idealer som kjennetegner den enkelte omsorgsarbeider. Med fellesfaglig menes de verdier, kunnskaper og ferdigheter som er felles for yrkesgruppa*”.

Det faglege er knytt til den utrustninga ein person har med seg til ein arbeidsplass. Slik sett er sjukepleiaren sjølv, som person, alltid ein del av det faglege arbeidet som som kjem til uttrykk i den praktiske kvardagen. Det faglege er farga av den personen som representerar faget.

Joyce Travelbee definerar den profesjonelle sjukepleiaren som ”*en person med sykepleierutdanning fra en høyskole som har som mål at studenten skal tilegne seg en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til pasientens problemer, og lære å bruke seg selv terapeutisk*” (Travelbee 1999, s.42). Det å ha ein disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problema meiner Travelbee er ein eigenskap ved den einskilde, ”*en uløselig innvevd og integrert del av vedkommendes personlighet*”.

6.4 Profesjonalisering og verdinøytralitet

Profesjonaliseringa av omsorgsfaga vart på mange måtar og prega av tanken om nøytralitet. Nøytralitet inneber å ikkje ta stilling. Ein snakkar gjerne om verdinøytralitet når nøytralitetsomgrepet er knytt til religiøse, etiske og sosiale verdiar.

Den vitskapstradisjonen som framheva ideen om verdinøytralitet var *positivismen*. Den vart særleg sterk i løpet av første halvparten av det 20. hundreåret. Rørsla tok form i Europa i mellomkrigstida. Den hadde stordomstida si i USA i 1940- og 50-åra, og vidareførte ideen frå ein del tenkjarar på 1700-talet som hadde den tanken at *det er mogeleg å utforske menneske og samfunn som om det dreier seg om natur* (Skjervheim 2000, s.8).

Franskmannen August Comte (1798-1857) var filosof og vert rekna som ein av hovudpersonane bak framveksten av den moderne positivismen, og likeså ein av grunnleggjarane av sosiologien. Han introduserte omgrepet ”*evolusjon*”, altså tanken om at samfunnet og menneskeslekta har flytta seg frå det låge eller primitive og til stadig høgare, betre og meir opplyste nivå. Viskapskulturen som vaks fram frå midten av sekstitalet var særleg prega av denne tradisjonen. Medan sjukepleien i tradisjonsfasen var personbasert, skulle den etter kvart endrast til å bli vitskapsbasert. Profesjonaliseringa innebar i første omgang at det var i denne positivistiske vitskapstradisjonen den fekk sitt teoretiske ankerfeste.

Den positivistiske tenkjemåten tilskreiv vitskapen ein sterk autoritet samstundes som alle andre forståingsformer vart drastisk nedvurderte. Særtrekket ved positivismen var at den rekna med ein objektiv røyndom. Både natur og samfunn var styrt av bestemte lover som det var mogeleg å

skaffe seg kunnskap om. Det vart hevda at det var mogeleg å finne fram til kunnskap som kunne gi eit sant og objektivt bilde av røyndommen.

Sentralt innanfor positivismen var omgrep som verdifridom og verdinøytralitet. Ein skulle sjå bort frå subjektive fenomen som tru og situasjonstolkingar for å få til ein objektiv vitskap om menneskelg åtferd. ”*Dermed blir kunnskapen verdifri i den forstand at den ikke er formet ut fra subjektive oppfatninger hos kunnskapsutvikleren, men avspeiler en faktisk virkelighet*” (Leenderts 1995, s.75). Positivistane rekna med at det ikkje kunne finnast noko innsikt eller forståing utanfor det vitskapelege feltet. Tenkjemåten innebar ei kraftig overvurdering av vitskapeleg aktivitet (Skjervheim 2000, Leenderts 1995).

Professor Jon Hellesnes ved Universitetet i Tromsø peikar i innleiinga til boka ”*Objektivismen – og studiet av mennesket*” (Skjervheim, 2000) på at positivismen har greidd å øydelegge ganske mykje fordi viktige område av det menneskelege tilværet ikkje toler forsøka på vitskapeleggjering.

”*I og med den avpersonaliseringa av universet som skjedde i løpet av nytida, tapte dei estetiske og moralske verdiane statusen sin som element i det verande sin orden, dvs. som verkelege eller objektive. I staden blei dei oppfatta som subjektive, noko som menneska sjølve held oppe. Mens spørsmål om sanning blei relatert til det objektivt verande, realiteten sjølv, blei dei såkalla verdispørsmåla (om det vakre, det gode og det rette) relaterte til den menneskelege subjektiviteten. (...)dersom vitskapen er den instansen som kan avgjere kva som djupast sett er sant eller verkeleg, så blir det jo enormt viktig å finne grensa mellom vitskap og ikkje-vitskap, det gjeld å finne minimumsvilkåra for å vere vitskapeleg*” (Skjervheim, 2000, s.9).

Verdinøytraliteten hevdar det er mogeleg å utvikle kunnskap utan å påverke resultatet. Forskarar og andre vert nøytrale tilskodarar som ikkje influerar den røyndommen dei studerar.

Idealet om verdinøytralitet var i første omgang knytt til dei som skulle utvikle kunnskapen, men vart i seksti- og syttiåra og vidareført til fleire omsorgsyрке, derimellom sjukepleien.

”*Etter hvert som omsorgsyркene ble vitenskapsbaserte, utviklet imidlertid idealene seg til også å bli et krav til den som skulle forvalte kunnskapen – for eksempel omsorgsarbeideren, som også skulle kunne skille mellom fakta og verdi, og forvalte kunnskapen uten samtidig å påvirke mottageren i forhold til verdier*” (Leenderts 1995, s.75)

Men positivismen på seksti- og syttitalet hadde og sine kritikarar. Mellom dei var filosofen Hans Skjervheim som særleg sette fokus på tilhøvet mellom subjekt og objekt i kunnskapsutviklinga, mellom tilskodar og deltakar. Begge partar er deltakarar i dei sosiale prosessane. Hellesnes seier det slik: *”Hovedsiktet målet til Skjervheim var å vise at der er ein prinsipiell skilnad mellom naturfenomen og sosiale fenomen, og at det følgjeleg og må vere prinsipiell skilnad mellom samfunnsvitskap og naturvitskap. Det som skjer i naturen, er – på ein måte – uavhengig av korleis det blir tolka. (...) Skjervheim sitt poeng er at samfunnsvitaren berre kan få tilgang til dei sosiale fenomenene gjennom å forstå korleis folk tolkar seg sjølve og det dei gjer, korleis dei tolkar dei situasjonane dei er i.”* (Skjervheim 2000, s.10-11)

Fellesnevnen for positivismekritikken vart *”.. et oppgjør med troen på en objektiv virkelighet og på kunnskapsutvikleren som objektiv tilskuer. Forskeren betraktes i stedet som deltaker i en prosess hvor hans subjektive forutsetninger preger kunnskapsutviklingen. Nøytralitet avvises som en umulighet. I stedet er det viktig at forskeren tilstreber en kritisk holdning både til sin egen rolle og til virkeligheten han utforsker, fordi kunnskapen om virkeligheten hele tida preges av den som utvikler den”* (Leenderts 1995, s. 76)

Leenderts peikar ellers på at positivismestriden ikkje berre representerte eit oppgjør med synet på vitskap, men og med heile den naturalistiske forståinga av verda og røyndommen, ikkje minst med menneskesynet. For sjukepleiefaget, med sitt fokus på arbeid med menneske og det medmenneskelege, vil menneskesynet gi retning for korleis pasientar vert handsama. Mennesket som åndsvesen vart på nytt framheva.

Positivismekritikken fall i tid mykje saman med brytningane mellom den medisinske-teknologiske og den ideologiske heilskapsfasen og vart såleis i nokon grad teken inn i omsorgsfeltet. Nøytralitetsprinsippet prega lenge mykje av fagkulturen i sjukepleien. Nøytralitet som generell norm stengde lett for andre kvalitetar i forholdet mellom sjukepleiar og pasient, kvalitetar som spontanitet, varme, engasjement og det å vere ekte. Desse kvalitetane er på mange måtar knytta til dei verdiane som er viktige for menneskelivet. Likevel skulle dei altså haldast utanfor relasjonen for å ta vare på nøytraliteten.

Forstandar Lein ved Diakonhjemmet peika derimot på at verdiar høyrer heime innanfor det faglege arbeidet og sa det slik: *”Det verdigrunnlaget eit menneske har påverkar det faglege arbeidet vedkomande gjer, både når det gjeld forskning og meir praktisk arbeid. Det styrer val av arbeidsområde og problemstillingar og påverkar tilnæringsmåte, argumentasjon og*

forklaring av årsaksamanhengar. Dei grunnleggande verdiane er altså ikkje utanfor det faglege arbeidet, men ein integrert del av det.” Det er ikkje slik at menneske med ulike livssyn ikkje kan gjere dei same praktiske val og ha dei same haldningar til pasientar og i helsepolitiske spørsmål. Likevel vil arbeidet vårt vere prega av dei haldningane vi har. Det dreier seg om korleis vi forstår og følgjer opp dei totale behova pasientane har på det menneskelege, medisinske, pleiemessige, sosiale og religiøse området. (Stave 1990, s.329).

6.4.1 ”Vi hadde ikke lov til å snakke med pasienten om åndelige ting”.

Midt i desse spenningane sto menighetssøstrene med grunnleggande fagkunnskap og mykje praktisk erfaring som ”*sat i fingrane*”, men kanskje ikkje alltid var like mykje teoretisk reflektert. Det var mykje ”*taus*” sjukepleiekunnskap. Med ”*taus*” kunnskap ”*tenker vi på den kunnskapen som er lært i praksis å lagret i hjernen uten å ha blitt kodet i ord. Vanligvis hevdes det at denne taushet er en viktig del av praksiskunnskapen, noe som skiller den fra vitenskapelig kunnskap.*” (Karoliussen 2002, s.95)

Menighetssøstrene var opptekne av heilskap i omsorga for den sjuke, men kunne få ei kjensle av å kome til kort når det gjaldt den medisinsk-tekniske dugleiken som sto i høgsetet i seksti-og syttiåra. Difor vart det og eit sterkt press både utanfrå og hos menighetssøstrene sjølve etter å få arbeid i sjukehusa, for å kunne utvikle nettopp den medisinsk-tekniske fagkunnskapen.

På den andre sida kom presset på dei verdiane menighetssøstrene sto for. Ideologien om verdinøytralitet gjorde det vanskeleg for dei mange som var vigsla til ei kyrkjeleg teneste. Det var press mot alt som smaka av forkynning i den profesjonelle handling. Livssyn og fag skulle ikkje blandast. Som profesjonelle sjukepleiarar skulle deira kristne tru ikkje spele nokon rolle i helsearbeidet dei skulle gjere. Trua fekk ikkje plass innanfor fagtenkinga, den hørde privatlivet til. Skulle menighetssøstrene vere truverdige, måtte dei overtyde om at verdigrunnlaget deira ikkje svekka det faglege nivået.

Dette ropet etter verdinøytralitet i praktiseringa av sjukepleietenesta, greip langt inn i menighetssøstrene sin identitet. Mange opplevde at dei vart stilte på eit umogeleg val mellom eiga tru og livsforankring på den eine sida og sjukepleieyrket som dei hadde utdanna seg til på den andre. Det vil eg kome nærare inn på i neste kapittel.

6.5 Oppsummering

Kvinnene sine rollar i samfunnet vart radikalt endra gjennom seksti- og syttiåra då dei gifte kvinnene for alvor tok til å gjere seg gjeldande i det løna yrkeslivet. Dette kom og til å sette sitt tydelege preg på omsorgsyrka.

Tiltrua til vitskapen var veksande og store medisinske nyvinningar både utfordra og pressa sjukepleiarane. Dei var ettertrakta som assistentar for legane, særleg i sjukehusa og vart gjennom det utfordra på sin eigen medisinsk-tekniske kunnskap og dugleik. Praktisk erfaringskompetanse vart i mange samanhengar stilt opp mot teoretisk vitskapskompetanse. Sjukepleiefaget måtte vitskapleggjerast, både til pasientane sitt beste og for å gi sjukepleieyrket status som profesjon. Gjennom seksti- og syttiåra var det likevel legane og det medisinske fagområdet som la mykje av premissane og for sjukepleien. Vektlegging av spesialisering, oppsplitting og redusksjonisme utfordra dei tradisjonelle omsorgsverdiane. Kall, nestekjærleik, hjartelag, handlag og innleving var verdiar som fekk trang plass gjennom desse tiåra. Verdinøytralitet vart rettesnora som på mange vis reduserte det sjukepleiefaglege innhaldet.

Menighetssøstrene i distrikta fekk ikkje i så stor grad som sjukepleiekollegaene på sjukehus del i dei medisinsk-tekniske utfordringane. Den praktiske omsorgserfaringa dei sat inne med frå heimesjukepleien hausta ikkje særleg faglege status. Dei kristne verdiane som låg i botnen for menighetssøtertenesta fekk dessutan ein negativ klang i fagmiljøa. Det var såleis ikkje så lett for menighetssøstrene å halde oppe motivasjon og integritet, og samtidig vere positiv og aktiv til oppbygginga av den kommunale heimesjukepleien som pressa seg på.

KAPITTEL 7: ENDRING OG TAP

Som vi har sett skjedde det store endringar både helsepolitisk og gjennom profesjonaliseringa av sjukepleieyrket gjennom seksti- og syttiåra. Sjukepleiarane både i og utanfor institusjonane kjende på korleis dei mange endringane braut med den tradisjonelle forståinga av sjukepleie. Menighetssøstrene, med si særlege teneste i kyrkja og lokalmiljøa, opplevde positive sider ved endringane, men og mykje som tap. Det vil eg sjå nærare på i det følgjande.

7.1 Konteksten vart grunnleggjande endra

Menighetssøstrene hadde teneste i ein kyrkjeleg samanheng med sokneprest og distriktslege som faktiske overordna. Dei representerte den faglege autoriteten menighetssøstrene sto under: Kyrkja og teologien med den personlege trua og kallet på den eine sida og helsestellet og medisinen (legen) med den helsefaglege kompetansen på den andre. Formelt sett var kyrkja gjennom menighetspleien arbeidsgjevar, sjølv om kommunane etter kvart refunderte større og større deler av kostnadene.

- *Som menighetssøster var eg ei i kyrkja og eg vart vist stor tillit, dei (pasientane) visste kva eg sto for (58).*

Menighetssøstra hadde stor fridom til å legge opp arbeidet sitt som det passa henne best. Det var tette relasjonar til pasientar og andre brukarar i avgrensa lokalmiljø. Rett nok var det mykje ansvar og slit, gjerne for lita løn og ofte mykje einsemd, men det var og mykje takksemd og mange positive tilbakemeldingar frå pasientane.

- *Eg fikk faktisk daglig bekreftet at det jeg brukte tid og krefter på betydde mye for mange i livets hverdag (34).*
- *Jeg fikk styre meg selv og fikk mange gode venner (32).*

Kven som fekk hjelp var meir tilfeldig sidan det ikkje var noko som var lovfesta. Rett nok var bygdemiljøa små og oversiktlege slik at nøkkelpersonar som prest og distriktslege hadde bra oversikt over menneske med konkrete behov, men det var likevel svært avgrensa ressursar kyrkja kunne stille opp med.

Menighetssøstrene og andre sjukepleiarar i distriktsteneste avdekka dei mange behova og ropet etter hjelp auka jamt. Slik vart det uråd for kyrkjelydane ressursmessig, både menneskeleg og økonomisk, å svare på alle spørsmål etter hjelp.

Velferdsstaten vaks fram gjennom seksti- og syttiåra og målet var rettferd og like tilbod til alle. Heimesjukepleien kom til med breidare tilbod og fleire tilsette til å ta hand om sjuke og trengande i heimane. Kommunane overtok meir og meir arbeidsgjevaransvaret, og overordna autoritet vart sosialsjefen/sjukepleiesjefen. Menighetssøstra var ikkje lenger unik og eineståande. Ho kunne ikkje lenger planlegge og handle som ho ville. Eg tek med eksempel på utsegn frå søstrene:

- *Arbeidsmengden vart etter kvart stor og kommunen kunne utføre oppgåvene meir effektivt (4).*
- *Kommunen hadde flere folk til å dele på oppgavene (16).*
- *Tilbudet om hjemmesykepleie ble likt i hele kommunen. Ikke alle menigheter hadde menighetssøster eller diakon (18).*
- *I mitt tilfelle ble det bedre organisering, nærhet til ledelsen, bedre økonomi og utstyr, bedre arbeidstidsregulering (6).*
- *Andre kunne overta når vekten var over (7).*
- *Kommunen ville råde over hva menighetssøstrene skulle gjøre, og fordelinga av ren sykepleie og diakonale tjenester ble for vanskelig for meg (27).*
- *Overgangen førte med seg mange problem, fordi den kommunale heimesjukepleien skulle bestemme over mi arbeidstid og kvar eg skulle gå. Ingen besøksteneste - eller den slags menighetsarbeid måtte gjerast på fritida. Men eg var innsett som menighetssøster i kyrkja og let meg ikkje dirigere av sjukepleiesjefen (58).*

På den eine sida gav det menighetssøstrene mindre fridom når arbeidet måtte samordnast med dei andre i heimetenestene. På den andre sida vart det fleire til å dele på arbeidet. Det vart større ansvarsdeling, meir regulert arbeidstid og mindre slit, betre løn og større sjukepleiekollegialt fellesskap.

Mange opplevde at det vart mindre tette relasjonar til pasientane etter at kommunen fekk ansvaret for heimesjukepleien. Pasientane måtte forholde seg til fleire sjukepleiarar som berre skulle ta hand om reine sjukepleieoppgåver. Det var ikkje lenger tid til kaffikoppen og den

sosiale samtalen. Det var såleis ikkje alltid så lett for menighetssøstra å gå inn i ei slik strengt avgrensa rolle. Fleire opplevde at noko viktig vart teke frå dei.

Kyrkja og dei meir spesifikt diakonale omsorgssamanhengane vart meir og meir borte. Handlingsarenaen for menighetssøstrene vart gradvis flytta frå det kristne, kyrkjelege til det sekulære, kommunale. For nokre var det heilt problemfritt, men for andre var det eit stort tap som rokka ved noko grunnleggande i den faglege identiteten.

7.2 Frå reint kyrkjeleg til todelt mandat

Menighetssøstrene hadde fått sitt særlege oppdrag, mandat, frå helsestyresmaktene gjennom den offentlege godkjenninga som sjukepleiar, og frå kyrkja gjennom vigslinga til diakoniarbeidar, som omtala i avsnittet 4.2.3

I *”Arbeidsregler for menighetssøstre”* (vedlegg) vedteke på søsterfelleskapet sitt landsmøte i 1951 heiter det: *”En menighetssøster er ved sin innvielse knyttet til Den norske kirke og er betrodd ”Jesu henders embete” i den menighet hun er ansatt.”*

Menighetssøsterhjemmet praktiserte vigsling etter ordninga av 1949 fram til slutten av 1960-talet, då den tradisjonelle innviinga vart erstatta av ei vigslingshandling for dei som spesifikt skulle i kyrkjeleg teneste. Det innebar ei ny forståing av vigslinga som mandat til særskild kyrkjeleg teneste. Den inkluderte ikkje lenger den almenne, diakonal sjukepleietenesta. Det hadde samanheng med at det og innan kyrkja var tid for nye grenseoppgangar.

Det gjekk etter kvart klart mot ei todeling av den gamle menighetssøstertenesta, sjølv om dokumentet frå diakoniinstitusjonane i oktober 1961, om *”Samarbeid mellom menighetspleien og den kommunale hjemmesykepleie”* peika på at samarbeidet med kommunen var greit, så lenge menighetssøstrene sine *andre* oppgåver ikkje vart skadelidande. Sjukepleieoppgåvene vart lagt under kommunehelsetenesta, men kva med dei *andre* oppgåvene, dei som vart definerte som kyrkjelege diakonioppgåver?

I første nummer av *”Den norske kirkes diakoni”*, organ for Diakonirådet, kunne ein i september 1972 lese: *”Spørsmålet om ordnede diakonistillinger i menigheten har vært drøftet lenge. Både fra de frittstående diakoniinstitusjoner og diakoniarbeider-organisasjoners side så vel som fra bispemøter og Diakonirådet har man gitt uttrykk for misnøye med de rådende forhold. Forholdene er uensartet både når det gjelder spørsmål om ansettelse, innvielse og*

arbeidssituasjon, og det er rett og slett beundringsverdig at man i det hele har unge mennesker som fremdeles går inn i diakonal kirkelig tjeneste” (Knudsen 1979, s.180).

Same hausten låg det føre ei utgreiing frå kyrkjerådet om korleis kyrkja sjølv skulle kunne gi eit tilbod om diakonale stillingar på kyrkjelyds- og bispedømeplan. I april 1973 kom Ot.prp. nr 65: *”Lov om diakonitjeneste i Den norske kirke, med fremlegg om opprettelse av stillingar som diakonikonsulenter på bispedømmeplan og som diakoniarbeidere på menighetsplan”* (Den norske kirkes Diakoni, nr 3, 1973), men alt før den var framsett låg det føre meldingar frå Kommunal- og Sosialdepartementet, som meinte at ordninga og utbygginga av kyrkjelege diakonistillingar låg i samarbeidsavtalen mellom kyrkjelyd og kommune om heimesjukepleieverksemnda. Frå kyrkjeleg hald var det derimot presisert at diakonitenesta lokalt handla om å innarbeide og utvikle kyrkjelyden sitt diakonale arbeid. *”Diakoniarbeideren skal arbeide som faglig veileder og daglig leder for den frivillige virksomhet som allerede er i funksjon”* (Knudsen 1976, s.182).

I 1974 var det i statbudsjettet ført opp midlar til fem diakonikonsulentar på bispedømeplan og fem halve stillingar som diakoniarbeidarar på kyrkjelydsplan. Då hadde alt menighetssøster Aud Grøvan vore i teneste som diakonikonsulent for Nordland, Troms og Finmark frå 1973, løna av Menighetssøsterhjemmet (Snøtun 2006, s.84).

Diakoniarbeidartenesta vart ein av dei vegane kyrkjelydar etter kvart valde for å fylle, mellom anna dei delane av menighetssøstertenesta som ikkje lenger vart dekkja av heimesjukepleien. Likevel var det berre eit fåtal av dei utdanna menighetssøstrene som valde å gå den vegen. Dragninga mot sjukepleieprofesjonen var sterkare. Dermed kan vi seie at oppdraget, eller mandatet, for dei fleste av menighetssøstrene vart flytta frå kyrkja til kommunane. Det i sin tur innebar at den offentlege sjukepleiegodkjenninga, og forankringa i *”Midlertidige retningslinjer for opprettelse og drift av hjemmesykepleiedrift”* av 1972, og seinare kommunehelselova av 1982, vart det nye mandatet som gav menighetssøstrene legitimitet til å virke som heimesjukepleiarar. Yrkestittelen vart med det og endra frå menighetssøster til heimesjukepleiar.

Formelt sett var dette kanskje både ryddig og greit, men for dei som var vigsla med eit livslangt mandat frå kyrkja, var det ikkje utan vidare så enkelt. Det kom nok litt an på korleis forståinga og opplevinga av vigslinga var hos den einskilde, om dei var vigsla til eit oppdrag mellom sjuke og nødlidande, eller om dei var vigsla til den spesifikke tenesta som menighetssøster. Dei første kunne gjerne ta med seg menighetssøsteridentiteten inn i heimesjukepleien eller sjukehusa og

oppleve at oppdraget framleis var gjeldande, at dei framleis var tiltrudd ”*Jesu henders embete*”. Nokre av dei andre opplevde at dei svikta kallet, eller at det kyrkjelege mandatet vart teke frå dei. Det skapte såre kjensler og rokka ved sjølve yrkesidentiteten.

7.3 Endra profesjonsforståing

Menighetssøstertenesta var i utgangspunktet som vi har sett, meir eit kall og ei teneste enn eit yrke. Røynsle, personlege kvalitetar og forståing gjennom det å vere praktisk dyktig var grunnlaget. Den personorienterte praksis var bygd på erfaringsbasert kunnskap. Omsorg for heile mennesket ”*sat i hendene*”. Teorien vart avgrensa til det dei hadde bruk for i den praktiske kvardagen.

Sjølv om fleire menighetssøstre kom i posisjonar der røynsle deira frå arbeidet i kyrkjelydane vart verdsett og etterspurt, var det likevel mange som opplevde at deira praktiske erfaringar gjennom mange år ikkje talde med når profesjonalitet og kompetanse skulle vurderast. Det var teori og medisinsk-teknisk dugleik det skulle målast på. Difor vart heller ikkje heimesjukepleien generelt så attraktiv i byrjinga, sjølv om det vart eit kommunalt ansvar. Omsorga kom på eit vis i bakgrunnen.

- *Omsorgen ble mer oppsplittet. Pasienten måtte forholde seg til stadig flere hjelpere (37).*
- *Det ble for lite tid til den enkelte, og for avgrenset hvilke tjenester en kunne yte (56).*

Til kallet frå Gud og menighetssøstrene sine diakonisyn, der den einskilde nærast bar ansvar for den diakonale tenesta, hørde den totale omsorga for menneska. Der hadde den sosiale og åndelege sida like stor vekt som den fysiske og psykiske. Det hørde med til god sjukepleie å ha syn for heile mennesket.

- *Det var en vond prosess å løse menighetspleie og det kommunale omsorgsarbeidet. Vi var flere menighetssøstre i byen og vi gjorde vårt aller beste, men ble helst bare regnet som en utgiftspost. Vi hadde bare 1/2 dag i uka som kunne brukes til menighetsarbeid, men når vi skulle gå ble vi sett skjevt på. Det var liksom ikke nødvendig. Vi burde gjort noe nyttigere (32).*
- *Det åndelige kom mer i bakgrunnen. Det å være tilstede ved sørgehøytideligheter eller gi støtte og medmenneskelig hjelp i vanskelige situasjoner, kom nok også noe i bakgrunnen (45)*

På linje med sjukepleiarane i sjukehusa vart og menighetssøstrene svært ofte gjennom dei kommunale ordningane fortalt at dei måtte halde tru og kristendom for seg sjølve så lenge dei var i teneste som heimesjukepleiar. Det åndelege vart ikkje rekna med til det sjukepleiefaglege. Derfor vart det meir og meir ei unaturleg deling av arbeidsoppgåvene for menighetssøstrene. Omsorg for det fysiske og psykiske mennesket kunne dei ha som heimesjukepleiarar, men den åndelege og meir sosiale sida hos pasientane måtte dei ta hand om i den kyrkjeleg definerte delen av stillinga.

For dei av søstrene som helst ville vere sjukepleiarar og hadde vanskar med at dei skulle ”*lese og be*” for pasientane, fall det gjerne lettare å forsone seg med nyordningane.

- *Eg følte meg ikkje komfortabel med husbesøk, det var som ein tvang (28).*

Desse slapp å gå rundt med dårleg samvit fordi dei ikkje makta å ta særleg hand om den åndelege sida av tenesta, slik dei hadde vorte opplærde til. Det kunne nok gjerne lese frå Bibelen og be for pasienten, om dei vart spurt om det, men å oppleve det som ei tenesteplikt var for mange ei ganske tung bør.

For andre var trua og dei kristne verdiane så integrert i eige liv at det var mest uråd å ikkje ta seg tid til å kunne samtale og be med pasientar som gav uttrykk for slike behov. Når så arbeidstida ikkje gav rom for dette, vart det å gå på akkord med eigen integritet og det dei var vigsla til. Dei hadde dessutan og forventningane frå kyrkja, særleg prestane:

- *Presten syntes eg deltok for lite i kirkens aktiviteter (5).*

- *Vi mistet den diakonale tråden mellom menighet og sykepleie (35).*

Løysinga på spenningane vart derfor og ulike: Nokre tilpassa seg og greidde å halde tunga rett i munnen så lenge kyrkjelydane såg det tenleg å betale menighetssøster i ei samarbeidsstilling.

Andre orka ikkje å gå inn i det nye og valde heller arbeid på sjukehus eller sjukeheimar der dei ikkje på same måten kjende på lojalitetskonflikten mellom kyrkja og dei offentlege ordningane.

Ei av dei som valde å gå over i arbeid på sjukehus, fortel at ho opplevde det som ho fann att ein del av seg sjølv då ho som pensjonist gjekk inn i kyrkja si besøksteneste. Då hadde ho tid til dei gode samtalanane om livet som tenesta i heimesjukepleien ikkje gav rom for.

Andre att gjekk den andre vegen og utdanna seg til soknediakonar og valde såleis den meir kyrkjelege delen av tenesta. Fleire av desse har gitt uttrykk for at dei mange gonger sakna sjukepleiebiten fordi dei då hadde ei langt breidare kontaktflate i lokalmiljøa enn det dei greidde å få som soknediakonar.

Samtidig var jo heller ikkje diakonien fri for brytningar. Mange reiste seg mot den individorienterte forståinga av diakonien som menighetssøstrene hadde sine røter i. Tida var komen for ein meir samfunnskritisk diakoni. Den vart aldri menighetssøstrene som gruppe dei sterkaste talskvinnene for. Likevel bar mange menighetssøstre med seg ei samfunnskritisk haldning, ut frå eit rettferdsprinsipp i høve til dei pasientane dei hadde å gjere med.

7.4 Tap og personelege reaksjonar

Eg opplever at mange, både tidlegare menighetssøstre, pasientar og andre brukarar av heimetenester, prestar og diakonar i kyrkjelydar, gjev uttrykk for at noko viktig gjekk tapt då menighetssøstrene ut over åttitalet etter kvart vart borte.

Dei sterkaste tapsreaksjonane tykkjest likevel å kome frå menighetssøstrene sjølve. Det var ikkje berre ei yrkesgruppe som måtte overlata plassen sin til andre. Det var som livsverket, det dei hadde investert livet sitt i, gjekk tapt. Berre slik kan eg forstå mange av dei personlege reaksjonane eg gjennom åra har møtt.

7.4.1 Urettferdig og sårt

Menighetssøstra som vart sjukepleiesjef og var med på oppbygginga av heimesjukepleien i sin kommune, seier noko om sine egne kjensler i denne tida:

- *På ein måte syntes det urettferdig at kommunane skulle overta tenestene til kyrkja og dei humanitære organisasjonane. Kyrkja, menighetene, menighetssøstrene og organisasjonane hadde gjort eit banebrytande arbeid gjennom mange år. Kommunane hadde nok måtte bruke mykje lenger tid på å starte heimesjukepleieverksemnda om ikkje dette grunnleggande arbeidet hadde blitt gjort” (54).*

Ei anna set ord på kjenslene sine på følgjande måte:

- *Jeg ble med i overgangen fra menighetssykepleie til hjemmesykepleie etter mye om og men (1978-1986). Det var bare 10 % av stillingen til menighetsarbeid og resten kommunal tjeneste. Det var en vond prosess å løse menighetspleie og det kommunale omsorgsarbeidet. Vi var flere menighetssøstre i byen og vi gjorde vårt aller beste, men ble helst bare regnet som en utgiftspost. Vi hadde bare ½ dag i uka som kunne brukes til menighetsarbeid, men når vi skulle gå ble vi sett skjevt på. Det var liksom ikke nødvendig. Vi burde gjort noe*

nyttigere. Vi besøkte jo for eksempel sørgende. Det var jo nyttig da, men da ville alle gjøre det, osv. Sykepleiesjefen var svært negativ mot oss. Ved et møte holdt vi menighetssøstre fram at vi gjerne ville ha en helhetlig omsorg for pasienten. Men da ble vi svært kontant avvist. Nå fikk det være nok, kommunens søstre vasket også hele mennesket – både hår og bein!! Vi ble ikke jaget da, men fikk aller nådigst førsteretten til fast kommunal stilling (32).

Ei tredje som hadde lang fartstid i to ulike menighetssøsterstillinger i perioden 1963 til 1977 seier det slik:

- *Overgangen førte med seg mange problem, fordi den kommunale heimesjukepleien skulle bestemme over mi arbeidstid og kvar eg skulle gå. Ingen besøksteneste - eller den slags menighetsarbeid måtte gjerast på fritida. Men eg var innsett som menighetssøster i kyrkja og let meg ikkje dirigere av sjukepleiesjefen. Men eg sa eg var villig til å ta pasientar dersom eg hadde for lite. Ho var for det meste nøgd med pasienttalet mitt (58).*

Dei såre kjenslene som eg opplever at desse utsagna gir uttrykk for, forstår eg slik at den personrelaterte delen av yrkesidentiteten var svært så sterk. Det var menighetssøstre dei var, ikkje berre på grunn av utdanning, oppdrag og kontekst, men fordi dei hadde ei personleg forankring, gjerne i det personeleg kallet. Difor opplevdes det som eit personleg tap at menighetssøsterstillingane måtte vike for heimesjukepleien.

Nokre greidde ikkje å møte dei nye retningslinjene i heimesjukepleien. Dei gjekk heller inn i stillingar på sjukeheimar eller sjukehus. Då vart dei vanlege sjukepleiarar, på linje med andre. Likevel bar fleire med seg ei sorg over noko som var tapt.

7.4.2 Tap av posisjon – og sjølvkjensle?

Menighetssøstrene var personar som dei fleste i lokalmiljøa kjende og hadde eit forhold til. Dei kom i kontakt med alle slags menneske, stundom i glede, men ofte i sjukdom, sorg og smerte – situasjonar der dei fleste er ekstra sårbare. Som sjukepleiarar kom dei inn i heimane og kunne gi konkret hjelp når dei sjuke og familiane kjende på hjelpeløysa. Menighetssøstrene opplevde takksemd, fekk posisjon og status – og det var nok med både på å motivere og styrke sjølvkjensla hos mange. Dessutan var det som nemnt, stor grad av sjølvstende i arbeidet, sjølv om dei på ulikt vis måtte forholde seg både til sogneprest, distriktslege og leiar i menighetspleien.

Mykje av dette vart rokka ved både der dei gjekk inn i eit større og mindre samarbeid med kommunen, og der kommunane heilt overtok organiseringa av heimesjukepleien. Fleire skulle dele på oppgåvene, arbeidet måtte samordnast og dessutan tilpassast ei meir ordna arbeidstid.

- *Det var sterke ledere i hjemmesjukepleien (18).*
- *Tiden ble kontrollert alle steder (43).*

Mange av søstrene opplevde nok at dei mista kontrollen og styringa, og lett var det heller ikkje å skulle bli leia av andre. Det vart nok ein del interessekonflikter omkring kva oppgåver menighetssøstrene skulle ha som heimesjukepleiarar. Dessutan mista dei litt av statusen som ”*dei gode hjelparane*” fordi tenesta ikkje lenger var eit frivillig tilbod frå kyrkja gjennom menighetspleien, men ei lovpålagt teneste som alle hadde krav på.

Det tykkjast som om dette til saman i fleire tilfelle har gått på sjølvkjensla laus og gjort at prosessen med omlegging vart ekstra vanskeleg for nokre.

Dei som greidde å sjå på utbygginga av den kommunale sjukepleien som eit høve til å gjere situasjonen betre både for pasientar og sjukepleiarar, hadde truleg ein lettare prosess enn dei som opplevde det nye meir som innblanding og konkurranse. Samtidig hadde sjølvsgt reaksjonane og å gjere med den verdikollisjonen som omlegginga bar med seg.

7.5 Samanfattande oppsummering

For fleire av menighetssøstrene var det ei stor personleg omstilling å gå frå ein kyrkjeleg samanheng der dei ofte var åleine, hadde stor fridom og stort sett fekk styre seg sjølve, til eit større arbeidsfellesskap, med ein sjef som skulle sette grenser både for arbeidstid og oppgåver. Sjølv om arbeidet i heimesjukepleien vart betre organisert, vart det nærast eit svik mot pasientane å ikkje skulle ha tid til kaffikoppen eller ha syn for deira åndelege side. Å skulle dele oppgåvene mellom det kyrkjelege og det kommunale var ei unaturleg todeling for menighetssøstrene som var opplærde til å tenke heilskap i omgangen med menneska. For mange vart det og ein prosess der dei gode tilbakemeldingane som motiverte tenesta, vart færre og til tider erstatta med klagemål og kritikk. For dei som hadde investert mykje av livet sitt i menighetssøstertenesta og gjerne forankra det i eit personleg kall, vart det ofte opplevd nærast som eit personleg tap at yrkesgruppa vart borte eller gjekk inn i heimsjukepleien. Difor har fleire bore med seg såre kjensler som det har teke tid å kome til rette med. Det var menighetssøstre dei var og ikkje heimesjukepleiarar eller soknediakonar.

Kven var menighetssøstrene og kva konsekvensar fekk det for dei at heimesjukepleia vart kommunal teneste, samtidig med at sjukepleieyrket vart profesjonalisert?

Det var problemstillinga eg starta med og eg meiner at eg gjennom oppgåva har gjeve spørsmålet eit svar. Ikkje eit endeleg svar, for det er framleis mange sider ved menighetssøstrene sitt virke som eg gjerne skulle visst meir om. Eg tenkjer i omgrep som lydnad og dømekraft, omsorg og makt, og kva påverknad dei eigentleg hadde i lokalsamfunna der dei tenestegjorde. Likevel meiner eg at oppgåva har teikna eit bilde av menighetssøstrene og omstillingane dei gjekk gjennom i samband med framveksten av kommunehelselova og profesjoniseringa av sjukepleiefaget.

Arbeidet med oppgåva har gjeve meg eit breidare og meir nyansert bilde av menighetssøstrene enn det eg hadde. Respekten for det arbeidet dei gjorde, har ikkje vorte mindre. Sett med dagens auge er det ikkje lett å tenke seg dei mange ”pleiene”, der dei budde hos den sjuke og familien i dagevis, eller gjerne åleine måtte ta hand om både den døde og pårørande i samband med alvorlege ulykker som sjølv mord og barnedødsfall. Ellers kjenner ein att arbeidsoppgåver med stell og pleie frå dagens heimesjukepleie, men veit at arbeidstid, ressursar og arbeidsdeling var heilt anleis.

Det som i utgangspunktet overraska meg var at mange menighetssøstre var så kort tid i teneste, særleg sidan identiteten deira tyktes å vere så sterk. Det verkar meir forståeleg etter både å ha høyrte om arbeidspresset og den sosiale utviklinga i samfunnet gjennom åra fram mot innføringa av kommunehelselova. Sett frå den einskilde menighetssøster si side var det nok mykje som tala for å arbeide i sjukehus og sjukeheimar.

Ser ein det frå kyrkelydane si side var nok ”tapet” av menighetssøstrene meir merkbart enn dei kanskje hadde tenkt seg i utgangspunktet. Menighetssøstra i si uniform var ein klar representant for kyrkja i alle slags miljø. Om pasientane hadde ei kristen tru eller ikkje, var sekundært. Hjelp når dei trong det, skulle dei ha i alle fall. Kontaktflata med ”folk flest” minka då menighetssøstra vart borte, og det i ei tid då dei kristne verdiane i mange samanhengar og måtte vike i verdinøytraliteten sitt namn.

Men nå når er menighetssøstrene borte, så håpar eg at denne oppgåva kan vere eit tilskot til at dei ikkje heilt går i gløymeboka. Dei fortener å bli hugsa! Det arbeidet dei la ned i bygd og by hadde stor verdi både for einskildmenneske, for kyrkja og for samfunnet.

ETTERORD

Dei gamle menighetssøstrene er borte. Likevel må ein kunne seie at målet ”*Hver bygd i Norge mindst én menighetssøster*” vart nådd; ikkje gjennom kyrkja, men gjennom kommunane. I Diakonirådet sitt blad for mars 1974 les vi: ”*Når samfunnet, som nå er tilfellet, synes for alvor å ta opp denne oppgave som kirken har drevet gjennom 100 år i vårt land, må vi være takknemlige for dette. Det er en av den kirkelige diakonis oppgave å være samfunnets dårlige samvittighet så det våkner til å ta opp og bygge ut sin sosiale hjelpetjeneste i stadig større grad. Men menighetens diakoniansvar fortsetter – med eller uten hjemmesykepleie på sitt program*” (Knudsen 1976, s.184)

I dag har alle kommunane i landet ei godt utbygd heimeteneste med både heimesjukepleiarar, hjelpepleiarar og heimhjelpar – i tillegg til helsesøstertenestene. Samtidig har soknediakonar og diakoniarbeidarar fått plass i kyrkja, med tanke på ein del av dei tenestene som menighetssøstrene tidlegare hadde teke seg av.

Menighetssøsterhjemmet heldt likevel fram med å drive sjukehus og utdanne offentleg godkjente sjukepleiarar. Gjennom slutten av åttiåra og inn i nittiåra vart det eit stadig meir påtrengjande spørsmål i styre og råd kva institusjonen skulle halde på med og kva som skulle vere målsettinga inn i ei tid då det ikkje lenger skulle utdannast menighetssøstre. Sjukehusdrift og sjukepleiarutdanning er offentlege oppgåver og trugsmål om nedlegging var stadig framme. Skulle Menighetssøsterhjemmet heller gjere noko anna?

Norsk Diakonihøgskole vart starta av dei tre kvinnelege diakoniinstitusjonane, Diakonissehuset Lovisenberg, Menighetssøsterhjemmet og Bergen Diakonissehjem i 1972 for å gje eit tilbod om diakonal utdanning i tillegg til den offentleg godkjende sjukepleieutdanninga. Eit forsøk på å ikkje tape alt det gamle.

Sjukehuset fann ein veg, men var likevel for lite og upraktisk etter som krava om kvalitet og effektivitet auka. Pålegget kom frå styresmaktene om nedlegging både av Lovisenberg sykehus og Menighetssøsterhjemmets sykehus. Resultatet vart nedlegging av dei to sjukehusa og oppstart av eit nytt, felles sjukehus i 1992. I den gamle sjukehuskroppen på Lovisenberg starta oppbygginga av det nye sjukehuset, som fekk namnet Lovisenberg Diakonale Sykehus, der dei to institusjonane saman vart ståande som jamstore og likeverdige eigarar. Styra for dei to

institusjonane valde å satse, sjølv om det framleis vart reist spørsmål om det skulle vere Menighetssøsterhjemmet si oppgåve å drive sjukehus.

Sjukepleieskolen vart Høgskole og elevane vart studentar, samstundes vaks krava frå styresmaktene om kvalitet og storleik. Noko måtte gjerast om den diakonale sjukepleieutdanninga på Menighetssøsterhjemmet skulle overleve. Utdanning har heile tida vore grunnlaget for institusjonen Menighetssøsterhjemmet, så på nytt valde leiarane å satse på framtida ved å investere i flytting og utviding. Ei ny tid starta då Menighetssøsterhjemmets Høgskole, saman med administrasjonen for Stiftelsen, flytte ut av dei gamle lokala i Rosenborggate og til nye lokale i Linstowgate. For mange av dei gamle menighetssøstrene opplevdest nok dette som slutten for Menighetssøsterhjemmet og den endelege slutten for menighetssøstrene. Slik skulle det ikkje gå.

Meir enn nokon gong vart det viktig å finne ut kva institusjonen skulle vere – for å ta vare på arven med folkehelse i eit trus- og kallsperspektiv. Ja, for det var der ein kjende at røtene var, det som skulle gi kraft og i åra frametter. Om ikkje omgrepet folkehelse vart brukt den gongen, var det mykje folkehelse i det dei gamle menighetssøstrene hadde halde på med, ved sida av det reint kyrkjelege.

I syntesen mellom dei to røtene ligg spira til den diakonale handlinga som menighetssøstrene gjennom åra har vore formidlarar av, og som institusjonen vidare og vil pregast av. Så vart den nye visjonen formulert i 2006: *”Stiftelsen Menighetssøsterhjemmet skal være en sentral drivkraft i arbeidet med å bevare og utvikle diakonal utdanning og praksis. Menighetssøsterhjemmet legger avgjørende vekt på utfordringen fra Gud og vår neste til å ivareta menneskets helhet og verdighet – selv når det koster”*.

Folkehelse og diakoni i ein kontekst som ikkje lenger er berre lokalsamfunna i Noreg, men det



globale samfunn. Det er framleis sjuke og naudlidande som treng at nokon ser dei og går saman med dei i kampen for eit betre og meir rettsferdig samfunn. Inn i det arbeidet har ein med seg bibelordet som alltid har følgt menighetssøstrene:

”Og Gud er mektig til å gje dykk alle gåver i rikt mål, så de alltid og i alle høve skal ha alt de treng, ja, ha overflod til all god gjerning”(2 Kor 9,8).

LITTERATUR

- Aschehoug og Gyldendals *Store Norske Leksikon*, 1980
- Aschim, Johannes, *Utsendt til tjeneste*, Indremisjonstrykkeriet, Oslo 1956
- Bibelen, Det Norske Bibelselskap, 1978.
- Bø, Olav, *FOU metodikk*, TANO, 1995.
- Befring, Edvard, *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Det Norske Samlaget, oslo 2002.
- Benum, Edgeir (red.) *Den mangfoldige velferden, festskrift til Anne-Lise Seip*, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2003
- Bergem, Anders, *Kristen tro og profesjonell omsorg*. Om livssyn, tro og teologi i helse og sosialomsorgen. Luther Forlag, 1998
- Dalland, Olav, *Metode og oppgaveskriving for studenter*, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2000.
- Erlöv, Iris og Peterson, Kerstin, *Från kall til akademi, ideologiska förändringar i sjuksköterskeutbildningen under 1900-talet*, Studentlitteratur, Sverige, 1998.
- Eriksen, Thomas Hylland (red.) *Flerkulturell forståelse*, TANO Aschehoug 1997
- Fagermoen, May Solveig, *Sykepleie i teori og praksis – et fagdidaktisk perspektiv*, Universitetsforlaget, Oslo, 1993.
- Frost, Tore, *Kristen omsorgsfilosofi og omsorgsfagenes vitenskapelige utvikling*, Foredrag på seminar for lærere ved diakoninstitusjonenes høyskoler, 04.10.1984
- Frost, Tore, *Omsorgsprofesjonenes filosofi og vitenskapskultur*, artikkel i Omsorg nr. 2, 1991
- Furre, Berge, *Halling og Enerhougen Samfund*, i Diakoni og samfunn, KULT's skriftserie nr. 101, 1998
- Furre, Berge, *Norsk historie 1914 – 2000, Industrisamfunnet – frå vokstervisje til framtidstvil*, i Samlagets Norsk historie 800 – 2000, Band 6, Det Norske Samlaget, Oslo 1999
- Halvorsen, Knut, *Grunnbok i helse og sosialpolitikk*, Universitetsforlaget, 2002
- Halvorsen, Knut, *Å forske på samfunnet – en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*, Cappelen Akademisk Forlag, Oslo 2003.
- Hamran, Torunn, *Den tause kunnskapen*, Universitetsforlaget, 1987
- Hellandsvik, Paul (red.) *Grunnbok om kommunehelsetjenesten*, Norske Kommuners Sentralforbund, 1987
- Jensen, Karen, *Den framtidige profesjonsutdanningen*. Kirkevold M, Nortvedt F, Alvsvåg H (red). Klokskap og kyndighet, Ad Notam, Oslo 1993

- Jensen, Karen, *Hjemlig omsorg i offetleg regi*. En studie av kunnskapsutvikling i omsorgsarbeidet. Universitetsforlaget, Oslo, 1992
- Karoliussen, Mette, *Sykepleie – tradisjon og forandring*. En humanøkologisk tilnærming. Gyldendal Norsk Forlag AS, 2002
- Kirkerådet, *Plan for diakoni i Den norske kirke*, Oslo, 1988
- Kjønstad, Asbjørn, *Rett til helsehjelp og sosiale tjenester – særlig om hjemmesykepleie og hjemmehjelp*. Ad Notam forlag, 1990.
- Knudsen, Fredrik, *Tro – virksom i tjeneste*, Luther Forlag, Oslo 1976
- Leenderts, Torborg Aalen, *Person og profesjon*, Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg, Universitetsforlaget, 1995
- Leenderts, Torborg Aalen, *Når glassflaten brister*, Om brytningen mellom livet og troen, Verbum, 2005
- Martinsen, Kari, *Freidige og uforsagte diakonisser, Et omsorgsyrke vokser fram 1860-1905*, Aschehoug/Tanum-Norli, 1984
- Martinsen, Kari og Wærness, Kari, *Pleie uten omsorg?* Norsk sykepleie mellom pasient og profesjon, Pax Forlag, 1991
- Martinsen, Kari, *Øyet og kallet*, Fagbokforlaget, Oslo 2000
- Martinsen, Kari, *Omsorg, sykepleie og medisin*, Universitetsforlaget, 2003
- Martinsen, Kari og Wyller, Trygve (red.), *Etikk, disiplin og dannelse, Elisabeth Hagemanns etikkbok – nye lesninger*, Gyldendal Norsk Forlag AS, 2003
- Melby, Kari, *Kall og kamp, Norsk Sykepleierforbunds historie*, J.W. Cappelens Forlag, Oslo 1990
- Midttun, Jørund, *Fra velferdsfrykt til sosialetisk vekkelse*, i *Diakoni og Samfunn*, Knut Aukrust og Berge Furre (red), Norges forskningsråd, Oslo 1998
- Mitchell, Pamela, *Grunnleggende sykepleie 1 og 2*, 2. utgave, Universitetsforlaget 1980
- Nissen, Rikke/Martinsen, Kari, *Lærebog i sykepleie med etterord av Kari Martinsen*, Gyldendal Norsk Forlag, 2000.
- Oftestad, Alf B, *How to build a diaconal church*, Diatekst, Diakonhjemmet, Oslo 2003
- Oftestad, Alf B, *Den frie, den kirkelige og den borgerlige diakoni*, i *Halvårsskrift for praktisk teologi*, Tema: Diakoni, 1-2005, Luther Forlag, 2005
- Repstad, Pål, *Mellom nærhet og distanse*. Universitetsforlaget, Oslo 1998
- Seip, Anne-Lise, *Veiene til velferdsstaten, norsk sosialpolitikk 1920-75*, Gyldendal Norsk Forlag, 1994
- White, Hayden, *Historie og fortelling. Utvalgte essay*. Pax Forlag, Oslo 2003.

- Skau, Greta Marie, *Gode fagfolk vokser... personlig kompetanse som utfordring*, Cappelen akademisk forlag, Oslo, 2002
- Skjervheim, Hans, *Objektivismen – og studiet av mennesket*, Gyldendal Norsk Forlag, 2000
- Solheim, Marit og Aarheim, Kjell Arne (red), *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*, Universitetsforlaget, Oslo 2004
- Stamsø, Mary Ann (red.) *Velferdsstaten I endring*. Norsk helse-og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre. Gyldendal Norsk Forlag, 2005
- Stave, Gunnar, *Mannsmot og tenarsinn, Det Norske Diakonhjem i hundre år*, Det Norske Samlaget, 1990.
- Strøm, Axel, *Velferdssamfunn og helse. Et 60-årig tilbakeblikk*, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 1980
- Travelbee, Joyce, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, Universitetsforlaget, Oslo 1999.
- Wingren, G, "Kallelsestanken" i *Luther frigiven*. Tema med sex variationer, Lund 1970 (UNIPUB), 64-78
- Wyller, Ingrid, *Sykepleiens historie i Norge*, Gyldendal, Oslo 1990

VEDLEGG

Spørsmål knytta til menighetssøstertenesta:

(bruk baksida om du får for lite plass til svara)

1. Navn:.....
2. Alder
3. Kva årstal vart du uteksaminert som sjukepleiar og kvar har du utdanninga di ifrå?
4. Kva yrkesbakgrunn hadde foreldra dine?
5. Kva utdanning hadde du før du tok sjukepleieutddanninga?
6. Kvifor søkte du utdanning der du gjorde og ikkje ein annan sjukepleieskole?
7. Kva tankar hadde du om å arbeide som menighetssøster (i distriktsteneste) før og under utdanninga?
8. Kvifor og korleis vart du menighetssøster med teneste i menighet?
9. Vart du vigsla og kva betydde i så fall vigslinga for deg (eller kva betydde det for deg at du ikkje vart vigsla)?
10. Kvar tenestegjorde du og kor lenge?
11. Kven tilsette deg – kven var arbeidsgjevaren din? Korleis fekk du løna di?
12. Kven var din/dine overordna?
13. Kva oppgåver hadde du? Evt. kven definerte – gav deg – oppgåver?

14. Korleis var arbeidstida di?
15. Kven var medarbeidarane dine?
16. Korleis vart du motteken av pasientane?
17. Kva identifiserte du deg som (menighetssøster, sjukepleiar, sosialarbeidar, heimehjelp, fjørsrøktar...)? Kvifor?
18. Opplevde du noko negativt ved tenesta di? I tilfelle kva?
19. Kva var det positive ved å vere menighetssøster?
20. Var du med på overgangen – at kommunane overtok heimesjukepleien – og i tilfelle kva skjedde der du var?
21. Korleis opplevde du det konkret – og mentalt – at kommunen skulle overta tenestene som var knytta til menighetssøstera?
22. Kva var bra med at kommunen overtok?
23. Kva var mindre bra ved at kommunen overtok?
24. Kva var fordeler og/eller ulemper med at kyrkejelyden hadde ansvar for pleie av sjuke i heimane?

25. Kva gjorde det evt. med identiteten din at du ikkje lenger skulle vere menighetssøster, men heimesjukepleiar?
26. Trur du pasientane merka nokon skilnad på menighetssjukepleie og kommunal heimesjukepleie? I tilfelle ja, kvifor og korleis?
27. På lengre sikt, kva verknad trur du overgangen til kommunal heimesjukepleie har hatt for pasientane?
28. Kjenner du noko til sognediakontenesta idag og har denne evt. noko som du kjenner att/ ikkje kjenner att frå menighetssøstertenesta? I tilfelle kva?
29. Er det noko meir du gjerne vil seie om forhold kring det at menighetssøstrene vart borte?

Og så er det fint om du har ein eller fleire forteljingar om episodar, opplevingar, erfaringar du gjorde som menighetssøster!!!

Skriv dei ned på baksida – eller på eigne ark. Takk!

Regler for menighetssøstervirksomhed på landet

Behandlet på menighetssøstrene sitt årsmøte i 1904 (Aschim 1956, s.43)

§1. Virksomhedens Aand og Formaal

Menighedssøstervirksomheden i N.N. Menighed, der drives i kristelig Aand efter den evangeliske-lutherske Kirkes Bekjendelse har til Hensigt at øve Sygepleie og Fattigpleie ved en dertil uddannet Menighedssøster.

§2. Virksomhedens Ordning

Til Støtte for Søsteren arbejder en forening, hvis Medlemmer betaler aarlig Kontingent og hvis Bestyrelse yder Søsteren fornøden Bistand og særlig:

1. mottager Anmodninger om hendes Tjeneste og bestemmer Planen for hendes Virksomhed.
2. fører Kontrol med hendes Virksomhed.
3. vaager over at hendes Kræfter ikke misbruges
4. yder hende Forsvar overfor raa og hensynsløs Behandling.
5. sørger for at alle kontraktmæssige Bestemmelser opfyldes (for eksempel med Hensyn til Løn, Logi, Skyds osv.)
6. søger ved Møder og Foredrag at gavne Sagen.

§3. Bestyrelsens Sammensætning

Bestyrelsen bestaar av Prest og Læge og saamange kvindelige og mandlige Medlemmer som findes fornødent.

Anm.: Er det en organiseret Indremissionsforening i Menigheden vil det vel være naturligt at søke Tilknytning til denne.

§4. Almindelige Regler for Søstrenes Forhold

Menighedssøsteren har at rette sig efter Bestyrelsens Bestemmelser. Hun har under al sin Virksomhed at optræde med Takt og beflittige sig paa et venligt og imødekommende Væsen, med sin Færd anbefale Sagen og befæste Gjerningen i Menighedens Kjærlighed, idet hun altid kun tilbyder ikke paanøder sin Tjeneste.

§5. Søstrenes økonomiske Vilkaar

For sin Tjeneste mottager Søsteren en passende Løn, som udbetales hende maanedsviis eller kvartalvis⁴. Desuden tilstaaes der hende Skyds paa Længere afstande end 3 Km., fri Læge og Medicin i Sygdomstilfælde, samt fri Sygeforpleining i 4 Uger og Sommerferie i 4-6 Uger. Ligeledes vil Bestyrelsen tage under Overveielse Dannelse af et Alderdomsforsørgelsesfond, der skal komme Søsteren til gode efter saa lang Tjenestetid, som Bestyrelsen maatte bestemme, og Forholdene for øvrig gjøre paakrævet.

§6. Kontrol og Regnskab

Søsteren fører nøiaktig Dagbog over hvor og hvorlænge hun arbejder paa ethvert Sted samt over Virksomhedens Art. Desuden fører hun nøiagtigt Regnskab over de Midler som Betroes hende. Dagbog og Regnskab fremlægges for Bestyrelsen.

§7. Regler for Sygepleien

1. Søsteren skal følge Lægens Forskrifter samvittighedsfuldt. I Untagelsestilfælde og ved øieblikkelig Hjælp disponerer Lægen direkte over Søsteren, som dog har derom at gjøre Anmeldelse til Bestyrelsens Formand.
2. Søsteren sørger for Renlighed og Orden, Stilhed og Forsigtighed, frisk Luft, ingen generende Besøg, ingen Tale om Ting som kan ophidse eller forværre den Syge. Sygemateriel og Lagen maa holdes i Orden og brugbar Stand. Smitteudbredelse maa hindres. Taushedspligten overholdes. Forværres den Syge, maa hun opfordre til at hente Lægen eller underrette ham.
3. Dagpleien varer fra Kl. 8 Morgen til Kl. 8 Aften. Nattevaagen kun hver anden (eller tredje) Nat. Efter Vaagenat 7 Timers Hvile. Der maa gives hende

⁴ Naar alt ydes i Penge er 400 kr almindeligt. Det bør dog ogsaa være det mindste. (Det viste seg nok likevel at "det minste" mange ganger lå på ca. 200 kroner i årlig lønn for menighetssøsteren.)

Anledning til at trække frisk Luft (1 Time hver Dag). Hun skal som Regel have nok med Sygepleien og ikke paalæges huslig Arbeide. Efter anstrengende Pleie gives hende saavidt gjørlig nogle Dages Pusterum, før hun tager fat paa en ny. Adgang til Gudstjeneste skal gives hende, naar Arbeidet ikke lægger særlige hindringer i Veien derfor.

4. Betaling for Sygepleien fastsættes af Bestyrelsen, der ogsaa har at bestemme om Moderation og Gratishjælp. Kassereren indkræver Betalingen efter Søsterens Opgave.

§8. Regler for Fattigpleien

1. Søsteren skal besøge de Fattige i Menigheden og gjøre sig kjendt med deres Kaar.
2. Sørge for Renslighed og Orden i Hjemmene og yde den Hjælp som trænges (for eksempel lappe og sy, koge, passe de Smaa, paakalde Fatigvæsenet, indsamle Menighedens Kjærlighedsgaver og ufddele dem).
3. Om dertil er Anledning samle Pigebørn til Lappeskole.

Arbeidsregler for menighetssøstre

Vedtatt i landsstyret for LMSF 1951 (Aschim, 1956)

1. En menighetssøster er ved sin innvielse knyttet til Den norske kirke og er betrodd "Jesu henders embete" i den menighet hun er ansatt. Hun skal derfor samarbeide med presten, legen og styret for den menighetspleie, sykepleieforening etc. som er hennes arbeidsgiver. Hun innsettes under høymessen (eller gudstjenestlig møte) den helligdag som presten fastsetter, se Alterbokens rettledning om dette.
2. Menighetssøsteren skal ta seg av syke, gamle og trengende. Hun bør være oppmerksom på hvor hennes hjelp trengs både når det gjelder legemlig, sjelelig og åndelig nød. Hun gir melding om blinde, døve, åndssvake osv. til rette vedkommende. I all sin ferd må hun prøve å vinne tillit og vise kjærlighet. (NB! En søsters taushetsplikt).
3. Hun bør ikke overta stadig sykepleie uten etter samråd med styrets formann og legen. I enkelte tilfelle kan det hende hun må handle på egen hånd, men underretter da så snart som mulig sine overordnede.
4. Ved siden av de spesielle sykestell må hun se det forebyggende helsearbeid som en viktig oppgave.
5. Menighetssøsteren bør også se det som noe der angår henne å samle om gudstjenesten og likeså være med i det frivillige kristelige arbeid så langt hennes tid og krefter rekker.
6. Arbeidstiden må så langt råd er tilpasses 48-timers uken. I praksis vil det si at styret sørger for:
 - a. At hun får en fridag i uken, dessuten annenhver søndag fri. Hvis ikke dette kan gjennomføres, må hun etter hver pleie få den fritid hun tilkommer (en regner da med at en pleie ikke varer mer enn 3 uker).
 - b. At hun får minst 7 timers hvile utenfor sykerommet når hun har hatt nattevakt, samt fri tredjehver natt. Må hun ligge inne i sykerommet, regnes det som full nattevakt. Sammenhengende nattevakt bør ikke strekke seg over mer enn 3 uker, og det bør være minst 3 uker mellom hver nattevaksperiode. For at dette skal kan gjennomføres, må stedets folk være behjelpelige med å våke.

7. Menighetssøsterens tid og krefter skal være viet de syke og arbeidet i menigheten. En kan derfor ikke kreve at hun skal gjøre husarbeid (bortsett fra å holde sykerommet i orden og å sørge for dietbehandling).
8. Hun må føre dagbok over sitt arbeid og legge den fram for sine overordnede til fastsatt tid. Likeså fører hun nøyaktig regnskap over betrodde midler. Hun har også ansvaret for at foreningens sykerekvisita blir holdt i forsvarlig stand.
9. Alle utgifter til tjenestereiser skal hun ha godtgjort.
10. Er hun syk mer enn tre dager, meldes dette til styrets formann og stedets trygdekasse. Andre permisjoner gis av foreningens formann. Strekker permisjonen seg ut over en måned, underrettes også Menighetssøsterhjemmet.
11. Menighetssøsteren skal i sitt arbeid bære LMSF's uniform med emblemer.

Tilråding av behandling av personopplysninger

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Berge Furre
Det teologiske fakultet
Universitetet i Oslo
Postboks 1023 Blindern
0315 OSLO

Vår dato: 27.06.2007

Vår ref: 16927/KH

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.05.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

16927	<i>Profesjonsetikk og diakoni</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Berge Furre</i>
Student	<i>Åse Snøtun</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

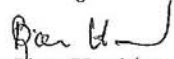
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endringskjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.10.2007, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Åse Snøtun, Rødtvetveien 11, 0955 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11, nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07, kjrr.svarwa@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36, nsdmaa@svt.uio.no