

## Sjukepleie i Noreg frå kring 1950 og fram mot 2024

**Jeanne Helene Boge**

Professor emerita i sjukepleie, Høgskulen på Vestlandet

Denne teksten er basert på avskilsførelinga som professor Jeanne Helene Boge heldt den 9. februar 2024 ved Høgskulen på Vestlandet, i samband med at ho fylte 67 år og pensjonerte seg frå stillinga si der som professor i sjukepleie.



Privat foto frå 1949 av samaritt Marie Boge, f. Ekornåsvåg (1929 - ).

Førelésinga er dedikert til mamma, Marie Boge, fødd Ekornåsvåg. Bildet over er frå 1949. Her er mamma 20 år og nyutdanna samaritt ved Volda sjukehus.

Samarittane og sjukepleiarane budde på loftet på sjukehuset, og var alltid disponible for arbeidsgjevar.

## **Frå kall til profesjon**

På den tida då mamma tok samarittutdanning var det stor sjukepleiemangel i Noreg. Det var vanskeleg å rekruttere til eit yrke som innebar institusjonsliv, ugunstig arbeidstid, låg løn og ekteskapsrestriksjonar. Sjukepleie hadde vore rekna for eit livskall og ikkje eit vanleg yrke (Martinsen, 1984).

## **Betre arbeidsvilkår**

For å få fleire sjukepleiarar i arbeid fekk samarittane gradvis betre bustader, betre løn og kortare arbeidstid. Dei kunne vera i arbeid sjølv om dei gifta seg, og i 1949 begynte ein også å ta opp mannlege elevar (Melby, 1990, s. 176 - 190).

## **Profesjonalisering**

Ein vona og at profesjonalisering skulle gjera det meir attraktivt å vera sjukepleiar. Norsk sjukepleiarforbund, som blei stifta i 1912, hadde kjempa for at sjukepleie skulle bli ein profesjon med ei offentleg godkjend treårig sjukepleieutdanning. Dette fekk dei gjennomslag for i 1948.

Profesjonaliseringa innebar auka krav til teori og at sjukepleiarane måtte vera redaktørar for og forfattarar av eigne lærebøker. Dei måtte også driva med forskning, og på 1950-talet tok norske sjukepleiarar til å dra til USA for å læra seg å forska. På den tida var det ikkje mogeleg å studera sjukepleievitskap i Noreg (Melby 1990, s. 273-282).

## **Familien sitt ansvar for pleietrengjande i heimen kring 1950**

På den tida då sjukepleiarane kjempa for betre arbeidsvilkår og høgare status ynskte mamma å bli sjukepleiar. Men det var lettare sagt enn gjort, for mor hennar var ein del sjuk og trong hjelp i huset og på garden, så då Marie var ferdig samaritt i 1949 drog ho heim for å hjelpa til på eit lite sunnmørsk småbruk utan hest og med eit lite våningshus som romma 11 personar i mamma sin oppvekst. I tillegg til mamma, dei fire brørne og foreldra hennar, budde besteforeldra der, ein onkel som blei enkjemann og ufør i ung alder og sonen hans. Det var minimalt med trygdeordningar for sjuke og gamle i mamma sin oppvekst (Seip, 1994).

Men draumen om å bli sjukepleiar levde vidare i Marie, så i 1950, då mora friskna til, reiste ho til Bergen og fekk seg jobb som samaritt på ei medisinsk avdeling ved Betanien sjukehus. Ho skaffa seg informasjonsmateriell frå ulike sjukepleieutdanningar. Men etter nokre månader i Bergen måtte ho

reisa heimatt til Ekornåsvåg for mora blei sjuk att og bestefaren Severin var sengeliggjande, pleietrengjande og døyande. Mamma pleidde han til han døydde.



Privat foto av farfar og farmor til Marie, Severin Ekornåsvåg (1852 - 1951) og Lovise Ekornåsvåg (1856 - 1959)

Mamma, som var fødd i 1929, vaks opp i dei harde 30-åra og blei konfirmert under den andre verdskrigen. Det var knapt av alt på småbruket, så det var om å gjera å få seg arbeid så snart ein var konfirmert. Det var ingen som venta at ho eller dei fire brørne skulle ta utdanning ut over folkeskulen.

Men då, som no, var det forskjell på folk, og mamma gifta seg inn i ein familie på Boga i Fusa der det var vanleg å ha litt utdanning ut over folkeskulen. Ho som skulle bli svigerinna til mamma, Ella Pedersen, fødd Boge, var operasjonssjukepleiar og delte hybel med mamma då ho arbeidde på Betanien sjukehus i 1950. Slik møtte mamma Roald Boge. I 1952 gifta dei seg og etablerte seg på Boga. Etter kvart fekk dei 5 born.

## **Heimeverande pleiarar i norske kommunar på 1950-talet**

Ella, svigerinna til mamma som var operasjonssjukepleiar, busette seg også på Boga då ho gifta seg og stifta familie. Både mamma som var samaritt og Ella som var sjukepleiar var heimeverande på 1950-talet, slik mange norske kvinner var (Hagemann, 2009).

På den tida var det ikkje kommunale pleie- og omsorgstenester i Fusa, men det kan sjå ut til at det var ein samaritt som var lønna av sanitetsforeininga (Vangsnes, 2005, s. 147-148). Om det hadde vore stillingar for sjukepleiarar og samarittar i kommunen på 1950-talet, ville det likevel vore vanskeleg for mamma og tante Ella å ta seg arbeid, for det var ikkje barnehage på Boga på den tida.

Den fyrste barnehagen blei etablert av indremisjonen i kjellaren i bedehuset i 1979 (Vangsnes 2005, s. 351).

## **Nye arbeidsplassar for pleiepersonell i norske kommunar på 1960-70-talet**

På 1960-talet oppstod det nye arbeidsplassar for pleiepersonell i dei norske kommunane, og svigerinna til mamma, vår tante Ella, blei styrar i den nyetablerte sjukeheimen i nabokommunen. Utbygginga av sjukeheimar hadde samanheng med at staten fekk det juridiske hovudansvaret for å yta omsorg til vaksne hjelpetrengjande i 1964. I alders- og sjukeheimen som blei etablert i Fusa i 1965, var styraren den einaste sjukepleiaren og den einaste fast tilsette. Dei andre pleiarane var hovudsakleg husmødrer frå nærområdet som arbeidde på timebasis. Dei var ikkje interesserte i fast turnus. Dei ville ha rom for å ta seg fri når det var slått, bursdagar og andre viktige hendingar i heimen. Slik var det til langt ut på 1970-talet (Vangsnes, 2005, s. 158-162).

Det var mange fleire vaksne som hadde bruk for pleie enn dei som fekk plass i norske sjukeheimar, og i 1972 kom det statleg krav om at kommunane måtte etablere heimesjukepleietenester (Holvik, 2018, s. 24 - 61, Vangsnes 2005, s. 163). Mamma tok seg arbeid i dei kommunale pleietenestene i 1977 og arbeidde deltid i slike teneste til ho pensjonerte seg om lag 20 år seinare.

## **Krav om meir teoretisk kunnskap i pleiesektoren**

I etterkrigstida var det eit politisk mål å auka utdanningsnivået i Noreg (Telhaug, 1994). I den samanhengen blei samarittutdanningane avløyste av hjelpepleiarutdanningar på 1960-talet. Desse utdanningane omfatta både teoretisk og praktisk opplæring. Det hadde ikkje vore krav om teoretisk undervisning i samarittutdanningane (Melby, 1990, s. 202-211).

Då eg starta sjukepleieutdanning i 1978, var det forventat at ein hadde gått på gymnaset og teke artium, det som no heiter vidaregåande skule med studiespesialisering. Tidlegare hadde gymnaset vore for ein elite som skulle studera på universitet, men dette endra seg i etterkrigstida. I skuleåret 1945/1946 var det drygt 15 000 gymnasiastar i Noreg. I 1975 var talet nær firedobla (Hagemann 2015).

Eg begynte på gymnaset i 1973, og sjølv om fleire gjekk på gymnas då enn tidlegare, var det berre to gutar i heimbygda som hadde tatt artium før meg. Dei hadde gått vidare til universitet og blei rekna for å vere svært intelligente. Sjølv om eg hadde gjort det relativt godt på barne- og ungdomsskulen, var eg svært spent på om eg ville klare meg på gymnaset. Det gjekk bra.

## **Inga akademisk utteljing for grunnutdanning i sjukepleie og intensivutdanning**

Det var ingen professorar i sjukepleie i Noreg då eg starta sjukepleieutdanning, men det endra seg i 1979 då Ulla Qvarnström blei tilsett som professor i sjukepleievitskap ved Universitetet i Bergen. Ho blei dermed landets første professor i faget.

Då eg studerte sjukepleievitskap hos Qvarnström på slutten av 1980-talet hadde eg tre års grunnutdanning i sjukepleie pluss ei intensivsjukepleie-utdanning på vel 1,5 år. Men desse

utdanningane gav mest inga akademisk utteljing i universitetssystemet, så eg måtte plusse på med eit teoretisk studium på fem og eit halvt år for å få mastergrad i sjukepleie, eller hovudfag, som det heitte den gongen.

## **Sjukepleieutdanningar blir inkluderte i høgskule- og universitetsstrukturen**

I 2002 blei grunnutdanning i sjukepleie til bachelor i sjukepleie, og i 1999/2000 blei vidareutdanninga i sjukepleie, som for eksempel intensiv-, anestesi- og operasjonssjukepleie, som tidlegare hadde vore sjukehusinterne, innlemma i høgskule- og universitetsstrukturen (Lund, 2012, s. 339-369). I dag er mange av dei tradisjonelle vidareutdanningane i sjukepleie blitt til masterutdanningar i sjukepleie. Det betyr at sjukepleiarar kan gå rett frå masterstudie i for eksempel intensivsjukepleie til å ta ein doktorgrad i sjukepleie.

## **Treng ein sjukepleiarar med master og ph.d. utdanning?**

Trass i utdanningseksplasjonen i etterkrigstida er utdanningsnivået lågare i Noreg enn i dei andre nordiske landa og lågare enn i mange europeiske land (Schei, 2020). Likevel ser det ut for at fleire synest at det er for mange med mastergrad i Noreg generelt og i sjukepleie spesielt (Krøger, 2024).

Det er sjølv sagt legitimt å diskutera om det er nyttig for samfunnet at nokre av sjukepleiarane utviklar kunnskap om faget sitt i form av master- og ph.d.-gradar, på same vis som ein kan spørja om det er samfunnsnyttig at andre som arbeider praktisk tek master- og ph.d.-gradar, for eksempel tannlegar, ingeniørar, kirurgar, arkitektar, musikarar og biletkunstnarar. Men i eit kvinneperspektiv kan det vera viktig at sjukepleiarar og andre tradisjonelt kvinnedominerte yrkesgrupper har tilgang til høgere utdanning med tilhøyrande tilgang til posisjonar som gir dei makt til å vera med å forma helsevesenet (Boge, 2022).

## **Ideologiar i sjukepleiefaget**

Om sjukepleiaryrket skulle vera ein profesjon, måtte faget ha eit anna teoretisk fundament enn den nærliggjande profesjonen medisin, som gjerne har profilert seg som eit naturvitskapleg fag. Og på 1960-talet begynte sjukepleiefaget å profilera seg som eit humanistisk fag ved hjelp av Henderson si behovstenking (Boge, 2008, s. 56-61). Ein kan seia at dette var byrjinga på eit slikt sjølvstendig teoretisk fundament. Om lag 40 år seinare, det vil seia på starten av 2000-talet, begynte aktørar i sjukepleiefaget å argumentera for at sjukepleie måtte baserast på evident kunnskap. I evidenstenkinga er det forskingsmetoden som avgjer kor sann, påliteleg og god forskinga er. Den kunnskapen som blir rekna som mest evident, er kunnskap som er blitt konstruert ved hjelp av klinisk kontrollerte forsøk og statistiske analysar. Kvalitative studiar, som gjerne er sentrale i humanistisk forskning, får bortimot null evidens i denne kunnskapstenkinga (Martinsen & Boge, 2004). Det var fleire som undra seg over at sjukepleiefaget som hadde profilert seg som eit humanistisk fag blei ein sentral pådrivar for vitskaplege tankemåtar som baserte seg på evidensparadigmet og som degraderte humanistisk kunnskap (Boge & Martinsen, 2006).

Evidenstenkinga oppstod parallelt med at New Public Management- ideologien (NPM) blei innført i offentleg sektor i Noreg på 1990-talet. På den tida begynte ein å styra helsevesenet etter

produksjonsprinsippa i industrien. Generelt kan ein seia at ein i NPM prøver å standardisera behandlinga mest mogeleg, slik at helsevesenet lettare let seg styra av politikarar og makthavarar, og i mindre grad av fagfolk og deira skjønner (Hagen, 2006).

I forlenginga av NPM blei føretaksmodellen innført i spesialisthelsetenestene i 2002 (Wyller, 2021). I den samanheng etterlyste ein påliteleg, målbar, vitskapleg kunnskap om effekten av ulike behandlingssopplegg.

## **Prioritering av pleiefagleg kompetanseoppbygging i spesialisthelsetenestene**

9 av 10 helserelevante forskingskroner blir brukte til forskning som er relatert til spesialisthelsetenester (Snåre, 2019). Prioriteringa av spesialisthelsetenestene er også tydeleg i norske sjukepleiarutdanningar, der masterprogramma i stor grad bidreg til å byggja opp fagkompetanse som spesialisthelsetenestene etterlyser. Det er færre vidareutdannings- og mastertilbod som er relaterte til dei kommunale pleietenestene. Dette kan vera noko av bakgrunnen for at det er få sjukepleiarar som ynskjer å arbeida i dei kommunale pleietenestene (Gautun & Øien, 2016). Lita interesse for kommunale pleietenester er ei utfordring sett i lys av dei politiske intensjonane om at flest mogeleg skal få behandling og pleie i dei kommunale helsetenestene. Noreg har skore kraftig ned på talet på sjukehusenger dei siste åra (Hove & Reusch, 2023). Om nokon treng innlegging på sjukehus, skal liggjetida vera så kort som mogeleg. Det betyr at mange av dei pasientane som blir skrivne ut til norske kommunar kan trenga omfattande behandling og pleie.

## **Nedbygging av den pleiefaglege kompetansen i dei kommunale pleietenestene**

Medan det er relativt få helsefagarbeidarar i spesialisthelsetenestene, er det relativt mange helsefagarbeidarar i dei kommunale pleietenestene. På grunn av sjukepleiemangel blir det no argumentert for at helsefagarbeidarar bør overta fleire av oppgåvene til sjukepleiarane både i spesialisthelsetenestene og i dei kommunale pleietenestene, slik at sjukepleiarane i større grad kan konsentrera seg om oppgåver som er relaterte til medisinsk behandling (Håkensen, 2023). Men Noreg manglar om lag 2600 helsefagarbeidarar (Dolonen & Reppen, 2022). Når ein tilset fleire helsefagarbeidarar i spesialisthelsetenestene, blir det med andre ord endå færre helsefagarbeidarar i dei kommunale pleietenestene.

## **Skal dei kommunale pleietenestene basere seg på fleire ufaglærde med elendige arbeidstilhøve?**

Allokering av helsefagarbeidarar til spesialisthelsetenestene kan bety at dei kommunale pleietenestene, som skal ta seg av stadig fleire og stadig sjukare pasientar, i større grad må basera seg på ufaglærde arbeidskraft. Studiar viser at dei ufaglærde pleiarane kan ha ekstremt vanskelege lønns- og arbeidsvilkår i det norske helsevesenet. Dei får gjerne tilbod om 10-15% stilling. Dette kan dei ikkje leva av, så dei er alltid disponible for ekstravakter, både i institusjonen dei har stilling i og andre plassar. Mange av dei ufaglærde pleiarane med små stillingar har innvandrarbakgrunn (Boge et al., 2019; Boge & Petersen, 2016).

## Dårlege arbeidsvilkår kan vera helseskadeleg

Vanskelege arbeidstilhøve og låg løn disponerer for dårleg helse og låg levealder. Dei som har høg utdanning har gjerne betre løn og betre arbeidsvilkår, og dei lever gjerne 5-6 år lenger enn dei som berre har grunnskuleutdanning. Dei som bur på Austkanten i Oslo dør gjennomsnittleg 8 år tidlegare enn dei som bur på Vestkanten. Dei som bur i Finnmark dør gjennomsnittleg 10-12 år tidlegare enn dei som bur i Akershus (Øversveen & Rydland, 2021, s. 9-10, 22-26, 81-95).

## Stor ulikskap i helse i Noreg

Ein studie om helsa til europeiske menn viser at Noreg, Sverige og Finland var blant dei landa med størst ulikskap i helse i Europa (Øversveen & Rydland, 2021, s. 82-86). Om ein vil betra helsa til dei med låge posisjonar, er det med andre ord ikkje nok å ha eit offentleg helsevesen som er bortimot gratis og tilgjengeleg for alle. Ein må også syta for at lønns- og arbeidsvilkåra er så gode som mogeleg for alle. Også for dei ufaglærde pleiarane. Og pengar er det visst mykje av i det norske samfunnet. I 2023 fekk Noreg 33 nye milliardærar (Valderhaug, 2024). Så den norske pengesekken treng kanskje ikkje bli større, men for dei som er lågast på den sosiale rangstigen, ville livet blitt enklare, helsa vil truleg bli betre og dei vil leve lenger om dei fekk ein større del av den nasjonale pengesekken.

## Pasientane må pleia seg sjølve

Sjølv om me har fått sjukeheimar og heimesjukepleietenester, er det store forventingar til at pasientar sjølve, eventuelt ved hjelp av familie og andre sosiale nettverk, skal klare seg utan hjelp frå offentlege pleietenester. Slike forventingar er tydeleg nedfelt i dei norske kirurgiske praksisane (Dahl, 2020; Dahl et al., 2022). Bortimot 70% av operasjonane i Noreg blir gjennomført dagkirurgisk. Det vil seia at ein kjem til sjukehuset, blir operert og reiser heim att same dag. Ved dagkirurgi er heimesjukepleiar vanlegvis ikkje involverte før eller etter operasjonen, så pasienten må sjølv førebu seg til operasjonen og sjølve handtera slikt som smertebehandling, blødningar og sårskift etter operasjonen.

## Eit kvinne- og klasseperspektiv på sjølvhjelpsideolegien i det norske helsevesenet

Auka forventingar til at sjuke og pleietrengjande skal vera sin eigen sjukepleiar og til at dei som ikkje klarer seg sjølve må involvere det sosiale nettverket sitt kan få store konsekvensar, spesielt for kvinner. For sjølv om det er over 70 år sidan mamma måtte gje avkall på utdanning og yrkeskarriere for å hjelpe til heime då mor og bestefar var sjuke og hjelpetrengjande, er det framleis slik at det er kvinnene i familien som utfører mesteparten av pleie- og omsorgsarbeidet i heimen (Fjeldstad, 2018).

I etterkrigstida kjempa arbeidarklasse-kvinnene for å få offentleg hjelp til pleie i heimen, for det var gjerne kvinner frå lågare sosiale lag som utførte slikt arbeid, både i eigen og i andre sin heim. I høgare sosiale lag kunne dei kjøpe seg billeg hjelp til slikt arbeid av kvinner frå lågare sosiale lag. Då mamma var 16-17 år utførte mamma slikt pleiearbeid i ein familie som dreiv butikk. Innimellom arbeidet med den døyande eldre dama i andre etasje, hjalppte ho til i butikken i fyrste etasje.



Privat foto av Marie Boge, fødd Ekornåsvåg .  
På bildet er ho 16-17 år.

### **Heiar på den norske velferdsstaten**

No er mamma snart 95 år. Ho har vore enkje i vel fire år og er framleis lett på foten, men ho har ein kognitiv svikt som gjer at ho ikkje kan bu åleine lenger. Dei siste 2 åra har ho budd i ein omsorgsbustad saman med 7 andre. Der har ho ei lita koseleg, moderne leilegheit på om lag 34 kvadrat med sovealkove, kjøkkenkrok, stort bad og med god plass til den gamle salongen. Frå leilegheita er det direkte utgang til ein avskjerma hage.



Privat fota av Marie Boge, f. Ekornåsvåg.  
På bildet er ho 94 år.



Når me er på besøk lagar me oss kaffi i kjøkkenkroken. Sjølv får ho mat i eit fellesareal saman med dei andre som bur der, og dei har også ei felles stove.

Mamma betaler for seg ved hjelp av alderspensjonen som ho får frå den norske staten, og ho har rikeleg att av pensjonen når husleige, mat og straum er betalt. Ho betaler ingen ting for den helsehjelpa ho får. Den betaler den norske staten.

Mamma si livshistorie viser at det ville fått store praktiske og økonomiske konsekvensar for henne og for oss som er barna hennar å leva i eit samfunn utan ein sterk velferdsstat. Så me heiar på velferdsstaten!

## Privatisering av helsetenester

Det er sterke krefter som meiner at velferdsstaten er for stor og ineffektiv og at den derfor bør byggjast ned og erstattast med private tenester (Lysne, 2023).

Me har fått ei rekkje private helsetilbod der arbeidstakarar som har helseforsikringar kan få rask hjelp. Slike private institusjonar tømmer det offentlege helsevesenet for helsepersonell. Ein slik politikk fører til ei utarming av det offentlege helsevesenet. For det blir ikkje fleire sjukepleiarar, legar, helsefagarbeidarar og anna helsepersonell i Noreg om ein privatiserer. Så dess meir helsepersonell som flyttar seg til det private helsevesenet, dess større arbeidspress blir det på dei tilsette i offentleg sektor, som er pålagt å gje helsehjelp til alle som treng det, natt og dag.

I England er denne utviklinga komen endå lenger enn i Noreg. Der er det krisetilstandar i det offentlege helsevesenet, som heilt sidan den andre verdskrigen har vore eit velferdsstatleg førebilete for andre land, med gratis helsetenester for alle. Redaktøren for Tidsskrift for Den norske legeforening, Are Brean, fryktar at det norske offentlege helsevesenet om få år vil vera like utarma som det engelske (Seglem, 2024).

Ei nedbygging av velferdsstaten vil ikkje merkast så godt i høgre sosiale lag som kan kjøpa seg den hjelpa dei treng. Nedbygging av velferdsstaten vil ramma hardast i lågare sosiale lag, der folk ikkje har råd til å kjøpa seg private helsetenester. Slik vil nedbygging av velferdsstaten direkte vera med på å auka økonomiske skilnader og sosial ulikskap i samfunnet.

## Eit offentleg helsevesen kostar mindre enn eit privat helsevesen

Noreg brukar 11,6% av brutto nasjonalproduktet (BNP) på helse og er på ein fjerdeplass med omsyn til helseutgifter i Europa (Amundsen, 2023).

Nokon trur kanskje at helsevesenet blir meir effektivt og rimelegare om ein privatisere fleire av helsetenestene, men slik er det ikkje. I USA, som ikkje har eit nasjonalt organisert helsesystem, og der store delar av helsetenestene blir finansierte gjennom private helseforsikringar og leverte av private selskap, brukar dei heile 18,8 prosent av BNP på helsetenester. Det vil seia vel 7% meir enn i Noreg. Samstundes som USA har eit svært dyrt helsevesen, er det om lag 30 millionar amerikanarar som manglar helseforsikring. For desse kan alvorleg sjukdom bli ein personleg og økonomisk katastrofe. Men der er ikkje fyrst og fremst helsetenestene sitt ansvar at talet på døde spedbarn i USA er dobbelt så høgt som i Noreg. Dette må også tilskrivas dei enorme – og aukande – sosiale ulikskapane ein ser der (Lie, 2017).

## Vegen vidare

Eg vil avslutte med å peike på tre område som eg trur det kan vere viktig å ha eit spesielt fokus på i sjukepleiefaget i åra som kjem:

Dei kommunale pleietenestene

Storparten av forskinga i helsevesenet er relatert til spesialisthelsetenester (Snåre, 2019), medan stadig meir behandling og pleie går føre seg i dei kommunale pleietenestene. Derfor treng me meir av den type forskning som sjukepleiar, antropolog og professor Frode Fadnes Jacobsen og dei andre ved Senter for Omsorgsforskning bidreg med om dei kommunale pleietenestene (Jacobsen, 2024).

Meir fokus på sosial ulikskap

Nokon av dei største helseutfordringane er relatert til sosial ulikskap i helse (Øversveen & Rydland, 2021). Sjukepleiar, pedagog og professor Karin Anna Petersen har gitt oss dei verktøya me treng for å få meir innsikt i slike sosiale ulikskapar (Petersen & Callewaert, 2013).

Meir fokus på omsorgsfilosofi

I over 50 år har sjukepleiaren, historikaren og filosofen Kari Martinsen utfordra sjølvhjelps-ideologien som har hatt ein sentral plass i helsevesenet generelt og i sjukepleiefaget spesielt. Martinsen har argumentert for at det ikkje er grunnmenneskeleg å vera sjølvhjelp. Tvert om, det er grunnmenneskeleg å vera avhengig av kvarandre. Slike tankar kan med fordel få større plass i sjukepleieutdanningane. Kari Martinsen har gitt oss rike kjelder å ause av (Alvsvåg & Hunsgård, 2023, s. 84-90).

## Utdjupande litteratur

Det kan lett bli overflatisk når ein prøver å femna over ein stor tematikk og tidsepoke på ein halv time, så eg har hefta ved nokre referansar som dei som ynskjer kan fordjupa seg i:

Alvsvåg, H. & Hunsgård, I. (2023). *Fra 'Nødvendige omveier' til en dag med 'Langsomme pulsslag. Kari Martinsens jubileumsseminar.* <https://hdl.handle.net/11250/3106832>

Amundsen, P. (2023). Norge på topp i helseutgifter per borger i Europa. *Forskning.no.* <https://www.forskning.no/finans-helsepolitikk-okonomi/norge-pa-topp-i-helseutgifter-per-innbygger-i-europa/2269879>

Boge, J. (2008). *Kroppsvask i sjukepleia* [doktorgradsavhandling]. Universitetet i Bergen. <http://hdl.handle.net/11250/2579522>

Boge, J. (2022). Bør det vere meir vektlegging av praksis i sjukepleierutdanninga? *Sykepleien.no.* <https://sykepleien.no/meninger/2022/03/bor-det-vere-meir-vektlegging-av-praksis-i-sjukepleierutdanninga>

Boge, J., Callewaert, S., & Petersen, K. A. (2019). Helsefagleg vaksenopplæring som er basert på ekstravakter. *Praktiske Grunde.* <https://hdl.handle.net/11250/2671767>

Boge, J., & Martinsen, K. (2006). Kritiske kommentarer til evidensbasert undervisning og praksis. *Vård i Norden, 80: 26:2*, s. 32-35.

Boge, J., & Petersen, K. A. (2016, 18.1.). Dei som ikkje kan seie nei. *Bergens Tidende.*

- Bondevik, M. (2004). *Sykepleievitenskap i Bergen gjennom 25 år, 1979 - 2004. Fra den første visjon til dagens virkelighet*.  
<https://www.nb.no/items/2019495edb66ac3f1c82bb3f22734bac?page=0&searchText=bondevik,%20margareth%20om%20sykepleievitenskap>
- Dahl, M. B. (2020). *Dagkirurgi - en helsepolitisk effektiviseringsstrategi En praxeologisk registrantanalyse av statlige føringer for dagkirurgi, 1995-2020* [masteroppgåve], Høgskulen på Vestlandet.
- Dahl, M. B., Eide, P. H., Horne, R. & Boge, J. (2022). Statlige føringer for dagkirurgi, 1995-2020. *Praxeologisk tidsskrift - Et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker*.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.15845/praxeologi.v5.3763>
- Dolonen, K. A. & Reppen, N. K. (2022). Norge mangler 5900 sykepleiere og 700 spesialsykepleiere *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2022/05/norge-mangler-5900-sykepleiere-og-700-spesialsykepleiere>
- Fjeldstad, Ø. (2018). Menn overlater omsorgsoppgaver til kvinner.  
<https://www.parorendealliansen.no/nyheter/menn-overlater-omsorgsoppgaver-til-kvinner>
- Gautun, H. & Øien, H. (2016). *Kartlegging av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehjem. Rapport nummer 6*. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3031850/539416/Underbemanning-er-selvforsterkende>
- Hagemann, G. (2009). Husarbeid og medborgerskap: sosialdemokratisk husmopolitikk i etterkrigstidens Skandinavia. *Arbeiderhistorie*, s. 169–187.  
[https://www.arbark.no/eldok/Arbeiderhistorie2009\\_8.pdf](https://www.arbark.no/eldok/Arbeiderhistorie2009_8.pdf)
- Hagen, R. (2006). *Nyliberalismen og samfunnsvitenskapene : refleksjonsteorier for det moderne samfunnet*. Universitetsforlaget.
- Holvik, M. G. (2018). *Pårørende i sykepleiefaget - "Fra ansvarsfraskrivende slektning til samarbeidspartner"*. Distinksjonen mellom betalt og ubetalt hjelp til hjemmeboende eldre [masteroppgåve] Universitetet i Bergen.  
<http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/17896/Marianne-Giske-Holvik---P-R-RENDE-I-SYKEPLEIEFAGET.pdf?sequence=28>
- Hove, I. H. & Reusch, M. (2023). Færre sykehussenger i Norge enn snittet i OECD.  
<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/spesialisthelsetjenesten/artikler/faerre-sykehussenger-i-norge-enn-snittet-i-oecd>
- Håkensen, S. T. (2023). *Gi helsefagarbeiderne flere karrieremuligheter*. OsloMet.  
<https://www.oslomet.no/no/forskning/forskningsnyheter/gi-helsefagarbeiderne-flere-karrieremuligheter>
- Jacobsen, F. F. (2024). Responsibilization of Actors in Care and Other Welfare Services: A Focus on For-Profits in Norwegian Nursing Homes. I A. Fagertun, H. Haukelien, & H. Vike (red.), *The Political Economy of Care. Welfare state capitalism, universalism, and social reproduction*. Scandinavian University Press.
- Krøger, C. (2024). *Flere mastere? Skrekk og gru*. <https://sykepleien.no/meninger/2024/02/flere-mastere-skrekk-og-gru>
- Lie, A. H. K. (2017). Se til Amerika?. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 137, 341. [Se til Amerika? | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](https://www.tidsskriftet.no)
- Lund, E. C. (2012). *Virke og profesjon. Norsk Sykepleieforbund gjennom 100 år (1912-2012). Bind II*. Akribe.

- Lysne, T. J. (2023, 16.5.). Fortellingen om det private helsevesenets gunst *Agenda Magasin*.  
<https://agendamagasin.no/kommentarer/fortellingen-om-det-private-helsevesenets-gunst/>
- Martinsen, K. (1984). *Freidige og uforsagte diakonisser: et omsorgsyrke vokser fram, 1860-1905*. Aschehoug.
- Martinsen, K. & Boge, J. (2004). Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie [Forskning og fagutvikling]. *Sykepleien*, 13, s. 58-61.
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp: Norsk sykepleierforbunds historie*. Norsk sykepleierforbund og J. W. Cappelens Forlag. [https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2010100508005](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2010100508005).  
[https://doi.org/https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2010100508005](https://doi.org/https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2010100508005)
- Petersen, K. A. & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab - hvad er det?*. Hexis  
<http://www.hexis.dk/praxeologisk-sygeplejevidenskab.pdf>
- Seglem, S. J. (2024, 24.1.). Roper varsko om norsk helsevesen. *Klassekampen*.  
<https://klassekampen.no/artikkel/2024-01-24/roper-varsko-om-norsk-helsevesen>
- Seip, A.-L. (1994). *Veiene til velferdsstaten: norsk sosialpolitikk 1920-75*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Snåre, Å. L. (2019). Nødvendig med forskning i kommunehelsetjenesten.  
<https://www.ks.no/kronikker/nodvendig-med-forskning-i-kommunehelsetjenesten/>
- Telhaug, O. A. (1994). *Norsk skoleutvikling etter 1945*. Diktata.  
[https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2008012904006](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2008012904006)
- Valderhaug, R. (2024, 22.1.). Eksplosjon i antall rike i Norge – i skatteliste. *Bergens Tidende*.  
<https://www.bt.no/nyheter/okonomi/i/Q71PkV/eksplosjon-i-antall-rike-i-norge-i-skatteliste>
- Vangsnes, E. M. B. (2005). *Heilt andre tider. Fusa 1900 - 200, Band III*. Fusa kommune.
- Wyller, T. B. (2021). Foretaksmodellen må skrutes. *Tidsskrift for den norske Legeforening*, 141.  
<https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.21.0573>
- Øversveen, E., & Rydland, H. T. (2021). *Sosial ulikhet i helse*. Fagbokforlaget.