



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

MKS591

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	29-03-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR1
<b>Sluttdato:</b>	06-05-2019 13:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 MKS591 1 H 2019 VÅR1		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 425

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 19995

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 8

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja



## MASTEROPPGAVE

Forhold som kan bidra til å forklare at  
intensivsykepleiere blir i yrket  
– en praxeologisk studie.

Conditions which may contribute to  
explaining why critical care nurses remain  
in the profession – a praxeological study.

**Andrea Mathisen**

Master i klinisk sjukepleie - Intensivsjukepleie  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder Jeanne H. Boge, førsteamanuensis Master i klinisk sjukepleie ved  
Høgskulen på Vestlandet  
06. mai 2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Forord

I likhet med studiens agenter er jeg en del av en sosial kontekst som påvirker og former mine muligheter. Derfor er det på sin plass å sende en takk til min sosiale kontekst:

Takk til en avdelingsleder som ikke så noen problemer med å la meg rekruttere intervjupersoner, og en stor takk til studiens agenter for at dere satte av tid og bidro til at studien ble til med det dere formidlet. Bekjente skal også ha takk for promotering av prosjektet og drahjelp i rekrutteringsarbeidet.

Takk til medstudenter for konstruktive og mindre konstruktive (ikke-faglige) diskusjoner, akkurat slik det skal være. Ikke minst for lunsj- og kaffepausene med dere, som har bidratt til å bevare den mentale helsen i arbeidet med oppgaven.

Takk til veileder Jeanne for en innføring i vitenskapelig metode og det praxeologiske universet, utallige veiledningstimer, stort engasjement, både gode innspill og villedning (som du selv kaller det), og oppmuntringer og tilgjengelighet når det var nødvendig.

Takk til praxeologigruppen på UIB, som Jeanne inviterte meg inn i. Det har bidratt til at jeg har fått muligheten til å ta del i seminarer og diskusjoner knyttet til praxeologi, hvilket uten tvil har hatt betydning for denne masteroppgaven.

Ikke minst; takk til familie og venner for utallige oppmuntringer, heiarop, gode tanker, gjennomlesninger, nyttige innspill, vin, mat og klemmer. De viktigste tingene i livet ligger i sosiale relasjoner.

Arbeidet med denne masteroppgaven har både gått fort og samtidig uhorvelig sent. Det var en stor overgang å gå fra et yrke hvor man er i nesten kontinuerlig bevegelse, og et studium som i stor grad består av praksisperioder, til en stillesittende hverdag hvor man må administrere og skape sitt eget arbeid. Når man heller ikke liker så godt å gjøre ting man ikke kan var det duket for utfordringer. For det å sette seg inn i Bourdieus teoriunivers og praxeologisk metodologi har vært en utfordring av dimensjoner. At masterarbeidet ikke har vært en kontinuerlig bevegelse i hodet kan jeg derfor ikke hevde. Det har vært lærerikt, slitsomt og nyttig. Det teoretiske rammeverket har utvidet horisonten min, og jeg tror det vil gi meg flere verktøy i møtet med pasienter og pårørende når jeg begynner som intensivsykepleier.

Bergen, mai 2019

## Sammendrag

I denne studien har jeg undersøkt hvordan det kan ha seg at intensivsykepleiere blir i yrket over mange år. Til tross for at forskning viser til økt risiko for stress, utbrenthet og omsorgstrøtthet har jeg møtt en rekke intensivsykepleiere som har arbeidet med å ivareta alvorlig syke pasienter i en årrekke. Det blir i denne studien kalt langvarige intensivsykepleiepraktikker, og studien oppstod som en undring over hva som bidrar til disse. Formålet med studien er å generere kunnskap som kan bidra til at intensivsykepleiere forblir i yrket, med bakgrunn i at det er mangel på intensivsykepleiere i Norge, en stor andel av dagens intensivsykepleiere nærmer seg pensjonsalder innen få år og undersøkelser tyder på at intensivsykepleiere ikke ser for seg å fortsette i arbeidet over tid.

Studien er basert på en antakelse om at både subjektive faktorer ved intensivsykepleiers bakgrunn og objektive faktorer som rammer i arbeidslivet og samfunnet har betydning for om en forblir i yrket. Argumentasjonen er fundert i Bourdieus teoretiske begreper habitus, felt og sosialt rom. Antakelsen ledet frem til følgende forskningsspørsmål: *Hvordan er relasjonen mellom intensivsykepleiers habitus og mulighetsbetingelser i feltet og det sosiale rommet og langvarige intensivsykepleiepraktikker?* Analysen, som har grunnlag i praxeologisk metodologi, baserer seg på datamateriale fra livshistoriske intervju med tre erfarne intensivsykepleiere, samt dokumenter om intensivmedisinen/intensivsykepleien og velferdsstaten.

Det er vanskelig å trekke frem en utslagsgivende faktor til at intensivsykepleiere blir i yrket, da denne studiens analyser viser at en rekke betingelser kan ha betydning for langvarige intensivsykepleiepraktikker. Subjektive disposisjoner hos studiens intensivsykepleiere synes å samsvare med objektive mulighetsbetingelser i intensivmedisinen og i samfunnet. Dermed bidrar både subjektive og objektive forhold til langvarige intensivsykepleiepraktikker, og må medtenkes i rekruttering og ivaretagelse av intensivsykepleiere.

Nøkkelord: intensivsykepleier, arbeidsbelastning, praktikk, praxeologi, habitus.

## Abstract

In this master thesis I have investigated how it might be that critical care nurses remain in the profession for years. Even though research have shown increased risk of stress, burnout and compassion fatigue I have met several critical care nurses who for decades have cared for critical ill patients. This kind of care is in this thesis called practices of long-term critical care nursing. The reason for conducting this study derived from my own speculation on the contributing factors. In Norway there is a current lack of critical care nurses, and many of those currently working will soon retire. Among the younger critical care nurses many expect to change department after some years. The aim of the study is to generate knowledge that will contribute to critical care nurses remaining in the profession.

This thesis is based on a supposition that both subjective factors such as the critical care nurses background and objective factors in the work-life and the society are of importance to whether the critical care nurse remain in her profession. This argumentation is based on the theoretical concepts of Pierre Bourdieu; habitus, field and social space. The supposition led to the following research question: *How is the relation between the habitus of the critical care nurse, the conditions of possibilities in the field and social space and the practices of long-term critical care nursing?* The analysis is founded in a praxeological methodology and based on data present from life-historical interviews with three experienced critical care nurses, as well as literature concerning intensive care medicine/critical care nursing and the welfare state.

The results from the analysis showed that there are many contributing factors to practices of long-term critical care nursing. The subjective dispositions of the critical care nurses in the study seems to conform with the objective conditions of possibilities within intensive care medicine and society. Both subjective and objective conditions contribute to practices of long-term critical care nursing, and should be considered when recruiting and maintaining critical care nurses in the profession.

Key words: critical care nurse, workload, practice, praxeology, habitus.

<b>1</b>	<b>INTRODUKSJON</b>	<b>1</b>
<b>1.1</b>	<b>LANGVARIGE INTENSIVSYKEPLEIEPRAKTIKKER</b>	<b>1</b>
<b>1.2</b>	<b>FELTET</b>	<b>2</b>
1.2.1	INTENSIVPASIENTEN	2
1.2.1	INTENSIVAVDELINGEN	3
1.2.2	INTENSIVSYKEPLEIEREN	3
1.2.3	INTENSIVSYKEPLEIEFAGETS UTVIKLING I NORGE	4
1.2.4	INTENSIVSYKEPLEIERENS BETINGELSER I ARBEIDSLIVET	5
<b>1.3</b>	<b>DET SOSIALE ROMMET</b>	<b>6</b>
1.3.1	ET KORT HISTORISK PERSPEKTIV PÅ VELFERDSSTATEN NORGE	7
<b>1.4</b>	<b>RELEVANT FORSKNING OM INTENSIVSYKEPLEIE</b>	<b>8</b>
<b>1.5</b>	<b>UNDRING</b>	<b>9</b>
<b>1.6</b>	<b>ANTAGELSE</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>TEORI, METODOLOGI, METODE, TEKNIKK OG ETISKE REFLEKSJONER</b>	<b>10</b>
<b>2.1</b>	<b>STUDIENS TEORETISKE FORANKRING</b>	<b>10</b>
2.1.1	HABITUS	10
2.1.2	DET SOSIALE ROMMET OG FELTET	11
<b>2.2</b>	<b>PRAXEOLOGISK METODOLOGI</b>	<b>12</b>
2.2.1	TIDLIGERE PRAXEOLOGISKE STUDIER I SYKEPLEIEVITENSKAP	13
2.2.2	PRAXEOLOGISK ANALYSE	13
2.2.2.1	Sosioanalyse	14
<b>2.3</b>	<b>FORSKNINGSSPØRSMÅL</b>	<b>15</b>
<b>2.4</b>	<b>METODE OG TEKNIKK</b>	<b>15</b>
2.4.1	LIVSHISTORISKE INTERVJU	16
2.4.2	DATAINNSAMLING AV MATERIALET OM FELTET OG DET SOSIALE ROMMET	16
2.4.3	SØKESTRATEGI FOR FORSKNING OM INTENSIVSYKEPLEIE (JF. KAP.1.4)	17
2.4.4	REKRUTTERING AV INTERVJUPERSONER	17
2.4.5	GJENNOMFØRING AV LIVSHISTORISKE INTERVJU	18
<b>2.5</b>	<b>ETISKE REFLEKSJONER</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>ANALYSE</b>	<b>20</b>
<b>3.1</b>	<b>FORHOLDET MELLOM INTENSIVSYKEPLEIERS PRAKTIKK, POSISJONERING OG DISPOSISJONER</b>	<b>21</b>
3.1.1	«ANNE MARIES» PRAKTIKK	21
3.1.2	«ANNE MARIES» POSISJONERINGER	21
3.1.3	DISPOSISJONER VED «ANNE MARIE» SOM KAN BIDRA TIL Å FORKLARE HENNES PRAKTIKK OG POSISJONERINGER	24
3.1.3.1	Relasjonen mellom posisjoneringer og kulturell kapital	24
3.1.3.2	Relasjonen mellom posisjoneringer og økonomisk kapital	26
3.1.3.3	Relasjonen mellom posisjoneringer og sosial kapital	26
3.1.4	«RANDIS» PRAKTIKK	27
3.1.5	«RANDIS» POSISJONERINGER	27
3.1.6	DISPOSISJONER VED «RANDI» SOM KAN BIDRA TIL Å FORKLARE HENNES PRAKTIKK OG POSISJONERINGER	30
3.1.6.1	Relasjonen mellom posisjoneringer og kulturell kapital	30
3.1.6.2	Relasjonen mellom posisjoneringer og økonomisk kapital	31
3.1.6.3	Relasjonen mellom posisjoneringer og sosial kapital	32
3.1.7	«METTES» PRAKTIKK	32

3.1.8	«METTES» POSISJONERINGER	32
3.1.9	DISPOSISJONER VED «METTE» SOM KAN BIDRA TIL Å FORKLARE HENNES PRAKTIKK OG POSISJONERINGER	34
3.1.9.1	Relasjonen mellom posisjoneringer og kulturell kapital	34
3.1.9.2	Relasjonen mellom posisjoneringer og økonomisk kapital	37
3.1.9.3	Relasjonen mellom posisjoneringer og sosial kapital	37
3.1.10	SAMMENFATNING AV RELASJONEN MELLOM AGENTENES DISPOSISJONER, POSISJONERINGER OG PRAKTIKK	38
<b>3.2</b>	<b>FORHOLD I FELTET SOM KAN BIDRA TIL Å FORKLARE LANGVARIGE INTENSIVSYKEPLEIEPRAKTIKKER</b>	<b>39</b>
3.2.1	VARIASJON I ARBEIDET	39
3.2.2	UTVIKLING I INTENSIVMEDISINEN	40
3.2.1	Å FINNE BALANSEN MELLOM TEKNOLOGI OG MENNESKELIGHET	41
3.2.2	OVERVEIENDE POSITIV HOLDNING TIL ARBEIDSBELASTNINGEN	42
<b>3.3</b>	<b>FORHOLD I DET SOSIALE ROMMET SOM KAN BIDRA TIL Å FORKLARE LANGVARIGE INTENSIVSYKEPLEIEPRAKTIKKER</b>	<b>43</b>
3.3.1	FOKUS PÅ HØYERE UTDANNING I VELFERDSSTATEN	43
3.3.2	ØKONOMISKE INSENTIVER TIL Å BLI I YRKET	44
3.3.3	VARIERTE YRKESMULIGHETER	45
3.3.4	AGENTENE SER PÅ ARBEIDET SOM INTENSIVSYKEPLEIER SOM NYTTIG	46

## **4 AVSLUTTENDE KOMMENTARER** **47**

---

<b>4.1</b>	<b>GENERERING AV NY TEORI OM INTENSIVSYKEPLEIE</b>	<b>49</b>
<b>4.2</b>	<b>STYRKER OG SVAKHETER VED STUDIEN</b>	<b>49</b>

## **REFERANSELISTE** **51**

---

## **LISTE OVER VEDLEGG** **56**

---

Vedlegg 1:	Sosioanalyse
Vedlegg 2:	Skjematisk fremstilt konstruksjon av agentenes habitus
Vedlegg 3:	Informasjonsskriv med samtykkeskjema
Vedlegg 4:	Intervjuguide
Vedlegg 5:	Godkjenning Personvernombud på Høgskulen på Vestlandet (HVL)
Vedlegg 6:	Godkjenning Norsk senter for forskningsdata (NSD)
Vedlegg 7:	Utfyllende om relevant forskning på intensivsykepleie
Vedlegg 8:	Søkehistorikk Cinahl

## 1 Introduksjon

I denne studien har jeg undersøkt hvordan det kan ha seg at intensivsykepleiere blir i yrket i mange år. Bakgrunnen for studien er at jeg under intensivsykepleieutdanningen opplevde intensivsykepleie som et krevende arbeid, hvilket og understøttes av tidligere studier (jf. kap.1.4). Til tross for belastningene knyttet til arbeidet som intensivsykepleier har jeg møtt en rekke kollegaer som har arbeidet med intensivpasienter i mer enn 20 år. Derfor undrer jeg meg over hva som bidrar til at intensivsykepleiere blir i yrket. Formålet med studien er å generere kunnskap om hvordan det kan ha seg at intensivsykepleiere forblir i yrket. Slik kunnskap er viktig da det er mangel på intensivsykepleiere i Norge, mange av dagens intensivsykepleiere nærmer seg pensjonsalder og yngre intensivsykepleiere ser ikke for seg å bli i yrket over tid (jf. kap.1.2.2). Studien er basert på en antakelse om at både subjektive faktorer ved intensivsykepleiers bakgrunn og objektive faktorer som ytre rammer i arbeidslivet og samfunnet har betydning for om en forblir i yrket. Argumentasjonen er fundert i den franske sosiologen Pierre Bourdieus (1930-2002) teorier om habitus, felt og sosialt rom (jf. kap.2.1). Studien som hovedsakelig er basert på livshistoriske intervju med tre erfarne intensivsykepleiere (jf. kap.3.1) omfatter også dokumenter om intensivmedisinen/intensivsykepleien og velferdsstaten (jf. kap.1.2 og 1.3). Designet er i tråd med praxeologisk metodologi (jf. kap.2.2).

For å kunne generere kunnskap om det ovenfor nevnte har jeg først undersøkt feltet og det sosiale rommet hvor intensivsykepleie finner sted (jf. kap.1.2 og 1.3). Jeg har gjennomgått relevante tidligere studier om intensivsykepleie (jf. kap.1.4 og vedlegg 7). I kapittel 2 innføres leseren i studiens teoretiske begreper og metodologi, som jeg har fundert min antakelse i og anvender i arbeidet. Deretter redegjør jeg for metodisk fremgangsmåte, teknikk og etiske refleksjoner omkring studien, for så å presentere analysene av intensivsykepleiers praksis i lys av habitus, felt og sosialt rom. Avslutningsvis argumenterer jeg for at studien har bidratt med ny teori om intensivsykepleie.

### 1.1 Langvarige intensivsykepleiepraktikker

Temaet er i denne studien er langvarige intensivsykepleiepraktikker. En praksis er et konkret som blir gjort i en praksis av den enkelte, handling som oppstår i møtet mellom individet og en situasjon. Praksisen er ikke kalkulert, derfor betegnes utøveren av praksisen som agent (Bourdieu, 1994, s. 89). Studiens intensivsykepleiere omtales derfor heretter som



agenter eller intervjupersoner. I denne studien blir det at noen gjør intensivsykepleie i årevis betegnet som langvarige intensivsykepleiepraktikker. Det innebærer at sykepleiere over flere år ivaretar svært alvorlig syke pasienters fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov og eventuelt bidrar til en verdig avslutning på livet. Dette krever velutviklede praktiske, teoretiske, tekniske, etiske, kommunikative og relasjonelle ferdigheter (Høgskulen på Vestlandet, 2018; Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2004, 2017; Utdanningsdirektoratet, 2005). Intensivpasienten trenger sykepleie døgnet rundt (jf. kap.1.2.1), hvilket medfører turnusarbeid med hyppige skift i intensivsykepleierens døgnrytme.

I denne studien har jeg prøvd å forklare hvordan det kan ha seg at noen forblir mange år i et yrke med ivaretagelse av svært syke pasienter og stor vaktbelastning. Studien omhandler en praksis som går ut på å innrette både arbeidslivet og privatlivet slik at intensivsykepleieren arbeider som intensivsykepleier i mange år. Dette er undersøkt ved hjelp av studier av de sosiale vilkår som institusjoner oppstår under og (re)produserer (jf. felt kap.1.2 og sosialt rom kap.1.3), parallelt med studier av den enkeltes sosiale historie i relasjon til yrkeshistorien (Petersen, Glasdam & Lorentzen, 2007, s. 177/173). I kapittel 2.2 er det gjort utfyllende rede for metodologien som studien er fundert i.

## 1.2 Feltet

For å kunne generere kunnskap om langvarige intensivsykepleiepraktikker er kunnskap om feltet intensivsykepleieren arbeider i av betydning (jf. kap.2.2). Et felt er en del av de objektive strukturene som omgir individet; en begrenset arena i samfunnet hvor individets posisjon, og dermed innflytelse, er basert på ens mengde gangbar valuta innen akkurat det feltet (om felt i kap.2.1.2). Denne studiens felt er det medisinske, som utgjør rammene rundt intensivsykepleieren. Intensivsykepleiere arbeider vanligvis i intensivavdelinger på sykehus (Stubberud, 2015; Utdanningsdirektoratet, 2005), i en spesialisert del i det medisinske feltet kalt intensivmedisinen. På bakgrunn av å skulle frembringe ny kunnskap om langvarige intensivsykepleiepraktikker er det i det videre fokus på de deler av feltet som påvirker intensivsykepleieren, selv om det medisinske feltet og intensivmedisinen er langt mer omfattende enn det som presenteres her.

### 1.2.1 Intensivpasienten

Intensivpasienter er en mangfoldig pasientgruppe, med variasjon i alder, aktuell problemstilling og hjelpebehov. Felles for de alle er at de er akutt og/eller kritisk syke med

behov for avansert overvåkning og -behandling, på grunn av helt eller delvis reversibel svikt i en eller flere vitale funksjoner. Alvorlighetsgraden medfører relativt høy dødelighet. Svikten kan være akutt oppstått som følge av kirurgi, anestesi, skade eller nyoppstått sykdom, eller som en komplikasjon til eksisterende sykdom. Den hyppigste årsaken til intensivbehandling er respirasjonssvikt. Pasientenes problemstillinger krever avansert medisinsk og sykepleiefaglig kunnskap og kontinuerlig pleie (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014; Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2006). Etter prioriteringsforskriften (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001) er intensivpasienter høyt prioritert grunnet graden av alvorlighet og fare for liv og helse dersom behandling ikke iverksettes innen kort tid. I 2017 ble det registrert 16332 intensivopphold fordelt på 12737 pasienter (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, u.å)

### 1.2.1 Intensivavdelingen

En intensivet enhet er en avgrenset multidisiplinær enhet i sykehuset med spesialutdannet personell, utstyrt for å behandle alvorlig syke pasienter (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014, s. 9). Intensivmedisinen har både stor bredde og høy grad av spesialisering (Helse Bergen, u.å). Det finnes generelle intensivet enheter og spesialiserte intensivet enheter, med ulike ansvarsområder (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014, s. 9). Intensivmedisinen er en ressurskrevende del av helsevesenet, i form av høy andel spesialutdannet helsepersonell og utstrakt bruk av kostbart medisinsk-teknologisk utstyr og IKT-løsninger (Helse Bergen, u.å). Faget er prestisjefyllt med bakgrunn i at intensivpersonellet tar seg av problemstillinger med høy hastegrad som krever spesialisering, at de er høyt utdannet og at de har tilgang til og forvalter store økonomiske ressurser (Norredam & Album, 2007).

### 1.2.2 Intensivsykepleieren

En intensivsykepleier har videreutdanning gjennomført etter Rammepå for videreutdanning i intensivsykepleie (Utdanningsdirektoratet, 2005) og er spesialisert til å ivareta intensivpasienten og dens pårørende (Utdanningsdirektoratet, 2005, s. 6). Målet med intensivsykepleie er; «... å etablere en terapeutisk relasjon med intensivpasienter og deres pårørende, og å styrke pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige kapasitet med forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak» (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2004). Intensivsykepleieren er en viktig del av et større

tverrfaglig team, observerer og vurderer kontinuerlig pasientens tilstand og iverksetter nødvendige og potensielt livreddende tiltak (Utdanningsdirektoratet, 2005). Det innebærer høy døgnbemanning i intensivavdelingen og veksling mellom dag-, kvelds- og nattskift er vanlig. Fordi intensivpasienten ofte ikke kan formidle egne ønsker og synspunkter, og fordi intensivmedisinen muliggjør avansert livreddende behandling som man ikke alltid vet utfallet av i ettertid, er etisk refleksjon viktig i intensivsykepleiefaget. Det fordrer en evne til å forstå situasjonen fra pasient og pårørendes perspektiver, samtidig som fagkunnskap bidrar å gjøre vurderinger på et mer objektivt grunnlag.

Det er per i dag mangel på spesialsykepleiere (NAV, 2018). En rapport fra Analysesenteret AS (2015) avdekket flere utfordringer knyttet til kompetanse, bemanning og framtidsutsikter for spesialsykepleiere innen ABIO (anestesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleie). Rapporten fastslår at det ikke er tilstrekkelig antall fast ansatte spesialsykepleiere til å opprettholde nødvendig kompetanse, det en overvekt av eldre arbeidstakere som innen 10 år går av med pensjon, og yrkesgruppens reelle kontra formelle stillingsandel er betydelig. 50% av forespurte intensivsykepleierne så ikke for seg å anvende utdanningen sin på sykehus innen 10 år.

### 1.2.3 Intensivsykepleiefagets utvikling i Norge

Som en spesialitet innen sykepleien hviler intensivsykepleie på samme etiske retningslinjer og verdigrunnlag som sykepleien (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017). Av hensyn til tekstens omfang har jeg ikke omtalt sykepleiens historiske grunnlag, men fokusert på intensivsykepleiefagets oppkomst.

Intensivsykepleiens utspring fra sykepleien har sitt utgangspunkt i medisinske og teknologiske fremskritt i etterkrigstiden. Det ble da nødvendig med sykepleiere med spesialiserte kunnskaper og ferdigheter til å ivareta pasientenes behov for overvåkning, avansert medisinsk behandling og avansert sykepleie. Intensivsykepleie ble en egen spesialitet i Norge på slutten av 70-tallet (Stubberud, 2018, s. 3-5). Fremveksten av kirurgi og anestesi, bruk av EKG, hjerte-lunge-redning og defibrillering, og respiratorens gjennombrudd gjorde det nødvendig å overvåke pasienter kontinuerlig. Hjerteovervåkningsavdelinger og postoperative enheter var de første avdelingene som kan minne om dagens intensivavdelinger (Stubberud, 2018, s. 5-7). Etter hvert ble det opprettet egne intensivavdelinger, da stadig flere grupper pasienter krevde spesialisert behandling og overvåkning (Cutogno referert i Stubberud, 2018, s. 6-7).

Under Norsk Sykepleierforbunds (NSF) landsmøte i 1985 ble det bestemt at intensivsykepleie falt inn under området for spesialisering, på bakgrunn av pasienttilstander som krever mer kunnskap enn på grunnutdanningsnivå og bruk av avansert teknisk utstyr (Heimdal og Norsk Sykepleierforbund referert i Stubberud, 2018, s. 5). Opprinnelig ble sykepleiere lært opp av mer erfarne sykepleiere og leger. Først fra 70-tallet ble det opprettet formaliserte sykehusinterne videreutdanninger i intensivsykepleie. Disse var lokale, varierende i lengde og innhold og manglet i begynnelsen forankring i sykepleierfaget (Gundersen & Skoglund, 2018, s. 15-17). Da en nasjonal rammeplan ble opprettet i 1989 ble utdanning av spesialsykepleiere et samarbeid mellom sykepleieskoler og sykehusene. Det gikk enda 16 år før den formelle driften av spesialsykepleierutdanningene tilhørte høgskolene alene. Ved mange høyskoler og universiteter er videreutdanningen i intensivsykepleie nå en del av et mastergradsstudium (Gundersen & Skoglund, 2018, s. 17-26).

#### 1.2.4 Intensivsykepleierens betingelser i arbeidslivet

Det moderne helsevesenet, avansert medisinsk-teknisk utstyr og helseprofesjonene er en forutsetning for at intensivmedisinen ser ut slik den gjør. En annen viktig forutsetning for den norske intensivmedisinen er dermed også velferdsstaten. I den norske velferdsstaten er det bred politisk og folkelig enighet om at befolkningens helse er et offentlig ansvar (jf. kap.1.3). Det preger både den statlige utdanningen av helsepersonell og den offentlige finansieringen av helsetjenestene. Denne kollektive oppfatningen styrer intensivsykepleieres muligheter både i privatlivet og i arbeidslivet. I Norge er grunnskolen gratis for alle, og det ytes studiestøtte til bachelor- og masterutdanning i sykepleie. Flere norske sykehus har et varierende antall stillinger med lønn under videreutdanning i intensivsykepleie (1,5 år), for å sikre rekruttering til yrket og forutsette tilgangen på arbeidskraft. Ulike former for lønn eller stipend har eksistert nærmest fra videreutdanningen ble opprettet. Velferdsgoder som fødselspermisjon, trygder og sykepenger er strukturelle elementer som bidrar til at intensivsykepleiere har anledning til å stå i arbeid. Med tanke på vilkår i arbeidslivet er det et vesentlig prinsipp at helsetjenester i Norge er offentlig finansiert. Finansieringen sikrer befolkningen livsviktige helsetjenester og sikrer intensivmedisinen et pasientgrunnlag uavhengig av den enkelte pasients økonomi og sosiale status.

Levealderen i den norske befolkningen er høy, og behovet for intensivbehandling øker med alderen (Stubberud, 2015, s. 33). Endret demografi i Norge kan gi endret pasientgrunnlag. I kombinasjon med et endret sykdomsbilde og nye teknologiske muligheter gjør at det at

intensivmedisinen er i rivende utvikling. Medisinsk utvikling og forskning har til dels endret måten å arbeide med intensivpasienten på, med mer fokus på forebygging og å forkorte intensivoppholdet så mye som mulig. Utviklingen i behandlingsmuligheter har også medført at en del av intensivpasientene er mer komplekse og behandles lenger enn tidligere, fordi man for noen år siden ikke hadde kompetanse og teknologi til å behandle lidelsene deres (Kolden & Veum, 2018, s. 63).

Den viktigste arbeidsplassen for intensivsykepleiere har lenge vært og er fortsatt sykehusenes intensivavdelinger (Stubberud, 2015, s. 37; Utdanningsdirektoratet, 2005, s. 6). Først nylig har det oppstått en rekke andre jobbmuligheter for intensivsykepleiere enn på intensiv-/overvåkings-/postoperative avdelinger på sykehus, i spesialisthelsetjenesten, i andre deler av helsevesenet og utenfor helsesektoren. Dagens videreutdanning i intensivsykepleie i Norge ønskes integrert i en masterutdanning eller med mulighet for påbygg til en mastergrad (Kunnskapsdepartementet, 2012). Det gir anledning til å gå i fagutviklings-, forsker- og utdanningsstillinger.

### 1.3 Det sosiale rommet

Det er ikke bare feltet og intensivmedisinen (jf. kap.1.2) som fungerer som ramme rundt intensivsykepleierens arbeid. Intensivsykepleieren er også rammet inn i et videre nåtidig og fortidig sosialt rom (om begrepet det sosiale rommet kap.2.1.2). Etter å ha undersøkt og forsøkt å genere ny kunnskap om langvarige intensivsykepleiepraktikker argumenterer jeg for at kunnskap om det sosiale rommet er av betydning for hvorfor studiens intensivsykepleiere har blitt i yrket, da det fungerer som strukturelle rammer for intensivsykepleiers arbeid.

Grunntanken i velferdsstaten er at det offentlige via omfordeling av ressurser i form av politiske vedtak har ansvar for innbyggernes helse, omsorg og inntektssikring, hvilket sikrer sosial trygghet og -likhet i samfunnet. Historisk sett har det siden etterkrigstiden vært politisk enighet om statlig ansvar for velferd innen kjerneområdene alderdom, arbeidsledighet, gode vilkår for barnefamilier, utdanning og sykdom og helse (Kuhnle & Kildal, 2018, s. 18-26). I det skriftlige materialet om velferdsstaten Norge som denne gjennomgangen baserer seg på brukes begrepet velferdsstat om organiseringen og utviklingen fra 1945 til i dag (Kuhnle & Kildal, 2018; Schiøtz, 2003).

### 1.3.1 Et kort historisk perspektiv på velferdsstaten Norge

Viktige historiske trekk som ledet an til utbyggingen av velferdsstaten er industrialisering, urbanisering, stadig økende levestandard, befolkningsvekst, demokratisering, politisering, økende universalisme, et endret klassesamfunn, en mer utdannet befolkning, profesjonalisering og opprettelsen av fagforeninger (Hagemann, 2015a; Hjelmtveit, 2017, s. 42; Myhre, 2015a, b, c).

Bakenforliggende for den voldsomme velferdsutviklingen i etterkrigstiden lå det at mellomkrigstiden og 2. verdenskrig hadde skapt et ønske om stabilitet og sosial integrasjon (Hjelmtveit, 2017). Etterkrigstiden fra 1945-1970 var i stor grad preget av optimisme og økonomisk og teknologisk vekst. På tross av en langvarig sosialdemokratisk regjering var det bred politisk enighet og samarbeid om innføringen og utvidelsen av velferd. I dette lå utvidelse og innføring av en rekke sosiale reformer, økt utdanning i befolkningen, sikring av bolig og et omfattende offentlig helsevesen. Det ble i løpet av relativt kort tid innført barnetrygd, alderstrygd, uføretrygd, ulykkestrygd og folketrygd. Det offentlige helsevesenet var preget av et økt antall ansatte med større krav til kompetanse, utjevning av forskjeller i tilbud til befolkningen og medisinsk utvikling i medisiner, kunnskap og teknologi (Lange, 2015a, b, c). Det var et mål å øke utdanningsnivået i befolkningen generelt, samt å gi tilgang til at flere kunne ta høyere utdanning (Hagemann, 2015b). Alle de overfor nevnte tiltakene førte til massiv økningen i offentlige utgifter. I følge Aasen og Kildal (2014, s. 116) var det i etterkrigstiden høy nasjonal arbeidsdisiplin, en forutsetning for den omfattende sosiale orienteringen i staten som i dag betegnes velferdsstaten.

På 70-tallet ble det satt i gang en rekke reformprosjekter som tok sikte på desentralisering, avinstitusjonalisering, modernisering (eksempelvis New Public Management) og dreining fra en politisk styrt velferdsstat til et mer markedsstyrt velferdssamfunn (Hjelmtveit, 2017, s. 45). En del av trenden var også økende privatisering av tidligere statlige tjenester, flere internasjonale avtaler og åpnere markeder innen handel og økonomi. De store oljeinntektene var i denne tidsperioden med på å bidra til at velferdstiltak ikke ble bygget ned, men heller økte i omfang (Notaker, 2015). Et annet markant trekk i denne epoken var kvinners inntog i høyere utdanning og arbeidsliv. Allerede på 80-tallet var kvinner i flertall ved norske høgskoler, noen år senere på universitetene. Stadig flere kvinner kom i arbeid, hovedsakelig på bakgrunn av utdanningsmuligheter, lavere fødselstall, sosiale stønader og tiltak, og utviklingen av hjelpemidler i hjemmet. Likevel er det fortsatt mer utbredt blant kvinner enn

menn å arbeide deltid, og kvinner er fortsatt lavere lønnet enn menn i en del yrker (Benum, 2015). På slutten av 60- og i 70-årene var det sterk økning i antall høgskoler, distriktshøgskoler og universiteter. Høyere utdanning var ikke lenger forbeholdt noen, hjulpet av opprettelsen av Statens Lånkasse. Dette førte til en enorm vekst i antall studenter. Fra 90-tallet har utdanningssystemet vært gjenstand for tallrike reformer og standardisering i innhold og organisering, statlig målstyring, sammenslåinger til større utdanningsinstitusjoner og ytterligere ekspansjon i antall studenter (Tønnessen, 2011, s. 92-93, 102, 118).

Fremveksten av sykehusvesenet henger sammen med utviklingen i det sosiale rommet, og er av betydning for intensivsykepleieren fordi det danner rammene for den arenaen hvor intensivmedisinen utøves. Sykehusene gått fra å være privateide steder for pleie og oppbevaring til gradvis å bli en arena for utredning og behandling av sykdom, forskning og utdanning i offentlig regi. Videre redegjørelse tar ikke denne studien for seg, og er godt dekket i eksempelvis Folkets helse – landets styrke 1850-2003 (Schiøtz, 2003). Dagens styring og drift av sykehusene ble innført med Foretaksreformen i 2002. Statlig eieforhold sikrer finansiering (Sosial- og helsedepartementet, 2001). Generelt har det de siste 40-50 årene vært en hovedtrend for utviklingen av helsetjenestene innen fem områder: stor vekst i antall ansatte helsepersonell, bruk av tjenestene og kostnader, desentralisering (med unntak av spesialisthelsetjenesten), avinstitusjonalisering, flere lovpålagte plikter og -rettigheter og større grad av markedsstyring (Romøren, 2018, s. 151-154).

Oppsummert kan man si at strukturer i samfunnet, i likhet med det medisinske feltet, rammer inn arbeidet som intensivsykepleier. Eksempler på slike strukturer er velferdsstatens kjerneområder; det offentlige helsevesenet, utdanningstilbud og -muligheter og tallrike velferdsgoder.

#### 1.4 Relevant forskning om intensivsykepleie

Det er flere norske masteroppgaver omhandlende forhold som kan understøtte det at intensivsykepleiere ikke blir i yrket. Breland og Gautefall (2016) tok for seg hvorvidt intensivavdelingen er et godt sted å arbeide for intensivsykepleieren og hvilke forhold som bidrar til jobbtilfredshet eller utbrenthet. Lende (2017) viser til at intensivsykepleiere velger å forlate yrket av sammensatte årsaker både i yrkeslivet og privatlivet. Johnsen, Wæraas og Lind (2016) løfter frem at mangel på strukturert faglig gjennomgang etter uventede hendelser

fører til nedprioritering av faglig vekst og egenomsorg hos helsepersonell. For utfyllende beskrivelse av disse studiene se vedlegg 7.

Flere vitenskapelige artikler tar for seg negative helsemessige konsekvenser av arbeid som intensivsykepleier. De er enten skrevet på bakgrunn av eller viser til forekomst av stress (Hays, All, Mannahan, Cuaderes & Wallace, 2006), omsorgstretthet (Al-Majid, Carlson, Kiyohara, Faith & Rakovski, 2018; Kelly, 2017; Sacco, Ciurzynski, Harvey & Ingersoll, 2015) og utbrenthet (Fonseca & Mello, 2016; Poncet et al., 2007; Vasconcelos & Martino, 2017) hos intensivsykepleiere. En gjennomgang av disse artiklene på bakgrunn av tittel og sammendrag, viser at de fleste omhandler faktorer som kan bidra til stress/utbrenthet/omsorgstrøtthet, forebyggende mekanismer eller håndtering av dette. Artiklenes innhold er kortfattet sammenfattet i vedlegg 7.

Jeg har ikke lyktes i å finne artikler/studier om hvordan det har seg at intensivsykepleiere forblir i arbeidet, og dette er noe av det jeg ønsker å genere kunnskap om i denne praxeologiske studien.

### 1.5 Undring

Til tross for at det krevende arbeidet som intensivsykepleier kan bidra til helsemessige og sosiale utfordringer (jf. kap.1.4 og vedlegg 7) ser de fleste av intensivsykepleierne jeg har møtt ser stor verdi i arbeidet sitt og arbeider lenge i intensivmedisinen. Det undrer meg hvordan det kan ha seg at noen gjør slike praktikker i årevis. Undringen har gitt motivasjon til å undersøke hva som bidrar til langvarige intensivsykepleiepraktikker.

### 1.6 Antagelse

De jeg har møtt med lang fartstid som intensivsykepleiere er ikke en homogen gruppe. Jeg antar derfor at både subjektive forhold og forhold i samfunnet er avgjørende for å arbeide som intensivsykepleier år etter år. Studien er basert på antakelsen om at det er en relasjon mellom intensivsykepleiers bakgrunn og mulighetsbetingelsene i intensivmedisinen og langvarige intensivsykepleiepraktikker.



## 2 Teori, metodologi, metode, teknikk og etiske refleksjoner

Studiens antakelse er fundert i Bourdieus teori om habitus, felt og sosialt rom (jf. kap.2.1). I vitenskapelige arbeider må det være konsistens mellom teori og metodologi, og i denne studien er det konsistens mellom teori og praxeologisk metodologi.

### 2.1 Studiens teoretiske forankring

#### 2.1.1 Habitus

Sentralt i denne studien er Bourdieus forståelse av begrepet habitus. Habitusbegrepet forstått i en praxeologisk sammenheng baserer seg på at en agents praktiske omgang med sine handlingsmuligheter og objektive livsbetingelser manifesterer seg i form av subjektive disposisjoner. Disposisjonene lagres kroppslig som en taus og praktisk rettesnor som orienterer tanker, oppfattelser, vurderinger og handlinger (Callewaert, 2019, s. 3). Det betegnes som internalisering av ekternalitet, agentens handlinger er kollektivt orkestret uten at de er produktet av en dirigerende dirigent selv om det ser slik ut (Bourdieu, 1994, s. 86). Dermed virker habitus strukturerende, i det at bakenforliggende faktorer avstemmer praktikk med situasjoner og bidrar med en praktisk sans som er utenfor agentens fulle bevissthet. De praktikker habitus frembringer gjør agenten i stand til å møte ulike og uforutsette situasjoner, så lenge de minner om det som gav opphav til disposisjonen (Callewaert, 2019, s. 3). Derfor tendenserer praktikkene til å reprodusere de objektive strukturer som bidro til å skape dem, karakterisert som ekternalisering av internalitet (Bourdieu, 1994, s. 86). Begrepet habitus rommer det paradokset at mennesker kan handle målrettet (de agerer) uten at målet er kjent for den som handler (Callewaert, 1994, s. 53).

Bourdieu's kapitalbegrep er viktig i sammenheng med habitusbegrepet, da det beskriver det sosiale liv som et spill hvor individer har ulike forutsetninger ut i fra hvor mye og hvilke former for kapital de besitter. Dermed medtenkes arv og historie som strukturerende på det sosiale livet (Esmark, 2006, s. 87-89). Kapital er av Bourdieu definert som knappe ressurser som individer og grupper konkurrerer om. Alle interesser og handlinger er en kamp om å tilegne seg mer kapital, som kan reposisjonere et individ eller gruppe i det sosiale livet. Kapital bærer dermed med seg elementer av makt og dominans. Videre deles kapital inn i tre grunnleggende kapitalformer: kulturell, økonomisk og sosial kapital (Aakvaag, 2008, s. 151-153). Kulturell kapital eksisterer i tre varianter; kroppsliggjort, institusjonalisert og objektivert. Denne kapitalformen er basert på mestring av den dominerende kulturelle koden, kan kalles dannelse og smak (kroppsliggjort). Slik kapital overføres gjennom grunnleggende

sosialisering i familien i oppveksten, ved ervervelse av formelle titler/utdanningstitler (institusjonalisert), eller noe fysisk som bøker/kunstverk (objektivert). Økonomisk kapital er inntekt, eiendom og andre materielle besittelser. Sosial kapital er tilgang til og deltakelse i sosiale nettverk, eksempelvis familie, venner, kollegaer og organisasjoner (Esmark, 2006, s. 89-94; Aakvaag, 2008, s. 151-153).

En annen side ved habitus er at den har sosialt opphav, da sosiale betingelser former ens habitus. Fordi habitus er et produkt av ens sosialisering er habitus også klassespesifikk, og dermed står habitus i relasjon til ens posisjon (Aakvaag, 2008, s. 160-161). På bakgrunn av dette er habitus både individuell og kollektiv, preget både av agentens personlige historie og den kollektive historien som agenten tar del i. Habitus virker konstituerende på sine omgivelser ved å tillegge bestemte ting verdi og mening og former dermed det sosiale feltet (Priour, 2006, s. 40-41). Med utgangspunkt i sine disposisjoner inntar individet posisjoner i privatlivet, yrkeslivet og samfunnslivet. Hvordan man oppfatter, tenker og uttrykker seg, med andre ord hvordan man posisjonerer seg, har grunnlag i ens posisjon og disposisjoner. Habitus kan derfor struktureres i begrepene posisjon, disposisjoner og posisjonering, kalt habitustrilogi.

### 2.1.2 Det sosiale rommet og feltet

Ved å foreta et brudd med objektivismen kunne man i følge Bourdieu synliggjøre objektive sosiale strukturer som påvirker og setter rammer for agentens handlinger, selv om strukturene ikke er erkjent av agenten selv. De objektive sosiale strukturene betegnet han som felt og det sosiale rom (Aakvaag, 2008, s. 159). Med begrepet det sosiale rom refererte Bourdieu til den klassestrukturen som eksisterer i samfunnet, og som alle er underlagt. Den er preget av hierarki, og ethvert individ inntar objektive posisjoner på bakgrunn av ervervet kapital. Posisjonene gir mening fordi de står i relasjon til hverandre. Sagt med andre ord har man en posisjon på bakgrunn av mye kapital bare fordi noen har mindre kapital, og dermed en lavere posisjon. Med dette utgangspunkt lanserte Bourdieu sin klasseteori; man tilhører en klasse på bakgrunn av sin posisjon og sin kapital, uavhengig av om man har en bevissthet rundt eller opplevelse av å tilhøre denne klassen. De tre hovedklassene er den dominerende klassen, middelklassen og den dominerte klassen, rangert fra høy til lav posisjon i det sosiale rom. Han mente at konflikt er grunnleggende for forholdet mellom klassene, da den enkelte klasse streber etter å forbedre og/eller forsvare sin posisjon (Aakvaag, 2008, s. 151-154).

Innenfor det sosiale rom finnes det flere felt, og dette begrepet er dermed mindre omfattende enn det sosiale rom. Eksempler på felt kan være det økonomiske, politiske, vitenskapelige og religiøse. Like som i det sosiale rom er sosial posisjon heller ikke i et felt avhengig av om agentene vedkjenner seg som agent i dette feltet. Det som befester en agents posisjon er den feltspesifikke kapitalen, også kalt innflytelse. Posisjonering innen feltet kan gjøres på to måter; enten ved å tilegne seg mest mulig av den gjeldende kapitalen, eller ved å utfordre og redefinere den gjeldende kapitalen. Det siste skaper ofte konflikt, og kan i ytterste forstand endre hva som er gangbar kapital innen feltet. Konfliktens mål er da å oppnå definisjonsmakt (Aakvaag, 2008, s. 154-156).

## 2.2 Praxeologisk metodologi

I denne studien har jeg prøvd å forklare langvarige intensivpraktikker (jf. kap.1.1) i lys av Bourdieus teori om habitus, felt og sosialt rom ved hjelp av praxeologisk metodologi.

I følge Bourdieu er det tre former for teoretisk viten; fenomenologisk, objektivistisk og praxeologisk. Disse står i motsetning til den dagligdagse praktiske viten. Innen praxeologisk metodologi anses hverken objektivismen eller fenomenologien som tilstrekkelige forklaringsmodeller for hva som er gyldig kunnskap og hvordan denne fremskaffes. Mens objektivismen forklarer sammenhenger ut i fra strukturer og objektive rammer, er fenomenologien utelukkende fokusert på subjektive erfaringer uten å ta hensyn til det kontekstuelle. Praxeologisk viten betrakter de objektive rammene som grunnleggende for habitus, samtidig som habitus produserer og reproducerer objektive strukturer. Denne prosessen gir internalisering av ekternalitet og ekternalisering av internalitet (Bourdieu, 1994, s. 72-86).

Muligheten for å generere kunnskap om sosiale fenomener ligger i en praxeologisk tilnærming, hvor man foretar to epistemologiske brudd. Et objektivistisk brudd skal avdekke objektive sosiale strukturer og fremstille de eksplisitt som sosiale mulighetsbetingelser. Et subjektivistisk brudd innebærer å fremheve og inkludere agenten, uten å fastholde livsverdenens erfaringer som sannhet. Til sist skal de objektive sosiale strukturene og den kompetente agenten forenes uten å gå på bekostning av hverandre (Petersen et al., 2007, s. 110; Aakvaag, 2008, s. 148-151). Det dobbelte brudd innebærer også at forskeren må bryte med oppfattelsen om egen objektivitet og betrakte seg selv med samme refleksivitet (jf. kap

2.2.2.1) som i arbeidet med sine forskningsobjekter (Hammerslev & Hansen, 2009, s. 16-17; Petersen & Callewaert, 2013, s. 98-99).

Sentralt innen praxeologi er begrepet praktikk. I følge Bourdieu (referert i Horne, 2016, s. 39) forklares praktikk slik: «Praktikker kan defineres som det vi gjør; det vi konkret ser gå for seg». Praktikk et produkt av samspillet mellom en situasjon og en habitus (Bourdieu, 1994, s. 90-91). En praxeologisk tilnærming søker å komplementere fenomenologien og objektivismen med en praktisk dimensjon, til en mer fullstendig form for kunnskap enn det den enkelte kunnskapsform bidrar med (Petersen & Callewaert, 2013, s. 95, 99). Med en praxeologisk innfallsvinkel vil man undersøke en praktikk ved å konstruere agentens habitus, strukturert i begrepene posisjon, disposisjoner og posisjonering, og se dette i sammenheng med objektive mulighetsbetingelser i agentens felt og sosiale rom. Da praxeologisk metodologi baserer seg på brudd med det subjektivistiske og objektivistiske, for siden å se på funn fra begge retninger likeverdig og med sammenheng, foregår teori, metode, datainnsamling og analyse hånd i hånd (Horne, 2016, s. 41).

#### 2.2.1 Tidligere praxeologiske studier i sykepleievitenskap

Praxeologisk metodologi anses som en kjent tilnæringsmetode innen sykepleievitenskap (Petersen & Callewaert, 2013, s. 11-15). Anvendelsen av Bourdieus teori i master- og doktorgradsavhandlinger er hovedsakelig knyttet til hans forståelse av praktikk og begrepene sosialt rom/felt, habitus, posisjoner, disposisjoner og posisjonering. Teorien er anvendt på ulike tematikker innen helse og omsorg; hjemmesykepleien (Akselberg, 2012; Fæø, 2016), sykehjem og palliasjon på sykehjem (Myking, 2013; Ågotnes, 2016), habilitering av barn og unge (Horne, 2016), velferdsteknologi (Brandser, 2015) og ernæring (Kleppe, 2015). Jeg har ikke funnet praxeologiske avhandlinger eller artikler om intensivsykepleie.

#### 2.2.2 Praxeologisk analyse

Analysen er teoribasert, fundamentert i Bourdieus teori og praxeologisk metodologi. Jeg har analysert forholdet mellom intensivsykepleierens praktikk og posisjoneringer og

- a. intensivsykepleiers disposisjoner
- b. feltet
- c. det sosiale rommet

Materialet er analysert ved hjelp av de teoretiske begrepene habitus, posisjon, disposisjoner, posisjonering, felt og sosialt rom (jf. kap.2.1). Teori kan anvendes som verktøy til å sette intervjupersonenes opplevelser inn i en sosial sammenheng, for å skape mulige forklaringer

på hvorfor praktikken er som den er (Olsen et al., 2018, s. 2). Det er ikke denne studiens mål å foreslå en løsning på at det er en eksisterende mangel på intensivsykepleiere, men snarere å belyse hva som muliggjør langvarige intensivsykepleiepraktikker.

Analysen er tredelt. Det gjøres innledningsvis rede for agentenes praktikk og posisjoneringer, før disse drøftes opp den enkelte agents disposisjoner (jf. kap.3.1). Deretter diskuterer jeg forholdet mellom praktikk, posisjoneringer og henholdsvis feltet og det sosiale rommet (jf. kap.3.2 og 3.3). Avslutningsvis kobles dette sammen som en mulig forklaring på hva som bidrar til at intensivsykepleierne blir i yrket. Et faremoment ved denne formen for datainnsamling og analyse er balansegangen mellom teori og empiri; teorien må ikke gå på bekostning av empirien, men empiriens prekonstruksjoner skal heller ikke ha fritt spillerom (Hansen, 2009, s. 67-68). Måter å forhindre dette på er en refleksiv holdning til forskerens egen posisjon og forhold til det undersøkte feltet (jf. kap.2.2.2.1), samt grundig forarbeid med å konstruere feltet (jf. kap.1.2) og det sosiale rommet (jf. kap.1.3) forut for gjennomføring av intervju.

#### *2.2.2.1 Sosioanalyse*

Et viktig aspekt ved praxeologisk analyse er teorien om at forskeren selv er en del av den verden hun forsøker å forstå og forklare. Sosioanalyse av forskeren, i form av deltakende objektivisering og brudd med egne prekonstruksjoner, er derfor sentralt (Prieur, 2002, s. 110-114). Det innebærer at en som forsker må foreta en objektivisering av forskersubjektet og ens relasjon til det som er objekt for forskningen, slik en gjør med forskningsobjektet. Målet er å bli bevisst hvordan ens posisjon og de sosiale relasjoner som posisjonen gir påvirker det en sier og skriver (Prieur & Sestoft, 2006, s. 226-238). Det krever også at forskeren forsøker å se hvilke forforståelser som eksisterer i feltet og det sosiale rommet som forskeren selv er en del av. Forskeren kan ikke fri seg helt fra dette, men premisset i at forskeren ikke forholder seg objektiv til sitt forskningsobjekt er vesentlig for datainnsamling og analyse (Hammerslev & Hansen, 2009, s. 16-17).

På grunn av oppgavens begrensede omfang både i ord og tid har jeg ikke gjort en fullstendig sosioanalyse. En delvis sosioanalyse (vedlegg 1) er gjennomført på bakgrunn av erkjennelsen av at det påvirker gjennomføringen av intervjuene og tolkningen av datamaterialet. I det arbeidet har jeg presentert min livshistorie og konstruert min habitus i kategoriene posisjon, disposisjoner og posisjoneringer. Denne er forsøkt presentert med objektivitet. Man kan

likevel ut i teorien om at forskeren aldri er objektiv i møtet med sitt forskningsobjekt stille spørsmål ved hvor objektiv en slik fremstilling av egen livshistorie kan bli. Jeg har valgt ut hvilke elementer i min livshistorie og mine relasjoner jeg vektlegger betydning, og har på denne måten formet min egen og leseres oppfatning av meg. Man kan også argumentere for at det jeg har inkludert eller ekskludert kan leses ut i fra hva jeg har ansett som selvfølgelig eller unødvendig å forklare ut i fra min habitus. Dette gjelder også studiens intervjupersoner i fremstillingen av egen person og praktikk. En sosioanalyse kan ikke fri meg fra min habitus, men et forsøk på dette har gjort meg mer oppmerksom på hvordan dette farger og påvirker mitt arbeid med teorien, menneskene jeg intervjuer og analysen av datamaterialet. At jeg er nyutdannet intensivsykepleier og at intensivutdannelsen min er en del av en mastergrad farger denne studien på betydelig vis. Min habitus er også preget av at jeg er oppvokst i en annen del av landet i en annen tid enn det studiens agenter er. Dersom studien skal videreutvikles blir det naturlig å gjøre en fullstendig sosioanalyse ved å se egen posisjon, disposisjoner og posisjoneringer i relasjon til det feltet og sosiale rommet jeg er en del av og forsker i.

### 2.3 Forskningsspørsmål

Studiens forskningsspørsmål er:

Hvordan er relasjonen mellom intensivsykepleiers habitus og mulighetsbetingelser i feltet og det sosiale rommet og langvarige intensivsykepleiepraktikker?

Følgende underordnede forskningsspørsmål har vært brukt for å finne svar på det overordnede forskningsspørsmålet:

- Hva er intensivsykepleierens posisjon, disposisjoner og posisjoneringer? (jf. vedlegg 2)
- Hvordan er forholdet mellom langvarige intensivsykepleiepraktikker og intensivsykepleiers posisjon, disposisjoner og posisjoneringer?
- Hvordan er relasjonen mellom langvarige intensivsykepleiepraktikker og feltet?
- Hvordan er relasjonen mellom langvarige intensivsykepleiepraktikker og det sosiale rommet?

### 2.4 Metode og teknikk

Ut fra Bourdieus teori om gjensidig påvirkning mellom struktur og agent, og i tråd med praxeologisk metodologi, har studien to sett med data. Livshistoriske intervju med agenter i feltet er det subjektive datasettet. Materialet om feltet og det sosiale rommet (jf. kap.1.2 og 1.3) er data om de objektive strukturene og baserer seg på litteratur om den norske

velferdsstaten, helsevesenet, intensivmedisinen og intensivsykepleie. I denne studien står to metoder på spill. Tilnærmingen til datamaterialet fra intervjuene er vitenskapelig, men på bakgrunn av studiens begrensede tid og omfang er det ikke gjort en vitenskapelig registrantanalyse (Kropp, 2009) av datamaterialet om feltet og det sosiale rommet. Data om de objektive strukturene er likevel basert på pålitelige kilder (jf. kap.2.4.2).

#### 2.4.1 Livshistoriske intervju

Studiens forskningsdesign er livshistoriske intervju. Målet med livshistoriske intervju er å avdekke agentens posisjon, disposisjoner (på bakgrunn av kapital) og posisjonering for å konstruere habitus. Den enkeltes sosiale historie har grunnlag både i egne beretninger og deres forhold til og analyse av egen familiehistorie (Petersen et al., 2007, s. 173, 177). Intervjusituasjonen handler om å få tak i hvilken kulturell, sosial og økonomisk kapital agenten besitter, hvilken posisjon dette gir vedkommende innen det medisinske feltet og hvordan disposisjonene innvirker på hvordan intensivsykepleieren posisjonerer seg. Posisjonering kommer til uttrykk gjennom holdninger, meninger og handlinger. Sagt med andre ord er posisjonering hva intensivsykepleieren sier og gjør og hvordan situasjoner erfares og håndteres, på bakgrunn av posisjon og disposisjoner. I følge Hansen (2009, s. 63) gir Bourdieu i liten grad instruksjoner om hvordan intervju skal eller kan gjennomføres, likevel skisseres det at intervju kan brukes til å vise koblingen mellom individuelle opplevelser og utviklingen i et sosialt felt. Dette med grunnlag i at levd liv gir seg uttrykk i den enkeltes holdninger og handlinger, i tråd med Bourdieus begrep habitus (jf. kap.2.1.1).

#### 2.4.2 Datainnsamling av materialet om feltet og det sosiale rommet

I arbeidet med å konstruere feltet og det sosiale rommet har jeg brukt litteratur både av eldre og nyere dato om ideer og prinsipper bak velferdsstaten, helse- og sosialsystemet i velferdsstaten, fremveksten av det moderne helsevesenet og sykepleie- og intensivsykepleiehistorie. Formelle dokumenter som lover, forskrifter, rapporter og retningslinjer er innhentet for å konkretisere og begrense feltet. I tillegg har jeg brukt Universitetet i Oslos nettsider om norges historie. For å finne litteratur har jeg søkt i Oria og Google Scholar med søkeordene: velferdsstat/velferdsstaten, intensivsykepleie, sykepleiehistorie. Jeg har fått henvisninger fra veileder og andre som har driver forskning i helsesektoren, samt brukt og kryssjekket referanselister i bøker og avhandlinger. Jeg har også anvendt faglitteratur og offentlige dokumenter som jeg har hatt kjennskap til fra intensivutdanningen eller arbeidslivet. Selv om jeg ikke har gjort en registrantanalyse kan jeg argumentere for kildenes pålitelighet på bakgrunn av at de er foreslått fra veileder og andre

forskere som arbeider med teorien og metodologien, samt at mange av kildene er gjenfunnet flere ganger i ulike referanselister. Jeg ser i ettertid at jeg burde arbeidet mer systematisk med innsamling og lesing av dette datamaterialet, men erfarte at det er for arbeidskrevende innenfor oppsatt tidsramme. De ulike perspektivene som metodologien søker å kombinere og komplementere krever at forskeren gjennomgår svært omfangsrikt materiale. At jeg derfor har måttet utelate å arbeide med et så rikholdig materiale om feltet og det sosiale rommet som jeg ønsket, samt at jeg har plasshensyn i oppgaven har måttet unnlate mye av materialet jeg faktisk gjennomgikk, ser jeg på som en svakhet (jf. kap.4.2).

#### 2.4.3 Søkestrategi for forskning om intensivsykepleie (jf. kap.1.4)

Forskning om intensivsykepleie er innhentet via systematiske søk i databaser. For å få et innblikk i tidligere forskning på feltet startet jeg med å definere ord jeg mener kan ha relevans for emnet. Deretter søkte jeg i Høgskulen på Vestlandets (HVL) biblioteks oversikt over Mesh-termer knyttet til disse. Mesh-termene jeg fant var intensivsykepleie, critical care nursing, critical care nurse, intensive care unit/icu, omsorgstretthet/sekundær traumatisering, compassion fatigue, secondary traumatic stress, yrkesmessig utbrenthet, burnout professional, psykisk helse, mental health. Jeg har søkt på ordene enkeltvis og i ulike kombinasjoner. Søkene er gjort i Google Scholar, SweMed+, Cochrane Library og Cinahl (søkehistorikk fra sistnevnte som vedlegg 8). I tillegg har jeg søkt spesifikt på avhandlinger knyttet til praxeologi, Bourdieu og intensivsykepleie i Bora, Oria og Google Scholar, SweMed+ og Cinahl. Forskning er også funnet via referanselisten i relevante avhandlinger/artikler/bøker. Funn fra søkene er oppsummert i kap.1.4, i vedlegg 7 og kap.2.2.1.

#### 2.4.4 Rekruttering av intervjupersoner

Utvalget i studien er strategisk, intervjupersonene har selv erfaringer knyttet til formålet med studien og problemstillingen. Dette støttes også av Hansen (2009, s. 69), som understreker at utvelgelsen av intervjupersoner bør gjøres med tanke på at historiene skal synliggjøre sentrale problemstillinger i den praktikken prosjektet omhandler. Noen fortalte at de hadde blitt oppfordret til å melde sin interesse av kollegaer, og utvalget er derfor dels et tilgjengelighetsutvalg rekruttert ved snøballteknikk (Malterud, 2017, s. 59-60). Inklusjonskriteriene var at intervjupersonene skulle være intensivsykepleier, med minimum 5 års erfaring fra arbeid med intensivpasienter i intensivavdeling.



Å få innpass på et sykehus for å rekruttere intervjupersoner var en tidkrevende prosess. Jeg kontaktet avdelingsledere ved aktuelle avdelinger per telefon/e-post basert på følgende kriterier; generell intensivavdeling, geografisk tilgjengelighet og antall sengeplasser. Flere avdelingsledere takket nei til å la meg rekruttere med begrunnelse i at de har egne masterprosjekter tilknyttet sykehuset, motvilje blant intensivsykepleierne til å bli med i stadig nye prosjekter og at studien innebærer personlige spørsmål. Avdelingen som til slutt gav tilgang var ikke opprinnelig aktuell, men jeg fikk kontaktinformasjon via mitt sosiale nettverk. Etter kontakt med avdelingsleder per e-post og telefon sendte jeg en formell søknad til avdelingsleder og klinikkdirektør. Den skriftlige godkjenningen på denne er ikke vedlagt for å ivareta anonymiteten til intervjupersonene. Førstegangskontakt gikk gjennom avdelingsleder på avdelingen, via e-post med informasjonsskriv med samtykkeerklæring (vedlegg 3). Avdelingsleder valgte ut aktuelle kandidater basert på inklusjonskriteriene. Jeg informerte muntlig om prosjektet for avdelingens ansatte på fagdag, og det ble sendt ut påminning om studien per e-post. Intervjupersonene tok deretter direkte kontakt med mastergradsstudenten og det ble avtalt tid og sted for intervju.

#### 2.4.5 Gjennomføring av livshistoriske intervju

Underliggende for den praktiske gjennomførelsen bør man ha helt klart for seg hva intervjuet skal synliggjøre og brukes til, hvilket felt som er i fokus, hvilke sosiale mekanismer som ligger til grunn og hvordan man best kan synliggjøre sammenhengen mellom det personlige som intervjuet avdekker og større sosiale fenomener (Hansen, 2009, s. 65). Forut for gjennomføringen av intervjuene lå et stort arbeid med å sette seg inn i feltet (jf. kap.1.2) og det sosiale rommet (jf. kap.1.3), samt Bourdieus teoretiske begreper og praxeologisk metodologi (jf. kap.2.1 og 2.2). I arbeidet med søknaden til Norsk senter for forskningsdata (NSD) ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 4) som før intervjuene ble tillagt et par ekstra spørsmål, men som ellers ikke er revidert.

Datainnsamling av empiri ble gjort med semistrukturerte intervju av tre intervjupersoner. Intervjuene ble utført på deres arbeidsplass etter deres ønske, på et rom utenfor avdelingen. Før intervjuenes start ble det innhentet skriftlig samtykkeskjema, og etterspurt om de hadde spørsmål eller trengte utfyllende forklaringer om informasjonsskriv eller studien i sin helhet. Det ble avsatt 1,5 time til intervjuene, og de hadde en varighet på 1-1,5 time. Lydopptak ble gjort av de elementer som var oppsatt i intervjuguide (vedlegg 4), men det ble pratet mer uformelt etter lydopptakene med alle intervjupersonene. Intervjuguiden ble fulgt, men det ble

stilt oppfølgingsspørsmål til det intervjupersonene sa. Hvis de ikke selv kom inn på vesentlige momenter i tabell i vedlegg 4 stilte jeg noen konkrete spørsmål. Jeg opplevde det som vanskeligere både å stille spørsmål om personlige opplysninger og å få intervjupersonene til å snakke om dette uoppfordret, enn å få de til å snakke om faget og arbeidet som intensivsykepleier. Jeg gjorde anonymiserte notater samme dagen som intervjuene ble gjennomført, dette ble senere brukt i kombinasjon med transkripsjoner i arbeidet med analysene. Lydopptakene ble lastet opp på sikret forskningsserver og transkribert av intervjuer. Deretter ble lydopptakene slettet fra opptakerne, og arbeid med ikke-anonymisert materiale har foregått på forskningsserveren. Etter anonymisering av transkripsjoner konstruerte jeg intensivsykepleiernes habitus ved bruk av tabell i vedlegg 4, på bakgrunn av det som fremkom i de livshistoriske intervjuene (vedlegg 2).

## 2.5 Ethiske refleksjoner

Et vitenskapelig arbeid som innebærer innsamling og bruk av datamateriale som kan knyttes til enkeltpersoner fordrer etiske vurderinger rundt personvern, anonymitet, praktisk håndtering av datamaterialet og refleksjon rundt metodisk fremgangsmåte (for sistnevnte jf. kap.4.2). I denne studien er personvern spesifisert i søknader til og godkjenninger fra NSD (vedlegg 6) og Personvernombud ved HVL (vedlegg 5) og ved aktuelt sykehus. Personvernombud ved sykehuset ble forspurt om vedkommende skulle involveres, men mente etter å ha lest prosjektplan og informasjonsskriv at det bare var nødvendig å registrere prosjektet ved foretaket med eksisterende godkjenninger og prosjektbeskrivelse. Fordi livshistoriske intervju er personlige og kan oppleves utleverende har jeg valgt ikke å intervjuer på egen arbeidsplass.

Å få tilgang til og anvende andres personlige opplysninger krever informert samtykke fra deltakerne (Malterud, 2017, s. 214). Denne rettigheten ble ivaretatt ved at agentene fikk tilsendt informasjonsskriv med samtykkeskjema (vedlegg 3) per e-post fra arbeidsgiver. Før opptak ble intervjupersonene forespurt om de hadde spørsmål eller ønsket utdypende forklaringer om studien og deres rettigheter, hvilket alle avkreftet. Undertegnede samtykkeskjema ble innsamlet før lydopptak ble startet. Både lydopptak og transkripsjoner har vært oppbevart på HVLs sikrede forskningsserver. Samtykkeskjemaene har vært oppbevart innelåst. Ved prosjektets slutt har jeg tillatelse til å overføre to av intervjuene i anonymisert form til NSD til bruk i videre forskning.

I det skriftlige arbeidet av studien er personvernet sikret ved anonymisering av agentene, ved å utelate eller modifisere gjenkjennbare opplysninger og ord på dialekt. Noen av sitatene er lett modifisert av forsker, eksempelvis ved å utelate ufullstendige påbegynte setninger som agentene formulerte mens de tenkte eller å bytte om på rekkefølgen av to ord. Begrunnelsen for det er at det i noen tilfeller virker fordommende å gjengi muntlige uttalelser ordrett i skriftlig form, men de står stort sett i sin naturlige form. Kravet om å sikre intervjupersonene anonymitet kan være særlig vanskelig å innfri ved forskning med bakgrunn i livshistorie. Metodologien baserer seg på den enkeltes habitus som en av to likeverdige forklaringer på hvordan praktikker ser ut som de gjør (jf. kap.2.2). Habitus er delvis forankret i ens livshistorie, og livshistorie er unik og utfordrende å anonymisere. I informasjonsskrivet ble det opplyst om at de kan gjenkjenne seg selv i publisert skriftlig materiale. Det at rekruttering er foretatt via arbeidsgiver kan problematiseres fordi vedkommende har valgt ut aktuelle kandidater og har kjennskap til hvem disse er. Intervjuene ble gjort utenom arbeidstid, men agentene ønsket å gjennomføre intervjuene på egen arbeidsplass. De var også relativt åpne til sine kollegaer og arbeidsgiver om at de ble intervjuet, selv om de ble oppfordret til ikke å si dette av hensyn til anonymitet. Dette gjorde anonymiseringen desto mer utfordrende. Jeg mener likevel at personvernet er godt ivaretatt, også i form av at det ikke er gjengitt eller formidlet kompromitterende opplysninger eller uttalelser hverken om agentene eller tredjepersoner.

### 3 Analyse

Så langt har jeg introdusert intensivpraktikker, feltet og det sosiale rom som danner rammene rundt intensivsykepleierens arbeid (jf. kap.1.1, 1.2, 1.3). Med forankring i Bourdieus begreper habitus, felt og sosialt rom (jf. kap.2.1) har jeg formulert en antakelse om at både subjektivistiske og objektivistiske forhold bidrar til at intensivsykepleiere forblir i yrket. Jeg søker å forklare hvordan relasjonen er mellom intensivsykepleiers habitus og mulighetsbetingelsene i feltet og det sosiale rommet og det at hun blir i yrket over mange år (jf. kap.2.3) ved å anvende praxeologisk metodologi (jf. kap.2.2). Analysens første del omhandler de subjektivistiske forholdene som bidrar til at studiens agenter blir i yrket sitt, strukturert i begreper fra habitustrilogien: posisjon, disposisjoner og posisjonering (jf. kap.2.1.1). Her presenteres både funn fra intervjuer med agentene og jeg diskuterer funnene opp mot studiens teoretiske fundament (jf. kap.2.1). Studiens tre agenter er intensivsykepleiere med lang erfaring innen intensivmedisinen. De har fått fiktive navn både av hensyn til personvern og for å hjelpe leseren å skille disse fra hverandre. Analysens andre

del er fundert i de teoretiske begrepene felt og sosialt rom og omhandler de objektivistiske forholdene som bidrar til at agentene fortsatt arbeider som intensivsykepleier.

### 3.1 Forholdet mellom intensivsykepleiers praksis, posisjonering og disposisjoner

Jeg har kalt studiens tre intensivsykepleierne for «Anne Marie», «Randi» og «Mette». Nedenfor har jeg presentert deres praksiser og posisjonering. Deretter har jeg drøftet samsvar mellom posisjoneringene og deres disposisjoner. Agentenes posisjon, disposisjoner og posisjonering er kortfattet i vedlegg 2.

#### 3.1.1 «Anne Maries» praksis

«Anne Marie» har arbeidet på intensivavdeling i over 30 år. Hun har 100% stilling som intensivsykepleier i tredelt turnus. Hun var ferdig med videreutdanning i intensivsykepleie på slutten av 80-tallet, da utdanningen var sykehusintern.

#### 3.1.2 «Anne Maries» posisjoneringer

Etter sykepleiestudiet begynte «Anne Marie» å jobbe på en stor kirurgisk avdeling på et lokalsykehus. På sin nye arbeidsplass møtte hun flere erfarne sykepleiere, fikk anledning til å se akuttmedisin på nært hold og ivaretok nyopererte pasienter som ikke trengte intensivbehandling postoperativt. Etter noen år bestemte «Anne Marie» seg for å reise tilbake til hjembyen og arbeide i en annen del av helsevesenet enn på sykehus. Dette viste seg ikke å passe henne, så hun skaffet seg igjen stilling på samme avdeling på lokalsykehuset. Denne stillingen var av mer administrativ art. Det tok knapt et år før hun søkte seg til halvannet år med videreutdanning i intensivsykepleie. Å flytte for å ta videreutdanning lot seg gjøre fordi hun ikke hadde personlige forpliktelser på bostedet. «Anne Marie» var den første på daværende arbeidssted som tok videreutdanning i intensivsykepleie, på bakgrunn av et ønske om å lære mer. Da hun kom tilbake til arbeidsstedet kjente hun seg tatt godt i mot, og opplevde at andre søkte samme videreutdanning senere.

«Anne Marie» betrakter arbeidet med kritisk syke mennesker er veldig givende. Hun har mulighet til å få god kontakt med pasient og pårørende fordi hun har færre pasienter enn om man jobber på vanlig sengepost, hun er med på mye av pasientens forløp og får ofte se bedring i tilstanden. Samtidig opplever hun arbeidet som annerledes i dag grunnet en markant utvikling innen intensivmedisinen siden «Anne Marie» var nyutdannet intensivsykepleier. Det innebærer færre pasienter per sykepleier enn tidligere, og det er muligheter til å behandle flere

lidelser enn tidligere. Utviklingen innebærer også en endring i pasientenes alder/diagnoser og nye pasientgrupper man tidligere ikke behandlet på intensivavdeling. Det som i dagens intensivmedisin av «Anne Marie» oppleves som mest utfordrende er når legene beslutter full medisinsk behandling selv om pasientens prognose og tilstand er svært dårlig, og å være den som ser at dette forlenger pasienters lidelse og gir en uverdigg avslutning på livet: «... de behandler gjerne, synes vi da, litt for lenge. Det er trenden. Vi vet at det går tre uker så er vedkommende gjerne død, det skjer jo stadig vekk på disse eldste.» En annen utfordring hun ser er den relativt nye pasientkategorien som innlegges med intoksikasjon og/eller har en uttalt psykisk lidelse. Disse så hun sjelden tidlig i sin karriere, og hun omtaler de som den mest utfordrende pasientgruppen. Dette relaterer hun også til et økende problem med trusler og vold. Følgende sitat understøtter de muligheter og dilemmaer som «Anne Marie» mener følger med denne utviklingen:

Men et annet aspekt, som jeg personlig blir frustrert over, er all den rus og psykiatrien som vi har fått. For det var ikke det jeg utdannet meg til, for å si det sånn, da jeg tok intensiv. Men de kommer jo mer og mer, unge folk. .... Et delir på en gammel person eller en som har drukket for mye, altså det er jo blåbær i forhold til disse rusavhengige.

Arbeidserfaring fra andre deler av helsevesenet enn intensivmedisinen gjør at «Anne Marie» har et bevisst forhold til hva som gjør at hun ønsker å jobbe som intensivsykepleier. En faktor er interessen for å jobbe med akutte problemstillinger, en annen er turnusarbeidet:

Da tenkte jeg: herlighet, jobbe med sånne akutte ting igjen, det hadde jo vært litt kjekt. Og da passet det at jeg kunne gå tilbake til turnus. For når du jobber bare dagtid og er vant med å jobbe turnus, så savner du litt sånn fri at du kan få gjort noe i uken også.

Hun uttrykker at hun liker jobben sin, og at pasientsammensetningen på avdelingen gir variasjon og spennende dager. Hun trives med å jobbe både med kirurgiske og medisinske pasienter. I tillegg føler hun seg godt ivaretatt på arbeidsplassen. Hun mener det er rom for å veksle på hvilke pasienter man har, det er lett å snakke med gode kollegaer og hun synes ikke det er vanskelig å si i fra og stille krav til sine sjefer. Hun forhandler om arbeidsplaner og lønn. Dermed opplever hun at hun «har jo hånden litt på rattet». Arbeid på flere områder i kommunehelsetjenesten gav heller ikke den variasjonen hun ønsker i hverdagen:

Jeg fikk jo litt smaken på det når jeg var på (arbeidssted i kommunehelsetjenesten). Å gjøre det samme dag ut og dag inn, det var ikke noe for meg da i hvert fall. Vi har jo pasienter som blir liggende her lenge altså, men det blir på en annen måte.

Likevel ser hun at intensivsykepleierutdannelsen kan anvendes alle stedene hun har jobbet, og at den har vært en fordel som hun kan spille på, både faglig og i forhandlinger. Det er ikke mangel på mulige arbeidsplasser som gjør at hun i dag arbeider som intensivsykepleier. Hun

ser for seg å skulle ta ut avtalefestet pensjon (AFP), i likhet med flere andre kollegaer på avdelingen. Dette tror hun vil bli et tap for intensivavdelingen, når et stort antall intensivsykepleiere med lang erfaring slutter eller går ned i stilling innen en relativt kort tidsperiode.

Når «Anne Marie» blir forespurt hvordan hun håndterer erfaringene fra arbeidet med intensivpasienter trekker hun frem det veiledende aspektet ved intensivsykepleiefaget. Dette ansvaret gjelder for studenter, mer uerfarne kollegaer og overfor andre avdelinger på sykehuset. Hun har ofte, og har hatt over mange år, en koordinerende rolle i avdelingen. I tillegg har hun drevet undervisning på tidligere arbeidsplasser, arrangert fagdager, hatt rollen som assisterende avdelingssykepleier i kortere tidsrom, vært studiesykepleier og startet opp nye tiltak innad i avdelingen. Hun har dermed ivaretatt flere aspekter ved intensivsykepleierrollen enn den pasientrelaterte. På grunnlag av erfaringer i avdelingen med studenter og nyutdannede intensivsykepleiere evaluerer hun dagens intensivsykepleierutdanning som mindre god, på bakgrunn av at det er for stort fokus på teori og oppgaveskriving fremfor praksis. Hun refererer til at sykepleie er et praktisk fag, som i stor grad læres i møtet med pasienter:

De har litt for mye teori, ser det på de som går på videreutdanning nå kontra tidligere. De må få praksis, for det trenger de. .... Det er et praktisk yrke, det er det du ser når du kommer ut. Og så kan du jo all teorien og kan diskutere og, men det er mye praktisk.

Utvikling av konkrete ferdigheter og erfaringer i pasient- og pårørendekontakt er ifølge «Anne Marie» ikke mulig å lære uten tilstrekkelig praksiserfaring, selv om teori også er nødvendig i yrket. Det veiledende perspektivet fremkommer også i et utsagn knyttet til det å ivareta nyansatte og nyutdannede intensivsykepleiere:

Nå snakket jeg nettopp med en som har jobbet mange år på (refererer til navnet på en avdeling). Det begynte så mange nyutdannede spesialsykepleiere, jeg tror de var oppe i 18 synes jeg hun sa. Ikke kjenner jeg de, ikke vet jeg hva de kan, hun sa det var galskap. Sånn kan man ikke holde på. Det er ikke rart at de slutter hvis ingen... Hvis de liksom går der for seg selv og ikke vet noen ting.

For å ivareta egen helse holder hun seg fysisk aktiv. På fritiden bruker hun mye tid ute på tur, både for å være fysisk aktiv og for å «tømme hodet». Å være i aktivitet har vært en stor del av livet til «Anne Marie» siden hun var liten. Som barn var hun alltid ute og lekte, og hun drev med idrett i ungdommen. «Anne Marie» uttaler at «jeg er jo glad for at jeg ikke er syk» i relasjon til hva som har gjort det mulig å bli i yrket, hvilket indikerer at hun har hatt helse til å tåle turnuslivet. Noe som også indikerer mental styrke er følgende utsagn: «Jeg er ikke redd

for å jobbe. Jeg kjenner ikke etter når jeg står opp om morgenen.» I tillegg fremhever hun humor og uformell samtale og ventilering med kollegaer som viktig i arbeidshverdagen.

### 3.1.3 Disposisjoner ved «Anne Marie» som kan bidra til å forklare hennes praksis og posisjoneringer

Med bakgrunn i Bourdieus habitusbegrep (jf. kap.2.1.1) vil jeg belyse hvordan «Anne Maries» disposisjoner kan bidra til å forklare hennes posisjoneringer og praksis (jf. kap.3.1.1 og 3.1.2). Diskusjonen er inndelt i de tre grunnformene for kapital og deres relasjon til posisjoneringene presentert ovenfor.

#### 3.1.3.1 *Relasjonen mellom posisjoneringer og kulturell kapital*

I sin familie er «Anne Marie» høyt utdannet. Nær familie har mer praktisk rettede utdanninger, ikke høyere utdanning. Måten hun uttrykker holdningene til faget på indikerer at hun først og fremst anser intensivsykepleieryrket som et praktisk yrke. Valget av utdanning kan derfor likevel betegnes som noe kjent ut i fra det praktiske synet på sykepleie. Det at utdannelsen var sterkere knyttet til klinikken i de årene hun tok grunn- og videreutdanning kan ha bidratt ytterligere til synet på sykepleie som en praktisk disiplin. Hun fikk også tidlig et innblikk i helsevesenet via varierte praksisperioder under annen utdanning. «Anne Marie» forteller at hennes mor uttrykte motstand mot valget om å bli sykepleier, likevel flyttet «Anne Marie» fra hjembyen for å begynne på sykepleierutdanningen. Hun hadde da allerede en gang tidligere flyttet for å ta en kortere utdanning. Disse posisjoneringene kan også være et uttrykk for det å være uredde, å stille seg positiv til utfordringer og å søke konkrete løsninger på utfordringer, som i håndteringen av opplevelser i arbeidslivet. Hun var også den første som tok intensivutdannelse på sitt daværende arbeidssted. Allerede før videreutdannelsen hadde hun jobbet både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, samt vært assisterende avdelingssykepleier. Hun uttrykker flere ganger en tidlig og vedvarende interesse for det akutte aspektet ved sykepleie. Arbeidet på kirurgisk avdeling hadde gitt henne erfaring med nyopererte pasienter, ulykker og akuttmedisin før hun ble intensivsykepleier. Enda en medvirkende faktor i valget om å flytte og ta videreutdanning i intensivsykepleie var at forhold i privatlivet lå til rette for det, hun var «fri og frank». Videreutdanningen innebar også at hun flyttet nærmere hjemstedet igjen. Man kan dermed si at det ligger både personlige egenskaper og interesser, samt arbeidserfaring, til grunn for at «Anne Marie» tok en videreutdanning i intensivsykepleie.

Hun har bred bakgrunn for å omtale arbeidet sitt som givende og variert. Hun har jobbet i forskjellige sektorer og på arbeidsplasser med svært ulike oppgaver, men har likevel kommet tilbake til intensivsykepleieryrket. Arbeidet i helsevesenet har vært i kommunehelsetjenesten og med både kirurgiske og medisinske pasienter i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med intensivpasienter dekker interessen for det akuttmedisinske, hun hadde et ønske om å jobbe turnus etter flere år med ordinære arbeidstider, og hun fremhever det at hun liker arbeidet sitt som essensielt for mange år som intensivsykepleier. At hun kjenner seg godt ivaretatt på arbeidsplassen og opplever å ha innvirkning på arbeidstider og -oppgaver gjør at man kan anta at arbeidsbelastningen oppleves som mindre. Det kan se ut som det er samsvar mellom hennes varierte arbeidserfaring som i stor grad har involvert mye ansvar, hennes utsagn om at hun ikke er redd for å si i fra om sine behov og opplevelsen av å ha «hånden litt på rattet». En del av denne disposisjonen er også det at hun er klar over sine mange yrkesmuligheter, både i intensivkonteksten og utenfor, og at hun vet hva erfaringen hennes kan bidra med inn i en avdeling.

Hun har også en holdning til arbeidet som virker bidragende til lang fartstid i yrket:

Jeg har likt det. Er ikke redd for å jobbe. Kjenner ikke etter når jeg står opp om morgenen. Det er et eller annet som har skjedd i generasjonen som nå kommer etter, de er... De tåler gjerne litt mindre? Har for mye dill og dall på fritiden. Vi (intensivsykepleiere i egen generasjon) er slik at skal vi på jobb så prioriterer vi å ta hensyn til at i morgen er det jobb, kanskje. Men jeg kjenner nok ikke etter.

Med dette utsagnet kan det identifiseres flere disposisjoner som kan forklare hennes praksis. En mental forberedthet opparbeidet over flere år og en innstilling til at arbeidet også innebærer tunge tak, mindre motiverende oppgaver og varierende døgnrytme kan forklare at hun fortsatt trives og har ønsket å fortsette som intensivsykepleier. I tillegg får vi via utsagnet innblikk i at hun opplever en generasjonsforskjell, og at dette blant annet kommer til syne i hvordan man innretter fritiden etter arbeidets krav.

Hun har sett endring i pasientmassen og stor utvikling av intensivmedisinen og avdelingen. I arbeidet som assisterende avdelingssykepleier og studiesykepleier har hun vært opptatt av faglig utvikling, arrangert fagdager og var med og startet opp en spesialisert poliklinikk tilknyttet intensivavdelingen. Avdelingen har både postoperative og medisinske pasienter, så «Anne Marie» har både bred kirurgisk erfaring og har jobbet mye med hjertepasienter, da disse tidligere utgjorde en stor andel av de medisinske intensivpasientene. Det betyr at langvarig og bred erfaring muliggjør både det å se endring i intensivmedisinen, men det bidrar



også til at hun har kapasitet til å innta en veilederrolle på avdelingen. Dette er også naturlig i lys av at hun har drevet med undervisning en kortere periode på heltid og som en del av arbeidet som intensivsykepleier i mange år, og at hun vurderte å skaffe seg pedagogisk kompetanse for å drive med undervisning på høyere utdanningsnivå.

Egen ivaretagelse gjenspeiler i stor grad «Anne Maries» disposisjoner fra barne- og ungdomstiden, ved at hun holder seg fysisk aktiv med turgåing. Hun gir også et konkret eksempel på en krevende situasjon tidlig i arbeidslivet hvor nettopp fysisk aktivitet ble en mestringsstrategi for å håndtere erfaringene fra denne situasjonen. Hun fremstår i intervjusetting som en sosial dame med raske replikker, latteren er sjelden langt unna og tendens til bruk av galgenhumor. At «Anne Marie» trekker fram humor som ivaretagelse, i kombinasjon med å kunne ventilere med kollegaer, er derfor ikke overraskende.

#### *3.1.3.2 Relasjonen mellom posisjoneringer og økonomisk kapital*

Økonomisk kapital er ikke uttalt medvirkende til å kunne forklare «Anne Maries» praktikk. På bakgrunn av minimumslønn for spesialsykepleiere med over 10 års ansiennitet må likevel hennes årslønn gi en årlig inntekt på mer enn 525.000 kr. Dette inkluderer ikke tillegg for ubekvem arbeidstid, som i en turnus på intensivavdeling kan utgjøre over 100.000kr årlig. «Anne Marie» uttaler at hun har hatt muligheten til ikke lengre å gå nattevakter grunnet alder, men at hun har ønsket å beholde disse fordi det er en måte å samle arbeidstimer slik at hun får mer fritid. Dermed ser hun ikke på nattevakter som en økonomisk nødvendighet. Hun bor også i egen leilighet på tettsted i tilknytning til en by. I tillegg ønsker hun å ta ut AFP. Samlet gir dette uttrykk for økonomisk trygghet og høy økonomisk kapital.

#### *3.1.3.3 Relasjonen mellom posisjoneringer og sosial kapital*

På tross av at «Anne Marie» ikke er en del av en kjernefamilie har hun nær kontakt med søsken og deres familier. Hun flyttet på et tidspunkt nærmere foreldre for å ta hånd om de ved sykdom, og bor i dag i nærheten av familien. Hun anser denne familien som nærmeste omgangskrets, bruker mye av fritiden med dem, og hun kjenner seg veldig inkludert i deres liv. Samtidig kan man tenke seg at et liv uten barn gir større frihet i yrkesvalg og -muligheter, også til å arbeide turnus i det fysisk og psykisk krevende intensivsykepleieryrket.

«Anne Marie» fremhever også samholdet blant kollegaer hun har hatt over lang tid, og at mer uerfarne og må oppleve det trygt å arbeide i dette miljøet. Fordi hun ikke prater om arbeidet sitt på hjemmebane er det en forutsetning at hun får utløp for dette med gode kollegaer, som

ofte har opplevd det samme eller liknende situasjoner. Variert arbeidserfaring gjør det rimelig å anta at «Anne Marie» har et jobbnettverk som gir sosial kapital, da hun har arbeidet flere steder i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, samt at intensivmedisinen er bygget opp slik at hun over tid har hatt mange kollegaer med tverrfaglig bakgrunn selv om hun har arbeidet på et sted de siste tiårene.

#### 3.1.4 «Randis» praktikk

«Randi» er intensivsykepleier med nærmere 40 års erfaring med intensivpasienter. Inntil nylig har hun arbeidet i 100% stilling hele sin karriere, tatt ut delvis AFP. Var ferdig med videreutdanning i intensivsykepleie tidlig på 80-tallet, da utdanningen var sykehusintern.

#### 3.1.5 «Randis» posisjoneringer

«Randi» betrakter arbeidet sitt som meningsfullt, allsidig og variert. At det er meningsfullt gjenspeiles i tilbakemeldinger på arbeidet hennes, og disse er i stor grad positive. Hun opplever likevel ikke tilbakemeldinger som bærende for arbeidet hennes, hun vet selv om hun har gjort en god jobb eller ei. Hun liker det akutte aspektet ved intensivsykepleien og at det gir variasjon i arbeidstempo og uforutsigbarhet i hva som venter henne på jobb. Når hun sammenlikner egen arbeidshverdag med andres sier hun dette:

Så ser man jo litt rundt seg og jeg ser jo at det er en veldig allsidig jobb. Det ler man jo av av og til, for vi driver jo med alt mulig innimellom. Men sånn summa summarum, sånn når man ser hva andre gjør, det samme dag etter dag etter dag. Så har vi en ganske allsidig jobb.

Hun poengterer at selv om en får tildelt pasienter og en del arbeidsoppgaver må gjøres har man likevel frihet til å legge opp dagen slik man vil. De fleste pasientene er og veldig positive og det er motivasjon i å se at pasientene blir bedre og forlater avdelingen. Vekslingen mellom relativt friske elektive operasjonspasienter og tyngre intensivpasienter opplever «Randi» som et gode, da det gir variasjon og allsidighet i arbeidet.

Hun påpeker at det er et helt annet helsevesen enn da hun begynte å jobbe som intensivsykepleier. Eksempelvis trekker hun frem at hjertepasienter, som tidligere utgjorde en stor andel av de dårligste pasientene på flere av hennes arbeidsplasser, nå oftest får så god akuttbehandling at de ikke nødvendigvis blir intensivpasienter. «Randi» er av oppfatningen om at dagens pasienter generelt sett får mye bedre behandling enn tidligere, også i form av medikamentell behandling. Intensivmedisinen er også preget av mer teknisk og medisinsk utstyr. Dette fører også til at pasienter behandles lenger enn det hun var vant med før:

For vi som har jobbet en stund synes jo at... Vi lurer av og til på om det er død eller liv vi forlenger. Og det kan nok frustrere oss en del ganger altså. .... Det virker som det er veldig vanskelig for mange å avslutte og innse at nok er nok. For vi har jo snakket om det, vi har vært med på behandling hvor vi har tenkt at dette... Hadde dette vært mine hadde jeg ikke orket og sett på det, hadde ikke orket å være med på det. Men det er klart at det er ikke sikkert at mine verdier er det rette for alle.

I forbindelse med dette trekker «Randi» også frem at intensivsykepleiere juridisk ikke har ansvar eller myndighet til å fatte avgjørelser om å avslutte behandling:

Man må på en måte akseptere de rammene man jobber i, og da er de rammene at det er en legeavgjørelse, og jeg ser jo det at av og til kan jo pasientene komme seg, selv om vi har trodd at de... Så det er ikke sånn svart-hvitt. Noen kommer seg og kan ha en god stund etterpå og.

Med dette skisserer hun at det i intensivmedisinen er definerte hierarkiske skiller mellom de ulike medlemmene i teamet, og at man jobber med etiske dilemmaer som ikke alltid har noen opplagt god løsning.

«Randi» definerer seg som realist og praktiker, og relaterer dette delvis til egen oppvekst. Betegnelsen realist tillegger hun det at hun velger ikke å la seg frustrere over alt, gjøre det beste ut av det og velge sine kamper:

Det har jo litt med at en blir eldre, man blir jo litt avsløpt i kantene på så mange måter så... Så jeg tenker at jeg skal ikke la dette gå så innover meg. Jeg tenker at når jeg er på jobb så skal jeg gjøre det beste som jeg kan. Og så skal jeg ikke ta alle prinsippdiskusjonene i den enkelte situasjon.

Hun mener selv at erfaring har bidratt til at hun har mer ro i arbeidet, at hun nå tenker at andre overtar pasienten og de arbeidsoppgavene som medfølger. Hennes innstilling til arbeidet sitt er også preget av realisme:

Jeg har ikke noen forventninger om at det hver dag skal være forferdelig kjekt å komme på jobb, for jeg vet at det er noen tunge dager. Men det jeg har erfart er at det går nå over. Det går over. Også tenker jeg av og til at en skal jo tåle litt i et liv og.

I forlengelsen av det trekker «Randi» frem at hun stort sett har vært frisk, og derfor også ser det som en plikt å arbeide og gjøre en innsats for å få samfunnet til å gå rundt.

«Randi» trekker frem at hun er bevisst på å sette grenser for seg selv, og hun skiller mellom jobb og fritid:

Jeg tar ikke med meg jobben så mye hjem. Det har jeg et ganske bevisst forhold til, at det vil jeg prøve å ikke gjøre. Og jeg synes det er veldig greit å gå ned i garderoben, ta av seg uniformen og så går jeg ut og trekker frisk luft, også legger jeg det bak meg.

Dette skillet innebærer også at hennes sosiale nettverk ikke består av de samme menneskene i privatlivet som på jobb. Hun påpeker viktigheten av et sosialt nettverk, og i hennes tilfelle består det i nære relasjoner til familie og venner. Hun har venner fra flere stadier i livet, helt tilbake til tiden på gymnaset. På fritiden benytter hun kulturelle tilbud i byen hun bor i, tilbringer tid med familie og venner, er ute i frisk luft eller på hytta i nærheten av hjemstedet.

Kollegaer fremhever «Randi» som viktige i intensivsykepleieryrket. Uformell ventilerings av situasjoner i arbeidslivet gjøres på jobb, og det bidrar til å opprettholde skillet mellom jobb og fritid: «Du vet at vi går jo treskiftsordning og vi har jo kollegaer som vi har jobbet med i årevis og kjenner godt. Vi sitter jo på 10-timers nattevakt, så vi snakker jo om ting. Så jeg føler det blir luftet ganske bra på jobb.» Hun trekker også indirekte frem det faktum at det er kollegaer som står i de situasjonene som oppleves belastende ved arbeidet eller liknende situasjoner. Et annet utsagn som beskriver betydningen av kollegaer når det kommer til egen ivaretagelse er dette:

Når det røyner på så står kollegaene litt sånn last og brast med hverandre. Og det er klart at det er ledere, men de går jo hjem på fredag og kommer igjen på mandag, og hvis vi har jobbet helg er jo ikke vi der hverken fredag eller mandag kanskje. Så det er kollegaer absolutt, det er jeg overbevist om.

Med dette belyser «Randi» et utfordrende aspekt for ledere ved intensivavdelinger i det å være tilgjengelige for en yrkesgruppe som har hele døgnet som arbeidstid.

Å ta videreutdanning som intensivsykepleier var «Randi» svært tidlig ute med. Etter å ha arbeidet 2-3 år på lokalsykehus posisjonerte hun seg ved å flytte til nåværende bosted for å ta videreutdanning. I de årene flyttet hun på seg etter noen år og syntes intensivsykepleie hørtes spennende ut. Hun visste at hun ønsket en videreutdanning og tenkte at hun kunne prøve denne. Selv om hun ikke helt visste hva hun gikk til, hadde hun hatt praksis på intensivavdeling i grunnutdanningen i sykepleie. Selv om hun anser valg av utdanning og timingen for denne som noe tilfeldig, poengterer hun også at hun mest sannsynlig ville tatt de samme valgene igjen:

Etter at jeg tok intensivutdanningen har jeg egentlig funnet ut at det er det jeg liker. Jeg liker det slik at nå er det rolig og så smeller det litt. Og av og til blir en jo drittlei, for å si det rett ut. Og da tenker jeg, hvilke alternativer er det, hvor ville jeg ellers ha vært? Og da ser jeg ikke noen plass det er bedre å være, for å si det sånn. Ja, jeg tror kanskje jeg hadde valgt det igjen. Det ser jeg absolutt ikke bort i fra.

«Randi» uttrykker også at hun ikke ser på utfordringer og konflikt som noe negativt. Byttet av arbeidsplass for mange år siden ble utløst av arbeidskonflikter, men hun uttaler følgende om

det: «Du vokser jo uansett hva du er borti. Så det er ikke så farlig å havne i konflikt. Rett og slett. Vi har hatt det senere også. Så det er ikke så farlig.»

### 3.1.6 Disposisjoner ved «Randi» som kan bidra til å forklare hennes praktikk og posisjoneringer

På samme måte som hos «Anne Marie» kan «Randis» disposisjoner bidra til å forklare hennes praktikk og posisjoneringer (jf. kap.3.1.4 og 3.1.5). Dette kapittelet tar for seg en diskusjon om relasjonen mellom «Randis» posisjoneringer og de tre grunnformene for kapital.

#### 3.1.6.1 *Relasjonen mellom posisjoneringer og kulturell kapital*

Det er en relasjon mellom flere av «Randis» posisjoneringer og disposisjonen i være oppvokst på gård i en storfamilie. Hun er oppvokst på en gård på landet, som ble drevet av hennes foreldre på heltid. På gården bodde også besteforeldre og mange søsken. Hun beskriver at hun var heldig med oppveksten sin. Hun definerer seg selv som praktiker, og har et yrke som består i mange praktiske gjøremål. Det kan ha sammenheng med at hun kommer fra et miljø med fokus på praktiske ferdigheter og hvor disse ble verdsatt. Pliktfølelsen til å bidra i samfunnet ved å arbeide kan også ses i relasjon til at hun er oppvokst på gård, hvor hardt arbeid er en forutsetning for videre drift. I tillegg står fellesskapet sterkt i store gårdsfamilier. Hennes realistiske innstilling til rammer for arbeidet kan nok både knyttes til erfaringer i utdanning og arbeidsliv, men også til oppveksten med mange søsken og et krevende gårdsliv. Synet på utfordringer og konflikter som muligheter for utvikling stammer nok også fra oppveksten på gård i en storfamilie, samt erfaringer fra utfallene i møtet med gjentatte flytteprosesser i livet og arbeidskonflikter. Hun varetar seg selv ved å skille jobb og fritid, prate med kollegaer, å pleie nettverket, å gå tur for å trekke frisk luft, reiser til hytta på landet. Disse posisjoneringene kan relateres til en sosial oppvekst preget av realisme og nærhet til natur.

De verdiene hun uttrykker i posisjoneringen knyttet til langvarig behandling av eldre pasienter, som hun tidvis kaller overbehandling, har bakgrunn i et syn på liv og død som noe naturlig. Dette eksemplifiserer hun ved å trekke paralleller til eget liv, hvor hun opplevde at foreldres og besteforeldres dødsfall var naturlig og skjedde hjemme. Hun ser selv sammenhengen med egne verdier og opplevelsen av overbehandling. Å være med på gårdsdrift innebærer ofte et møte med livets gang både relatert til naturen og årstidene, men også avling, slakting og bruk av dyr i husholdningen. Synet på dagens praksis med overbehandling kan også stamme fra «Randis» arbeidserfaringer fra tidligere tider i yrkeslivet, da de samme mulighetene for behandling ikke var tilgjengelige. I den sammenheng

er det at helsepersonell må ta en vurdering på om det er etisk riktig å kontinuere behandling av pasienter med dårlig prognose et relativt nytt dilemma. Dette dilemmaet er et faglig spørsmål i intensivmedisinen, men det berører også den enkelte intensivsykepleiers verdigrunnlag og sykepleiefagets verdigrunnlag.

«Randi» flyttet til nye steder i forbindelse med oppstart av sykepleiestudier, for å begynne å jobbe og for å ta videreutdanning innen intensivsykepleie. Dette kan ses i sammenheng med at hun mest sannsynlig ble selvstendig tidlig i sin oppvekst. Foreldrene var begge engasjert i drift av gården, og hennes søsken flyttet ut tidligere enn henne. At hun flyttet til et sted uten sosialt nettverk for å begynne på sykepleiestudier indikerer at hun har hatt frihet og blitt selvstendiggjort i oppveksten, samtidig som hun har hatt noen i nærmeste familie som har gjort dette før henne. Etter studiene flyttet hun igjen, for å jobbe på en generell medisinsk avdeling på et lokalsykehus et annet sted i fylket. Selv om dette sykehuset ikke hadde intensivavdeling og de dårligste pasientene ble flyttet til større sykehus, var det på denne tiden mange dårlige hjertepasienter og pasienter fra området med akutte tilstander. Dette anså «Randi» som veldig spennende, men å ivareta dårlige pasienter krever refleksjon og selvstendighet til å fatte riktige avgjørelser. Etter et par-tre år ønsket «Randi» å lære mer, hun kunne godt tenke seg å flytte igjen og valgte å dra til byen som hun fortsatt bor i, for å ta videreutdanning i intensivsykepleie. I denne byen bodde et nært familiemedlem, og hun kjente flere som skulle begynne på samme videreutdanning som henne. Det at «Randi» var tidlig ute med å ta videreutdanning står naturligvis ikke uten sammenheng med intensivmedisinens fremvekst og fokuset på utdanning i samfunnet, men bunner også i disposisjoner som erfaring med å håndtere klinisk dårlige pasienter, sosialt nettverk i byen hun flyttet til og personlighetstrekk som lot seg kombinere med hennes syn på intensivsykepleie. Derfor anser hun også arbeidet som meningsfullt.

### *3.1.6.2 Relasjonen mellom posisjoneringer og økonomisk kapital*

Økonomisk kapital virker ikke til å kunne forklare «Randis» praktikk og posisjonering. Noen slutninger kan man likevel trekke ut i fra hennes uttalelser knyttet til andre disposisjoner. Hun har inntil nylig jobbet heltid hele sitt liv. Det betyr at hennes inntekt er blant den høyeste en i hennes posisjon kan oppnå, og gir henne anledning til å ta ut AFP. Hennes økonomiske situasjon gjør henne også i stand til å ha leilighet i by og hytte. Hennes forbruk av kulturelle tilbud indikerer også at hun har økonomisk frihet. Det som dermed kan trekkes frem som en disposisjon til å bli i yrket som intensivsykepleier er ønsket om opptjening av full pensjon og at inntekten bidrar til at hun kan opprettholde sin private livsstil. Likevel har hun ikke

forsørgeransvar for familie, og på grunnlag av manglende utsagn og posisjonering knyttet til økonomi kan man anta at økonomisk kapital ikke er det som i størst grad har bidratt til «Randis» praktikk.

### 3.1.6.3 *Relasjonen mellom posisjoneringer og sosial kapital*

Sosial kapital har «Randi» rikelig av. Hun påpeker selv viktigheten av et sosialt nettverk for å kjenne seg ivaretatt. Hun kommer fra en storfamilie og har tette bånd med sine søsken, deres familier og sine venner. På fritiden prioriterer hun samvær med familiemedlemmer og de har samsvarende interesser. Det å ha et nært forhold til familien tar hun ikke som en selvfølge, men hun kommer nok fra et fellesskap som yter stor grad av sosial støtte til hverandre. For å relatere denne disposisjonen til hennes yrkesliv vil nok en som ikke verdsetter sosialt samvær muligens ha vansker med å trives i et arbeid som i stor grad handler om å ivareta og omgi seg med mennesker i krise. Hun trekker også frem langvarige kollegaer som hun kjenner godt som viktige i hennes arbeidsliv. «Randis» sosiale kapital kan dermed sies å være et bidrag til hennes praktikk.

### 3.1.7 «Mettes» praktikk

«Mette» har arbeidet på intensivavdeling i over 15 år. Hun har 100% stilling som intensivsykepleier i tredelt turnus. Hun var ferdig med videreutdanning i intensivsykepleie fra høgskole på begynnelsen av 2000-tallet.

### 3.1.8 «Mettes» posisjoneringer

Arbeidet som intensivsykepleier opplever «Mette» som spennende, meningsfullt og nyttig. Det gir henne en god følelse når det er flyt i arbeidet og når pasienter og kollegaer er fornøyde. Variasjon i arbeidet og uforutsigbarheten ved ikke å vite hva som møter henne på jobb sier «Mette» er blant årsakene til at hun trives i jobben sin. Elementet som gir spenning er det akutte aspektet ved utøvelsen av intensivsykepleie og at arbeidstempoet varierer etter hvilke intensivpasienter som ligger på avdelingen. «Mette» verdsetter følelsen av at det hun gjør har betydning, og at hun kan bidra til at de rundt henne er fornøyde:

Jeg liker litt det uforutsigbare, jeg liker det at hver dag er forskjellig, og jeg liker at det jeg gjør har en stor betydning for hvordan pasientens løp vil bli eller hvordan pasientens dag vil bli. Så selv om man har veldig struktur og rammer så føler jeg at det var veldig meningsfullt og viktig.

Det understrekes av at hun betrakter arbeidet som samfunnsnyttig og har en oppfatning om at spesialisthelsetjenesten er helt avhengig av de tjenester som intensivsykepleierne gir. I det setter hun yrket sitt høyt, og refererer til at de intensivsykepleierne som er sterke er de som

kan håndtere det å bli i yrket over tid. Det å være intensivsykepleier er blitt en del av identiteten hennes:

Det oppfyller mine krav eller forventninger eller hva skal jeg si, min personlighet passer inn i det .... En vokser jo på en måte inn i et yrke og, så jeg skal ikke si at det var sånn fra begynnelsen av, men det blir jo sånn og .... Det er en del av identiteten min.

Hun anerkjenner også at den erfaringen hun har opparbeidet seg er verdifull i arbeidshverdagen og i samfunnet. Hun synes derfor det er et paradoks at jobben som intensivsykepleiere gjør er lite kjent blant folk flest. Hverken statusen eller lønnen svarer til hvor viktig arbeidet er og hvilken belastning det medfører. Etter mange år i yrket anser hun arbeidsbelastningen som en vane. Svingninger i arbeidstempo og pasientgrupper bidrar til at belastningen kjennes overkommelig. Til tross for dette uttrykker «Mette» at hun fortsatt bærer noen pasientopplevelser med seg mange år etterpå.

Hun uttrykker en tilnærming til faget som indikerer høy faglig standard, høy arbeidsmoral, nøyaktighet, skikkelighet og et ønske om å innfri en gullstandard. Dermed kan hun betegnes som en idealist: «Jeg tror jeg har en høy arbeidsmoral. Jeg liker absolutt ikke slik uttrykk som 'det er godt nok' .... Det er godt nok når det er best.» Dette fordi hun som intensivsykepleier alltid kan gjøre mer, fordi arbeidet er grenseløst i den forstand at det ikke er en fasit på hva som skal gjøres:

Det som er negativt med yrket er at en kan jo alltid gjøre mer. Du har ikke fasit på at nå er det nok. Du kan alltid mobilisere en gang til, du kan alltid... Sårstell, munnstell, du kan jobbe til du... Du kan bare fylle på, og da må man faktisk si til seg selv at nå har du jobbet fra 7-15 og ikke satt deg nedpå, så da får det nå være greit. Men det er den der at du ikke har svaret eller fasiten, du kan alltid gjøre noe mer. Og det liker jo ikke jeg, for jeg tenker at jeg må mobilisere opp kl.9 og kl.12 og kl.13.30, også fysio og... En kan bare fylle på listen. Så den er jo litt negativ og sant. For da blir en jo aldri fornøyd vet du.

I den sammenheng sier «Mette» at det forskjell på de ulike pasientene intensivsykepleieren har ansvaret for, da kirurgiske pasienter har noe mer standardiserte forløp mens det er større variasjon i den enkelte intensivsykepleiers tilnærming til medisinske pasienter. «Mette» liker arbeidet med begge disse pasientkategoriene.

Som nyutdannet sykepleier begynte hun å jobbe på en kirurgisk avdeling. Denne avdelingen hadde pasienter som kom rett fra operasjonsstuen og som lå på respirator, et mindretall intensivsykepleiere, og arbeidshverdagen gav en bratt læringskurve som tilnærmet nyutdannet sykepleier. Erfaringen med dårlige postoperative pasienter, ikke å ha forutsetningene for å



ivareta de dårlige pasientene og ikke å kunne se sammenhengene hadde vært utilfredsstillende for henne. Det var tett samarbeid med anestesipersonell, høyt faglig nivå og kultur for å ta videreutdanning i sykepleie. Om dette sier «Mette»:

Jeg tenkte jo på operasjon, anestesi og intensiv fordi det i avdelingen stadig vekk var noen som begynte på spesialutdanning. På en måte var det trappen videre .... Så jeg kjente jo folk som begynte på operasjon og tenkte at det er ikke helt meg kanskje. Anestesi kom jeg også inn på, men jeg tenkte at intensivsykepleier det er det som passer meg best.

Å velge en videreutdanning i intensivsykepleie var både et uttrykk for lysten til og behovet for å lære mer for å ivareta pasientene sine, men også et naturlig steg videre i den arbeidskulturen hun hadde vært en del av. «Mette» kan heller ikke se for seg å sitte på kontor hele dagen, og uttaler at det ikke ville være til gode for hverken arbeidsgiver eller henne selv. Hun visste også at en videreutdanning i intensivsykepleie gav en rekke yrkesmuligheter både på sykehus og utenfor. Skulle hun hatt annet arbeid enn som intensivsykepleier måtte det være knyttet til noen av interessene hennes utenom jobb. Fast stilling og inntekt, samt en forutsigbar struktur på hverdagen, er viktig for «Mette» fordi hun har forpliktelser i privatlivet.

### 3.1.9 Disposisjoner ved «Mette» som kan bidra til å forklare hennes praksis og posisjoneringer

I det følgende vil jeg diskutere hvordan «Mettes» praksis og posisjoneringer kan forklares ut i fra hennes disposisjoner. Som tidligere nevnt har inndelingen opphav i Bourdieus begrep habitus og derunder kulturell, økonomisk og sosial kapital (jf. kap.2.1.1).

#### 3.1.9.1 Relasjonen mellom posisjoneringer og kulturell kapital

«Mette» vokste opp på en liten gård i distriktet, hvor hun og søsknene var med å drifte gården. På gården var det dyr, produksjon av høy, nyttevekster og tilgang på kystlinje. Dette kom til syne i daglige gjøremål, alle søsknene hadde arbeidsoppgaver og tok del i det arbeidet de kunne. Gårdsdrift er et sterkt uttrykk for tradisjoner som holdes i hevd. «Mette» må i aller høyeste grad sies å være tradisjonsbevisst i tanker, arbeid og fritid. Hun kommer fra en tradisjonsrik familie, med lange lokale røtter. Familiens kosthold baserte seg på hva som var tilgjengelig. De var selvforsynt med fisk seks dager i uken, spiste kjøtt om søndagen, sanket mat i hagen, lagde flere slag matprodukter av dyrene på gården, og maten de spiste ble laget fra bunnen av. «Mette» har dette med seg inn i det voksne livet, hvor tradisjonsmat og interesse for selvforsyning er blitt en hobby. Ikke bare i privatlivet, men også i yrkeslivet, står tradisjoner sterkt for «Mette». Hun er en del av en sykepleietradisjon med lange historiske

linjer, hvor det å ivareta de svakeste uten fokus på hjelperen er et ideal. Dette lever hun opp til i form av utsagn om lite fokus på egne behov. Sykepleieryrket er også tradisjonelt sett et kvinneyrke. Selv om intensivsykepleieryrket er regnet som et teknisk yrke, uttrykker «Mette» en interesse for og bevisst fokus på enkle grunnleggende sykepleietiltak i form av hygiene/håndhygiene, mobilisering og smertelindring. Hun uttaler at hun liker det enkle, som igjen kan ses i relasjon til oppveksten hennes på gård.

Posisjoneringen og praktikken til «Mette» er preget av en idealistisk tilnærming. Hennes uttalelser om å ha høy arbeidsmoral, høy terskel for å klage, at man alltid kan gjøre mer for pasienten, at hun er opptatt av struktur og skikkelighet og at hun ser yrkesbelastningen som en vane indikerer en holdning til arbeidet som intensivsykepleier som er preget av en rekke idealer. Disse idealene baserer hun praktikkene sine på. Holdningene kan ses i relasjon til hennes oppvekst på gård. Hardt arbeid for å oppnå resultater var tidlig en del av hverdagen og går som en tråd videre gjennom «Mettes» liv. Hun tok flere parallelle høgskoleutdannelse samtidig som hun jobbet deltid under studiet, noe som krever høy kapasitet, hardt arbeid og disiplin. Det yrket hun til slutt valgte er preget av tidvis høyt arbeidstempo, et krevende turnusliv, fysisk tungt arbeid og psykisk og sosial belastning. De krevende kjennetegnene ved intensivsykepleieryrket påpeker hun selv også i ordelag som «ingen lett arbeidshverdag», «stadig nye pasienter og situasjoner», «tunge tak», «vi opplever trusler og vold på jevnlig basis» og «den tredelte turnusen styrer nattesøvnen». På tross av dette omtaler hun arbeidsbelastningen som en vane. Dette kan relateres til en oppvekst med fokus på verdier som nøkternhet, hardt arbeid og ansvar for fellesskapet.

Beslutningen om å ta en videreutdanning innen en av de tre store tekniske sykepleierspesialitetene (operasjons-, anestesi- og intensivsykepleie) kan relateres til flere av «Mettes» disposisjoner. I tidlig yrkeskarriere som sykepleier møtte hun pasienter med behov for intensivsykepleie, ulike samarbeidspartnere innen spesialitetene, hun ble konfrontert med realitetene på en sykehusavdeling og kjente på mangelen på rett kompetanse. I tillegg rådet det på arbeidsplassen en faglig og sosial forventning om å ta videreutdanning. Når valget falt på intensivsykepleie kan det knyttes til de arbeidserfaringer hun har hatt og som har gjort henne bevisst på hvilken kunnskap, ønsker og verdier hun har. Det grundige, systematiske, strukturerte og nøyaktige i intensivsykepleiens natur rommer de verdier som «Mette» uttrykker at hun har. Foruten dette har flere i «Mettes» omgangskrets høyere utdanning. At både hennes mann og søsken har utdanning på samme eller høyere nivå enn henne kan bidra

til å forklare hennes valg om å ta videreutdanning, ut i fra relativt høy kulturell kapital i nære relasjoner. Hennes bevissthet rundt flere yrkesmuligheter på spesialavdeling på sykehus, i Forsvaret eller utenlands kan ha bidratt til valget om å ta intensivsykepleierutdanning. Et annet mulig insentiv til å ta videreutdanning var at hun visste at uten dette ville hun ikke få fast stilling i spesialavdeling, hvilket kan gi økonomisk usikkerhet i en etableringsfase.

Uttalelsen om at 'intensivsykepleier er en del av identiteten min' kan ses i relasjon til begrepet habitus og internalisering av ekternalitet (jf. kap.2.1.1 og 2.2). Gjennom en videreutdanning i intensivsykepleie innføres man i kunnskap, begreper og praktikker som yrkesutførelsen bygger på og som kommer til syne i praksisstudier. Ved å være en del av et intensivsykepleierfelleskap på arbeidsplassen i mer enn 15 år videreutvikles og tilpasses disse praktikkene etter muligheter, erfaringer, relasjoner og ny kunnskap. Man sosialiseres inn i yrket, og møter forventninger om et visst språk, et sett med ferdigheter og en anerkjent måte å gjøre vurderinger og praktiske gjøremål på. «Mettes» formening om at arbeidet passer med hennes personlighet, krav og forventninger, må derfor ses i sammenheng med at hun har utviklet og internalisert de verdier, ferdigheter og forventninger som råder i intensivmedisinen. Derfor sitter hun også med opplevelsen av at man vokser inn i yrket og etter hvert fyller rollen som intensivsykepleier. De verdier, ferdigheter og forventninger som råder vil komme til uttrykk i praktikker, som vil være ulike etter hvem som utfører praktikken og hvilke verdier, ferdigheter og forventninger som gjelder innen den enkelte spesialitet og arbeidsplass. Likevel vil de ulike praktikkene ha i seg et uttrykk for den normen og den feltspesifikke kapitalen som råder. På den måten er praktikker i intensivsykepleien både et uttrykk for den enkeltes habitus og for de objektive sosiale strukturer som rammer inn det medisinske feltet.

For å håndtere de erfaringer som arbeidet med intensivpasienter fører med seg bruker «Mette» naturen for 'å luften vettet' og gå tur. Dette kan anses som både mental og fysisk håndtering av belastning. Det kan også ses som en måte å forebygge helserelevante konsekvenser av arbeidet, i form av fysisk aktivitet og fokus på å lage mentale pusterom. Å være i naturen og utendørs har antakeligvis vært en stor del av oppveksten til «Mette», og kan ses som disponerende for ivaretagelsespraktikken med bruke naturen for å pleie kropp og sinn. Hun påpeker også at hun ikke har et stort fokus på egne behov. Dette kan ha sammenheng med opplevelsen av at det hun gjør aldri er nok fordi det alltid er mulig å gjøre mer for pasienten,

og at det derfor ikke er naturlig å fokusere på egne behov. Flere søsken, et krevende gårdsliv og en mengde praktiske gjøremål kan ses i relasjon til denne mestringsstrategien i yrkeslivet.

### *3.1.9.2 Relasjonen mellom posisjoneringer og økonomisk kapital*

«Mettes» tanker og uttalelser om at yrkets status og tilhørende lønn ikke står i forhold til arbeidet man utfører, belastningen det medfører og den samfunnsmessige nytten det har, kan ses i relasjon til hennes økonomiske og kulturelle kapital. I sammenlikning med sine søsken, og antakeligvis sin mann, uttrykker hun at hun er lavt lønnet og at ulempene yrket medfører ikke oppleves tilstrekkelig kompensert. Ei heller får intensivsykepleiere den status i samfunnet som hun mener de fortjener. Dette kan synes som et paradoks når intensivsykepleiere og arbeidet med intensivpasienter i det medisinske feltet har høy status. Synet på lønn og status er dermed ikke bare preget av hennes personlige økonomiske kapital, men også av hennes sosiale kapital og de referansepunkter hun har. I tillegg har hun en høy bevissthet rundt viktigheten av økonomisk trygghet. En medvirkning til dette er at de forpliktelser hun har i familielivet også gir høye økonomiske utgifter. På bakgrunn av dette kan man anta at en av «Mettes» verdier er trygghet, både økonomisk, sosialt og i arbeidslivet. Som uttrykk for dette trekker hun frem yrker som ikke har fast arbeidstid, konkrete rammer og forutsigbar inntekt som utenkelig for henne.

### *3.1.9.3 Relasjonen mellom posisjoneringer og sosial kapital*

I privatlivet har «Mette» en rekke sosiale relasjoner og fritidsinteresser. Hun bor med sin mann og deres barn og har nær kontakt med foreldre, søsken og deres familier. Håndarbeid, tradisjonsmat og natur og friluftsliv er blant hennes fritidsinteresser, som også innebærer en opplevelse av å være tradisjonsbevisst. Naboer, venninner og kollegaer er også en del av hennes sosiale nettverk, delvis relatert til fritidsinteressene. Trygghet i form av varige sosiale relasjoner har «Mette» både i privatlivet med nær familie, storfamilien, venner og naboer, og i arbeidslivet med langvarige kollegaer. Hun sier hun har alle de relasjonene hun ønsker. Samtidig som det å ha nær familie i mann og barn kan vanskeliggjøre det å arbeide som intensivsykepleier, i form av tredelt turnus og psykiske, emosjonelt og fysisk krevende situasjoner i arbeidshverdagen, kan det fremstå som om dette også bidrar til at hun har støttende relasjoner utenom arbeidet. Det er derfor mulig å anta at «Mettes» sosiale kapital har bidratt til at hun fortsatt arbeider som intensivsykepleier.

De erfaringene hun sier gjør inntrykk i arbeidshverdagen håndterer hun ved å snakke med kollegaer og nære venninner. Kollegaer fremheves som støtte i situasjoner som innebærer

større belastning i en arbeidshverdag. Dette samsvarer med høy sosial kapital i både private og jobberelaterte relasjoner. Hun har også flere ganger i yrkeslivet opplevd at hardt arbeid og et godt teamsamarbeid snur situasjonen til en dårlig intensivpasient til det bedre. Gårdsdrift er i stor grad også et teamarbeid, hvor den enkelte så vel som teamet holder skutas kurs stø. Erfaringen av å ha grenseløse oppgaver og at man alltid kan gjøre mer for pasienten kan forklares ut i fra disposisjoner som agenten har med seg fra oppveksten. På en gård tar arbeidsoppgavene aldri slutt og man må bidra til fellesskapet som man er en del av for at gården skal gå rundt og kunne brødfø de som bor der. Å vokse opp på en familiegård på et mindre sted vil i mange tilfeller gi et trygt sosialt nettverk, i form av storfamilien og andre relasjoner som må til for å drifte gård.

### 3.1.10 Sammenfatning av relasjonen mellom agentenes disposisjoner, posisjoneringer og praksis

Med utgangspunkt i at langvarig intensivsykepleiepraksis er felles for de tre agentene vil jeg oppsummere disposisjoner som kan bidra til å forklare forholdet mellom disposisjoner, posisjoneringer og praksis, både den enkeltes disposisjoner og de som kan synes felles. Praksisen sett i lys av feltet og det sosiale rommet drøftes i senere kapitler (jf. kap.3.2, 3.3).

Det at «Anne Marie» har en opplevelse av at arbeidet som intensivsykepleier er givende og variert ut fra verdier og erfaringer må sies å bidra til at hun har stått mange år i yrket. Med få faste forpliktelser utover de hun selv ønsker i privatlivet, og høy sosial kapital i form av familie og kollegaer, har forholdene lagt til rette for å innfri krav intensivsykepleieryrket stiller. Hun har en rekke strategier for å håndtere erfaringene arbeidet gir, i form av fysisk aktivitet, humor, samtale med kollegaer og å si i fra når hun er uenig med arbeidsgiver. Hennes formening om at hun har hånden på rattet og kan stille krav bidrar til at arbeidet fremstår overkommelig og dynamisk. Økonomisk kapital i form av inntekt, eiendom og mulighet til AFP kan virke som et bidrag til «Anne Maries» praksis.

«Randi» har rikelig kulturell kapital i form av en realistisk innstilling til arbeidet, lang erfaring innen intensivmedisinen og evne til å skille jobb og fritid, som har bidratt til å holde henne i yrket. I tillegg finner hun arbeidet meningsfullt og allsidig ut i fra sine verdier, og hun opplever som oftest at premissene for arbeidet går overens med hennes verdier. I privatlivet har «Randi» høy sosial kapital, i langvarige trygge relasjoner med venner og familie. Eiendommer, fast inntekt og bestemmelse om å ta ut AFP tyder på høy økonomisk kapital.

«Mettes» oppvekst, verdier, utdanning, yrkeserfaring, holdninger og innstilling til arbeidet har gitt henne gode fysiske og psykiske forutsetninger for arbeidet som intensivsykepleier. Det har også hennes trygge sosiale relasjoner og tilsynelatende gode helse. At hun har inkorporert intensivsykepleier som en del av identiteten og oppfatningen om at arbeidet passer henne er disposisjoner som bidrar til at hun har lang erfaring og fortsatt står i yrket. Økonomisk trygghet i fast stilling og inntekt er en ytre faktor som også virker bidragende til det.

De tre intensivsykepleierne har generelt høy kapital. Deres posisjoneringer tyder på at de er rustet til å takle belastninger i arbeidslivet som følge av utdanning og langvarig arbeidserfaring. De formidler alle at de har god helse, og at de har meningsfulle fritidsaktiviteter utenom arbeidet sitt. Agentene har trygge sosiale relasjoner, både under oppveksten og i voksenlivet. Deres økonomiske situasjon fremstår som god, med bakgrunn i eiendom, fast inntekt og økonomisk valgfrihet i å kunne ta ut AFP. Et ønske om å være til nytte i arbeidsliv og privatliv fremstår som en grunnleggende del agentenes habitus. Deres posisjon, disposisjoner og posisjonering tegner bilde av habituser som er forenelig med langvarige intensivsykepleiepraktikker (jf. kap.3.1.3, 3.1.6, 3.1.9).

### 3.2 Forhold i feltet som kan bidra til å forklare langvarige intensivsykepleiepraktikker

For å forklare langvarige intensivsykepleiepraktikker er det nødvendig å analysere forholdet mellom feltet og praktikkene (jf. kap.2.2). På tross av at intensivsykepleierne i studien posisjonerer seg på ulikt vis (jf. kap.3.1.2, 3.1.5, 3.1.8.) posisjonerer de seg i noen tilfeller med likhet, hvilket kan forklares med forhold i feltet. Praktikken som belyses i denne studien er den samme for de tre agentene. Derfor sammenfatter kapittelet de posisjoneringer som er felles, mens den enkelte intensivsykepleier trekkes frem med fiktivt navn hvis posisjoneringen deres er enestående. Jeg vil i noen tilfeller trekke inn nye posisjoneringer fra agentene, som ikke er viet plass tidligere i oppgaven, fordi jeg vurderer det til at disse understreker aspekter ved de posisjoneringene som allerede er presentert og forhold i feltet.

#### 3.2.1 Variasjon i arbeidet

De tre intensivsykepleierne uttaler at de liker variasjonen i arbeidet sitt og det at hverdagene er ulike. De jobber riktignok på en avdeling som betjener flere funksjoner, som postoperativ overvåkningsenhet og medisinskintensiv avdeling, slik at det pasientgrunnlaget er svært variert. Uttalelsene gjenspeiler likevel et viktig premiss ved det å arbeide i intensivmedisinen, nemlig at ingen pasienter er planlagte intensivpasienter. Arbeidet er hendelsesstyrt og

situasjonsbestemt til den enkelte pasient, selv om tilnærmingen til intensivpasientene er relativt lik da de alle har svikt i vitale funksjoner (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2006). Fordi definisjonen av intensivpasienten er bred varierer den enkelte pasients problemstillinger, lidelsens alvorlighetsgrad, prognose og behandlingsforløp. Intensivpasienter en heterogen gruppe, hvilket medfører variasjon i arbeidet, akkurat som agentene påpeker. Riktignok finnes det mange intensivavdelinger som er spesialiserte til noen pasientkategorier og problemstillinger, men en kan forvente at intensivpersonell skal kunne overvåke og stabilisere alle typer intensivpasienter i påvente av overflytning til intensivavdeling på et høyere behandlingsnivå dersom nødvendig (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014, s. 9, 11-12).

### 3.2.2 Utvikling i intensivmedisinen

«Randi» og «Anne Marie» trekker frem endring i helsevesenet i løpet av deres karrierer. De første intensivenehetene i Norge var postoperative seksjoner og avdelinger som drev med overvåking av hjertepasienter (Stubberud, 2018, s. 5-7), og dette gjenspeiler seg i deres arbeidserfaring tidlig i karrieren. «Randi» mener at pasientbehandlingen er blitt mye bedre i løpet av hennes år i arbeidslivet, samt at intensivsykepleien preges av mer avansert teknisk og medisinsk behandling. Både «Randi» og «Anne Marie» nevner dette med bedret akuttbehandling for hjerteinfarkt som særlig synlig når det kommer til endring i pasientgrunnlag, da de tidligere så overvekt av hjertemedisinske pasienter. Disse blir i mindre grad enn tidligere intensivpasienter fordi akuttbehandlingen med medikamenter og intervensjonsbehandling av kransarterier er radikalt annerledes enn det de to intensivsykepleierne var vant med. Pasienter med lungeproblemer har de derimot flere av, hvilket understøttes av det faktum at respirasjonssvikt er den vanligste årsaken til behov for intensivbehandling (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014, s. 9). «Anne Marie» løfter også frem det hun anser som en ny pasientgruppe som trenger intensivbehandling grunnet intoksikasjon/rus, ofte i kombinasjon med psykisk lidelse eller som et uttrykk for ubehandlet psykisk lidelse. Disse ser hun i sammenheng med en arbeidshverdag som i større grad enn tidligere er preget av trusler og vold. Sett i et større bilde kan det relateres til økt fokus og behandling av pasienter med rus- og psykiske lidelser i helsevesenet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019), samt økende antall rapporterte tilfeller av trusler og vold mot ansatte i helsesektoren (Helsedirektoratet, 2017). Det at intensivsykepleien er blitt en mer teknisk disiplin har sammenheng med den teknologiske og medisinske utviklingen i helsevesenet generelt og i intensivmedisinen i særlig

stor grad (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014, s. 7). Dette fordi nye behandlingsmetoder baserer seg på bruk av teknologi. Den medisinske utviklingen forutsetter og at helsepersonell har tilgang på teknologiske hjelpemidler for å opprettholde og overvåke intensivpasientens vitale funksjoner. Det er derfor samsvar mellom agentenes posisjoneringer i verdsettelsen av en variert arbeidshverdag og den intensivmedisinske utviklingen, som bidrar til at de har blitt i yrket over mange år.

### 3.2.3 Å finne balansen mellom teknologi og menneskelighet

Studiens intensivsykepleiere beskriver alle arbeidet sitt som givende, meningsfullt og nyttig. Forholdet mellom den enkelte intensivsykepleiers disposisjoner og denne posisjoneringen er beskrevet i tidligere kapitler (jf. kap.3.1.3, 3.1.6, 3.1.9). Positive tilbakemeldinger, takknemlighet, opplevelsen av å få en tett relasjon med pasienter og pårørende, og å få bidra til at en pasient overlever og friskner til er en del av agentenes hverdag. «Anne Marie» trekker frem at hun har god tid til den enkelte pasient, nettopp med bakgrunn i at intensivpasientens problemstillinger er så omfattende og arbeidskrevende at hun ofte har bare en eller to pasienter. Dette gir både god oversikt over pasientens tilstand til enhver tid og muligheten til å skape en relasjon. I tillegg gjør alvorlighetsgraden det ofte selvsagt at pårørende ønsker og bør være mye tilstede (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017). Arbeidet som intensivsykepleier er omfattende (jf. kap.1.2.2). Livsnødvendig livreddende behandling skal initieres, opprettholdes og overvåkes samtidig som intensivsykepleieren skal ivareta mennesket intensivpasienten. I et høyteknologisk intensivmiljø med mange aktører, høyt tempo og god økonomi ligger forholdene til rette for vellykket behandling, men det er også omgivelser som for pasienter og pårørende oppleves fremmede og belastende. Intensivsykepleieren står i spennet mellom teknologi, medisinske muligheter og det å skulle bevare pasientens menneskelighet. Det beskrives av Almerud, Alapack, Fridlund og Ekebergh (2008) som å balansere mellom teknologi og omsorg. Teknologien er både en forutsetning og hjelp i behandlingen, men tar også tid fra omsorgen og det menneskelige aspektet ved intensivsykepleie. Av samme grunn er det heller ikke uventet at de tre agentene poengterer varianter av etiske problemstillinger som følger med denne balansegangen. «Randi» og «Anne Marie» posisjonerer seg med synet på at det forekommer overbehandling i intensivmedisinen. Mulighetene for behandling er der, men i noen situasjoner opplever de det etisk vanskelig å forsvare og iverksette videre avansert medisinsk behandling. «Mette» trekker frem langvarig resultatløs gjenoppliving av pasienter som et eksempel på inntrykk



som hun bærer med seg i flere år etterpå. Dette kan være et uttrykk for at det i intensivkonteksten eksisterer to verdisett som skal forenes. Det naturvitenskapelige fokuset på objektivitet og muligheter i den medisinske verden synes ikke alltid å la seg kombinere med den sykepleiefaglige etiske forpliktelsen til å ivareta pasientens verdighet og ønsker. Det gir seg også utslag i det «Randi» karakteriserer som varierende kvalitet på kommunikasjon mellom sykepleier og lege, for selv om man arbeider i team tilhører man likevel forskjellige yrker med ulik historie og tradisjon.

### 3.2.4 Overveiende positiv holdning til arbeidsbelastningen

På hver sin måte uttrykker studiens agenter en holdning til yrket sitt som kan ses i relasjon til det de omgir seg med i arbeidshverdagen og den oppfatning av arbeidsbelastning som muligens råder i intensivkonteksten. For «Mette» er belastningen i arbeidet normalen, det er dette hun kjenner til (jf. kap.3.1.8). Likevel refererer hun til kollegaer hun har pratet med som kommer innom avdelingen for å ta ekstravakter og som påpeker at arbeidet gjør at søvn og fritid påvirkes, uten at «Mette» kjenner at det er så ille som de beskriver. «Anne Marie» forklarer sin praktikk delvis ved å vise til at hun ikke er redd for hardt arbeid og at hun ikke kjenner etter når hun står opp om morgenen (jf. kap.3.1.2). «Randi» uttrykker at en må tåle litt i livet (jf. kap.3.1.5). Selv om intensivsykepleierne sine posisjoneringer er et uttrykk for personlighet, oppvekst og deres egen historie, kan jeg ikke la være å undre meg over om disse utsagnene også er et bilde på det de har erfart i yrket sitt gjennom mange år. Yrket omfatter møter med akutt og/eller kritisk syke mennesker og deres pårørende, møter med døden, store lidelser og egne verdier, samt begrensningene i hva medisinen kan utrette. I lys av disse utsagnene kan man derfor anta at arbeidet etter hvert blir en slags normal, at intensivsykepleierne inkorporerer arbeidets betingelser i sin habitus. I det unaturlige miljøet en intensivavdeling er, og med tanke på at intensivsykepleierne har tilbrakt mange år i dette miljøet, kan man også anta at situasjoner gjør noe mindre inntrykk når man til stadighet opplever liknende. Det understøttes av betegnelsen av habitus som objektive livsbetingelser internalisert til prinsipper for handling (Callewaert, 1994, s. 14).

I møtet med praksis under intensivsykepleierutdanningen erfarte jeg at det i intensivmedisinen ikke er en kultur for å problematisere arbeidsbelastningen. Det støttes av Johnsen et al. (2016) som poengterer at faglig gjennomgang etter akutte-/traumatiske hendelser ikke er en del av intensivsykepleierne hverdag, delvis på grunn av manglende rutiner for dette i intensivavdelingen (vedlegg 7). Det er et paradoks når forskning viser at arbeidet som intensivsykepleier gjør en utsatt for stress, utbrenthet og omsorgstrøtthet (jf. kap.1.4). Johnsen

et al. (2016) trekker også frem at det kan virke som erfaring ruster intensivsykepleieren til å håndtere ulike hendelser, men at noen opplevelser likevel setter spor. Min oppfatning fra praksis kan også understøttes av at studiens intensivsykepleiere fremhever kollegaer som et av de viktigste aspektene ved egen ivaretagelse. I følge studiens agenter foregår slik ivaretagelse på et uformelt plan, hvilket også fremkommer i studien til Johnsen et al. (2016). Denne studiens tre intensivsykepleiere opplever at det er viktig og uproblematisk å snakke om situasjoner på jobb, men de har i liten grad opplevd formelle former for slik ventilerings eller ivaretagelse. Muligheten er derfor tilstede for at den opparbeidede normaliteten i de situasjoner de møter i yrkeslivet, kombinert med manglende kultur for å problematisere arbeidsbelastning i intensivkonteksten, kan bidra til å forklare intensivsykepleiernes praksis.

### 3.3 Forhold i det sosiale rommet som kan bidra til å forklare langvarige intensivsykepleiepraktikker

På bakgrunn av studiens antakelse kan rammer i det sosiale rommet som omgir intensivsykepleieren medvirke til forklaringer på deres praksis og posisjonering. I likhet med forhold i feltet kan forhold i det sosiale rommet samsvare med intensivsykepleiernes posisjoneringer. Sammenfallende posisjoneringer hos studiens agenter er valget om å ta videreutdanning og at de gir uttrykk for yrkets nytte i samfunnsperspektiv og dets fordeler i ulike yrkessammenhenger. Deler av deres økonomiske kapital er også knyttet tett til forhold i det sosiale rommet. Derfor velger jeg å diskutere deres posisjoneringer opp mot forhold i det sosiale rommet samlet, men presiserer den enkeltes posisjoneringer. Jeg har valgt å inkludere posisjoneringer som ikke er omtalt i tidligere kapitler når disse byr på perspektiv til diskusjonen.

#### 3.3.1 Fokus på høyere utdanning i velferdsstaten

Agentenes posisjonering i å ta videreutdanning kan ses i sammenheng med et økende fokus på høyere utdanning i det norske samfunnet, som fant sted parallelt med utviklingen av velferdsstaten. Det innebar en overgang fra sykehusinterne videreutdanninger til videreutdanning i høyskolesystemet (jf. kap.1.2). «Mette» formidler at det var kultur for å ta videreutdanning på den avdelingen hun arbeidet ved. Det reflekterer et faglig behov for spesialsykepleiere, men også en samfunnsmessig trend. Man kan dermed si at agentene valgte videreutdanning i intensivsykepleie på bakgrunn av egen preferanse, men også på grunn av et økende behov for avanserte helsetjenester i befolkningen, videreutdanningens tilgjengelighet og et stadig større offentlig fokus på høyere utdanning.

«Anne Marie» evaluerer intensivsykepleierutdanning som mindre god enn tidligere. Det kan forklares med at dagens intensivsykepleierutdanning er standardisert i en rammeplan, den er akademisert til mastergradsutdanning og har mindre klinisk praksis enn når spesialiseringen var underlagt sykehusene. Dette speiler både intensivmedisinens utvikling til en stadig mer teknisk og mulighetsrik disiplin, et samfunnsmessig trekk i utdanningssektoren og moderniseringen i helsevesenet i form av reformer (jf. kap.1.2 og 1.3). Posisjoneringen må ses i sammenheng med hennes sykehusinterne videreutdanning, at den enkelte videreutdanning i intensivsykepleie var uten formelle rammer inntil 2005, og utviklingen sykepleiefaget har hatt fra et rent praktisk fag til et fag med vitenskapelig forankring og -aktivitet. Intensivsykepleierfaget skal i dag romme teoretiske og praktiske ferdigheter, fagutvikling og forskning på eget felt. Lengden på videreutdanningen er ikke utvidet siden den ble opprettet, bortsett fra et semester til selvstendig mastergradsarbeid. Da sier det seg selv at utdanningen ikke kan inneholde de samme praksisrettede elementene som på 80-tallet, selv om masterutdanning i intensivsykepleie fortsatt har en sterk kobling til praksisfeltet. Dermed kan økt fokus på høyere utdanning i samfunnet sies å ha bidratt til agentenes muligheter og valg om å ta videreutdanning i intensivsykepleie, og deres posisjoneringer rundt dette. Det at to av de har tatt en praktisk rettet og sykehusintern videreutdanning kan også bidra til å forklare deres praktikk, da utdannelsen ikke gav akademiske muligheter slik dagens mastergrad gjør.

### 3.3.2 Økonomiske insentiver til å bli i yrket

Utviklingen av velferdsstaten har gitt velferdsgoder som har betydning både for samfunnets befolkning som helhet og for den enkelte arbeidstaker. Et velferdsgode som sikrer intensivsykepleiere jobb er et offentlig finansiert helsevesen som sikrer befolkningen gode helsetjenester uavhengig av økonomisk og sosial status. Eksempler på andre velferdstiltak som kan ha betydning for den enkelte intensivsykepleier er betalt svangerskapspermisjon, offentlig folketrygd og inntekt på tross av fravær grunnet sykdom, da det gir mulighet til å stifte familie eller være i arbeid på tross av helseproblemer. I tillegg har ansatte i det offentlige pensjonsopptjening via arbeidsgiver og mulighet til APF.

Selve yrket gir til dels også økonomisk trygghet for agentene, i form av fast arbeid med minstelønnsatser, en fagforening som forhandler lønn og arbeidsvilkår, en ettertraktet kompetanse som ikke ser ut til å rammes av nedbemanning, offentlig pensjonsopptjening og noe mulighet til å regulere egen lønn ved å øke antall vakter med ubekvem arbeidstid. Det faktum at videreutdanning i intensivsykepleie oftest er betalt av arbeidsgiver og har vært dette

siden 80-tallet (Jeanne Boge, førsteamanuensis personlig kommunikasjon 29.april 2019) kan betraktes som nok et økonomisk insentiv i det sosiale rom til å ta videreutdanning, da utdanningen ikke vil gi studiegjeld.

To av agentene ser det som en mulighet å benytte seg av AFP når de nærmer seg pensjonsalder. De uttrykker ingen konkret årsak til dette og ønsker å ta ut AFP på tross av at de liker arbeidet sitt. At den muligheten eksisterer kommer av mange års arbeid og at de arbeider i en bedrift tilknyttet denne ordningen. Bare «Mette» posisjonerer seg ved å nevne økonomisk trygghet som en medvirkende årsaksfaktor til sin praksis, og i det ligger også hennes økonomiske ansvar for sin familie (jf. kap.3.1.9.2). Muligens forklarer det hvorfor «Randi» og «Anne Marie» ikke har det samme fokuset på økonomiske insentiver til å fortsette i intensivsykepleieryrket, da de ikke har forsørgeransvar for familie. På ulike måter, enten ved å gi økonomisk trygghet eller ved å gi tilgang på velferdsgoder som AFP, kan man si at det finnes økonomiske insentiver i det sosiale rom som kan bidra til å forklare agentenes praksis.

### 3.3.3 Varierte yrkesmuligheter

Som beskrevet i kap.1.2.4 har utvikling i helse- og omsorgstjenestene gitt et desto større behov for intensivsykepleierens kompetanse og arbeidskraft. Studiens agenter uttrykker alle at de var klar over at videreutdannelsen deres innbar varierte yrkesmuligheter, men de differensierer mellom yrkesmuligheter i og utenfor helsevesenet. Det reflekterer muligens det faktum at videreutdanningen i intensivsykepleie var underlagt sykehusene da «Anne Marie» og «Randi» utdannet seg, og at det på den tiden nesten utelukkende var stillinger for intensivsykepleiere i spesialisthelsetjenesten. «Mette» viser til arbeidsmuligheter i Forsvaret og ved organisert helsehjelp i utlandet (jf. kap.3.1.8), som et bilde på utviklingen i samfunnet både innen helsevesenet og i samfunnet forøvrig, og tok videreutdanning da den var innlemmet i høgskolesystemet. «Anne Marie» peker på at hun i de årene hun jobbet i helsevesenet utenfor sykehus også hadde god bruk for videreutdanningen sin i intensivsykepleie, og det reflekterer den bredden i basiskunnskap som videreutdanningen gir. «Randi» understreker at man kan dra nytte av kunnskapen uansett hvor man jobber, fordi alle steder sykepleiere jobber må man ta hånd om dårlige pasienter. Likevel er det fortsatt slik at agentene i studien jobber på en intensivavdeling på et sykehus. Selv om det de siste årene har vært et økende behov for intensivsykepleiere i kommunehelsetjenesten, utenfor intensivavdelingen i spesialisthelsetjenesten og i andre sektorer er fortsatt intensivavdelingen på sykehus intensivsykepleierens viktigste arbeidsplass (Stubberud, 2015, s. 37). Det kan ut i fra «Anne Maries» posisjonering virke som erfaringen av varierte yrkesmuligheter bidro til at

hun ønsket å returnere til arbeidet som intensivsykepleier (jf. kap.3.1.2). Hvis man ser det i sammenheng med «Mettes» utsagn om at man vokser inn i intensivsykepleierrollen, fyller den og at den etter hvert blir en del av ens identitet (jf. kap.3.1.8), kan man anta at sosialisering i utdanningen og yrkeslivet, samt de varierte yrkesmulighetene, bidrar til agentenes praktikk.

I studien til Lende (2017) ble det påpekt at flere informanter hadde en oppfatning av at det ikke ville være vanskelig å få arbeid på intensivavdeling senere, dersom de ønsket å returnere til intensivsykepleieryrket på sykehus. Det å ha ettertraktet kompetanse på arbeidsmarkedet gir varierte yrkesmuligheter, men det gir også en trygghet i yrket. I relasjon til dette er det vanskelig å se for seg at intensivsykepleieren blir arbeidsledig når man ser på mangelen som allerede i dag eksisterer (Analysesenteret AS, 2015). På den ene siden kan man si at varierte yrkesmuligheter gir agentene anledning til å finne seg annet arbeid enn som intensivsykepleier i intensivavdeling. Samtidig gir det muligheten til å erkjenne kvaliteter ved yrket sitt som man verdsetter, eller å forsøke seg på andre arbeidssteder dersom med visshet om at det er jobbmuligheter om man vil tilbake til intensivsykepleie. Yrkesmulighetene utenfor helsesektoren må også antas å ha vært færre da de to eldste agentene videreutdannet seg. Man kan argumentere for at varierte yrkesmuligheter hører inn under forhold ved feltet heller enn det sosiale rommet, men i og med at to av agentene så for seg og visste om arbeidsmuligheter utenfor helsesektoren har jeg valgt å omtale det under forhold ved det sosiale rommet.

#### 3.3.4 Agentene ser på arbeidet som intensivsykepleier som nyttig

De tre agentene ser arbeidet sitt som et bidrag i samfunnet. På ulike måter vektlegger de plikten til å arbeide dersom man kan og at arbeidet som intensivsykepleier er en av flere bærebjelker i spesialisthelsetjenesten. Å arbeide innen helse og omsorgstjenester er et bidrag til en av de store velferdssektorene i Norge (jf. kap.1.3). Bidraget ytes også til de pasientene som er høyt prioritert og som er helt avhengig av hjelp for å overleve. Nyttien av intensivsykepleiernes arbeid er derfor vanskelig å bestride. Uavhengig om det er en plikt eller et valg å arbeide kan man si at det at intensivsykepleierne opplever arbeidet sitt samfunnsnyttig delvis kan forklare deres praktikk. Knyttet til utviklingen av velferdsstaten kan man spørre seg om pliktfølelsen til å bidra til det norske fellesskapet har opphav i den høye arbeidsmentaliteten (Aasen & Kildal, 2014) som rådet i den tiden agentene ble født i. De er født på 50- og 60-tallet, under ekspansjonen av den norske velferdsstaten, da det ble styrt etter et rådende sosialdemokratisk prinsipp om full sysselsetting. Muligens kan det, i kombinasjon med stadig flere velferdsgoder, forklare det faktum at alle agentene har jobbet i

100% stilling i sine yrkesaktive år. På bakgrunn av «Mettes» posisjonering kan man anta at full jobb handler om økonomisk trygghet, men hun posisjonerer seg også med å vise til høy arbeidsmoral, at arbeidet er nyttig og bidrar til samfunnet (jf. kap.3.1.8). Det at agentene uttrykker at de har helse til å kunne arbeide tydeliggjør også betingelsen mellom individuell plikt og de velferdsgodene og tryggheten som velferdsstaten Norge står for.

Samtidig som agentene opplever at arbeidet deres gjør nytte i samfunnet, poengterer også «Mette» yrkets status (jf. kap.3.1.8). Hun fremhever at folk flest ikke vet hva intensivsykepleiere gjør, at lønnen er lav sammenliknet med yrker med tilsvarende utdanning og at arbeidet ikke får den status det fortjener. Det ligger flere dimensjoner i den uttalelsen. Hun refererer i stor grad til yrkets økonomiske status i samfunnet. Sammenliknet med for eksempel mannsdominerte ingeniøryrker tjener spesialsykepleiere gjennomsnittlig mindre (Statistisk sentralbyrå, 2019). Forskjell i månedslønn fra bachelorutdanning til videreutdanning/mastergradsutdanning i intensivsykepleie er rett under 4000kr (Statistisk sentralbyrå, 2019). På tross av eksisterende mangel på intensivsykepleiere (Analysesenteret AS, 2015) reflekterer ikke det økonomiske insentivet til å ta videreutdanning/mastergradsutdanning det faktumet. Dersom man ikke får lønn under utdanning, som de fleste sykehus tilbyr i et begrenset antall, vil det ta mange år å tjene inn tapt arbeidsinntekt og pensjonsopptjening. Samtidig gir sykehusene i begrenset grad lønnskompensasjon for å ta mastergrad, utover den lønnen du får som spesialsykepleier med 1,5 års videreutdanning i intensivsykepleie. Yrkets sosiale status kan likevel ikke sies å være i samsvar med den økonomiske. Til tross for at intensivsykepleierens arbeidsoppgaver er mindre kjent enn andre spesialsykepleieres for folk flest, er det i flere land undersøkt yrkers troverdighet med sykepleierne tronende på topp (Bergsagel, 2016). Det reflekterer også uttalelser fra agentene om at de får positive tilbakemeldinger på arbeidet de utfører av pasienter og pårørende. At agentene har både et positivt personlig syn på arbeidets nytteverdi i samfunnet, at intensivsykepleieryrket innen helsevesenet har høy status og at det å bidra innen en viktig del av helsevesenet verdsettes i samfunnet er alle forhold som kan bidra til at studiens agenter har blitt værende i yrket i årevis.

#### 4 Avsluttende kommentarer

Studien startet med en undring (jf. kap.1.5) over at mange intensivsykepleiere blir værende i yrket sitt i mange år, på tross av at tidligere forskning (jf. kap.1.4) og egne erfaringer viser at intensivsykepleie er krevende. I denne studien har jeg undersøkt hva som bidrar til langvarige

intensivsykepleiepraktikker. Det har jeg gjort ved hjelp av analyser av relasjonen mellom langvarige intensivsykepleiepraktikker og intensivsykepleiers habitus og mulighetsbetingelser i feltet og det sosiale rommet (jf. kap.3.1, 3.2, 3.3). Funnene fra studien viser at en rekke betingelser kan ha betydning for langvarige intensivsykepleiepraktikker. På bakgrunn av det er det vanskelig å peke på en enkeltfaktor som bidrar til å forklare at intensivsykepleiere blir i yrket og svaret på forskningsspørsmålet er derfor sammensatt. Jeg vil likevel forsøke å gi et overordnet svar ved å oppsummere og koble sammen de tre delene av analysen:

Forholdet mellom langvarige intensivsykepleiepraktikker og intensivsykepleiers posisjon, disposisjoner og posisjoneringer er at studiens agenter har generelt mye kapital (jf. kap.3.1 og vedlegg 2). Agentene kommer fra stabile, trygge og hardtarbeidende familier, hvor sosiale relasjoner har spilt en stor rolle. Både familie, venner og kollegaer er betydningsfulle i agentenes liv. De opplever arbeidet sitt variert, meningsfullt og samfunnsnyttig, kombinert med at de har god helse, innholdsrik fritid og økonomisk trygghet. Dermed har de flere ben enn arbeidet å stå på. Basert på deres disposisjoner og posisjoneringer kan det virke som de er rustet til å takle arbeidslivets fysiske, psykiske og sosiale utfordringer gjennom verdier fra oppveksten, utdannelse, langvarig arbeidserfaring og stabile sosiale relasjoner (jf. kap.3.1.10).

Tidligere forskning viser til at intensivsykepleiere på grunn av sitt arbeid er disponert for å utvikle stress, utbrenthet og omsorgstrøtthet (jf. kap.1.4). Relasjonen mellom langvarige intensivsykepleiepraktikker og forhold i feltet gjør at studiens agenter primært ikke karakteriserer arbeidet sitt som belastende og invaderende i privatlivet deres. Deres syn på intensivsykepleiefagets og intensivmedisinens utvikling er overveiende positiv og kan synes å bidra til at de har stått lenge i yrket. Utviklingen lar seg godt kombinere med deres ønsker om en allsidig arbeidshverdag som meningsfull, spennende og samfunnsnyttig, i et yrke som samtidig balanserer mellom teknologi og menneskelighet.

Relasjonen mellom langvarige intensivsykepleiepraktikker og det sosiale rommet viser seg i økt fokus og muligheter for utdannelse, økonomiske og moralske insentiver i samfunnet til å fortsette som yrkesaktiv i helsesektoren og varierte yrkesmuligheter som intensivsykepleier. Forhold i det sosiale rommet medvirker dermed til langvarige intensivsykepleiepraktikker.

Svaret på forskningsspørsmålet er dermed at både subjektive og objektive strukturer har betydning for langvarige intensivsykepleiepraktikker. Det kan synes som agentenes habitus er

tilpasset og overensstemmende med yrkesbetingelser i felt og mulighetene i det sosiale rommet og vice versa.

#### 4.1 Generering av ny teori om intensivsykepleie

Studiens tilfører forskning om intensivsykepleie et nytt perspektiv ved å anvende praxeologisk metodologi og Bourdieus teoriunivers. Det finnes ikke tidligere forskning som argumenterer for at samsvar mellom intensivsykepleiers disposisjoner og arbeidet i en intensivavdeling kan bidra til langvarige intensivsykepleiepraktikker. Jeg har heller ikke funnet tidligere studier om intensivsykepleie som argumenterer for at både feltet og de videre sosiale strukturene kan bidra til langvarige intensivsykepleiepraktikker. Denne studien viser hvorfor noen intensivsykepleiere blir, i motsetning til det tidligere forskning viser, hvilket kan ha sammenheng med at studien bidrar med et annet teoretisk rammeverk. På bakgrunn av agentenes individuelle historie, og samtidig felles historie i feltet og det sosiale rommet, er det ikke mulig å peke på absolutte faktorer som bidrar til langvarige intensivsykepleiepraktikker. Derimot bidrar studien til å forklare hvorfor tre intensivsykepleierne gjør langvarige intensivsykepleiepraktikker. På bakgrunn av denne studien argumenterer jeg for at arbeidsgiver må medtenke både personlige disposisjoner, feltet og det sosiale rommet ved rekruttering av intensivsykepleiere og i arbeidet med å beholde intensivsykepleiere.

#### 4.2 Styrker og svakheter ved studien

Samtidig som jeg ovenfor har argumentert for viktigheten av funnene i studien, er jeg også forsiktig med å trekke for bastante konklusjoner fordi studien er basert på få intervjupersoner og et begrenset materiale om feltet og det sosiale rommet. Jeg er ydmyk for at jeg er uerfaren med metodologi og metode/teknikk, men på tross av dette og en begrenset tidsramme (fire måneder) kom jeg i mål med tre intervjupersoner og et beskrivende resultat. Etter tre intervju meldte flere intervjupersoner seg, men grunnet tidsrammen var det ikke mulig å inkludere de. At flere enn de inkluderte ønsket å delta kan ses som en styrke i viktigheten av temaet. Det samme gjelder ved at agentene åpnet opp og gav omfattende svar på intervju spørsmålene.

Denne lille mastergradsstudien kan betraktes som en pilotstudie til en større studie om langvarige intensivpraktikker. I en fremtidig studie ville jeg gjennomført intervjuene over en lengre tidsperiode for å dra nytte av erfaringene fra hvert intervju, samt startet bearbeiding og analyse av det subjektive datamaterialet parallelt med gjennomføringen av intervjuer. Under de livshistoriske intervjuene ville jeg fokusert mer på agentens kapitaler for å generere mer



utfyllende datamateriale til å konstruere habitus, samt stilt flere konkrete spørsmål om praktikken. For å generere sterkere teori om langvarige intensivsykepleiepraktikker, kunne fremtidige studier med fordel også omfatte sammenligninger med kortvarige intensivsykepleiepraktikker. Jeg ville også fordypet meg grundigere i feltet og det sosiale rommet og gjort en registrantanalyse (Kropp, 2009) av slike kilder før jeg gjorde nye intervju, for så å knytte agentenes posisjoneringer tettere til samfunnsmessige og historiske trekk som kan ha sammenheng med deres habitus. Ved en ny studie kunne jeg og lest meg grundigere inn i det praxeologiske teoriuniverset med tilhørende teorier, samt gjort en fullstendig sosioanalyse.

## Referanseliste

- Akselberg, A. K. B. (2012). *Hva gjør helsepersonell når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien - og hvordan formes deres handlinger? : en studie som beskriver og forklarer helsepersonell sine handlinger i hjemmesykepleien - i et praxeologisk perspektiv og med Bourdieus praktikk- og feltteori - og begrepene habitus, posisjon, disposisjon og posisjoneringer som analytiske verktøy* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen. Hentet fra [https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/6058/Master%20thesis\\_A.%20K.%20B.%20Akselberg.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/6058/Master%20thesis_A.%20K.%20B.%20Akselberg.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Al-Majid, S., Carlson, N., Kiyohara, M., Faith, M. & Rakovski, C. (2018). Assessing the Degree of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care, Oncology, and Charge Nurses. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48(6), 310-315. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000620>
- Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2008). Caught in an artificial split: A phenomenological study of being a caregiver in the technologically intense environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(2), 130-136. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339707000808>
- Analysesenteret AS. (2015). *Rapport ABIO Ressurs*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2591005/Rapport%20ABIO%20Ressurs.pdf>
- Benum, E. (2015, 26.10.17). Kvinnerevolusjon i utdanning og arbeid. Hentet 27.02.19 fra <https://www.norgeshistorie.no/oljealder-og-overflod/kommunikasjon-og-kunnskap/1930-kvinnerevolusjon-i-utdanning-og-arbeid.html>
- Bergsagel, I. (2016, 05.12.16). Stoler mest på sykepleiere. Hentet 23.04.19 fra <https://sykepleien.no/2016/12/stoler-mest-pa-sykepleiere>
- Bourdieu, P. (1994). Tre former for teoretisk viten (S. Callewaert, Overs.). I S. Callewaert, M. Munk, M. Nørholm & K. A. Petersen (Red.), *Pierre Bourdieu : centrale tekster inden for sociologi og kulturteori* (s. 72-108). København: Frydenlund.
- Brandser, Y. E. (2015). *Smarte hus, sensorer og ny teknologistøttet omsorg - en praxeologisk studie om det norske velferdsteknologiområdet* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen. Hentet fra <https://bora.uib.no/handle/1956/10173>
- Breland, H. P. & Gautefall, B. P. (2016). *Er intensivavdelinger et godt sted for intensivsykepleieren å jobbe? : en kvantitativ undersøkelse av intensivsykepleierens jobbtilfredshet og grad av utbrenthet* (Masteroppgave). Universitetet i Agder. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2413812>
- Callewaert, S. (1994). *Kultur, pædagogik og videnskab : habitus-begrebet og praktikteorien hos Pierre Bourdieu* (2. utg.). København: Akademisk Forlag.
- Callewaert, S. (2019). Introduktion til Pierre Bourdieu: "De tre former for teoretisk viden». *Praxeologi – Et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker*, 1(1), e2595. <https://doi.org/10.15845/praxeologi.v1i0.2595>
- Epp, K. (2012). Burnout in critical care nurses: a literature review. *Dynamics*, 23(4), 25-31. Hentet fra <https://www.caccn.ca/pdfs/CACCN-23-4-2012.pdf#page=25>
- Esmark, K. (2006). Bourdieus uddannelsessociologi. I A. Prieur & C. Sestoft (Red.), *Pierre Bourdieu: en introduktion* (s. 71-113). København: Hans Reitzels Forlag.
- Fonseca, T. C. d. P. & Mello, R. (2016). Burnout syndrome among nursing professionals of intensive units in a public hospital. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 296-303. Hentet fra <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10953/12267>
- Fæø, S. E. (2016). *Hjemmesykepleien - I spenningsfeltet mellom økonomi og moral. En praxeologisk studie av hjemmesykepleiens utvikling* (Masteroppgave). Universitetet i

- Bergen. Hentet fra  
<https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12882/144680899.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gundersen, E. M. & Skoglund, I. (2018). Fra opplæring til mastergrad. I E. M. Gundersen, N. Kolden, I. Skoglund & G. K. Veum (Red.), *40 år og ennå ungt! Intensivsykepleiens historie - et fag i stadig utvikling!* (s. 15-30). NSFLIS Landsstyre 2018.
- Hagemann, G. (2015a, 24.11.17). Kunnskap og utdanning. Hentet 26.02.19 fra  
<https://www.norgeshistorie.no/industrialisering-og-demokrati/kommunikasjon-og-kunnskap/1507-kunnskap-og-utdanning.html>
- Hagemann, G. (2015b, 01.02.16). Utdanningseksplasjon. Hentet 26.02.19 fra  
<https://www.norgeshistorie.no/velferdsstat-og-vestvending/kommunikasjon-og-kunnskap/1812-utdanningseksplasjon.html>
- Hammerslev, O. & Hansen, J. A. (2009). Indledning. I O. Hammerslev, J. A. Hansen & I. Willig (Red.), *Refleksiv sosiologi i praksis : empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu* (s. 11-34). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hansen, J. A. (2009). Om feltanalytiske interviews i analyser af aktivering. I O. Hammerslev, J. A. Hansen & I. Willig (Red.), *Refleksiv sosiologi i praksis : empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu* (s. 62-75). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hays, M. A., All, A. C., Mannahan, C., Cuaderes, E. & Wallace, D. (2006). Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(4), 185-193. Hentet fra  
<https://oc.evid.com/article/00003465-200607000-00016/HTML>
- Helse Bergen. (u.å, 11.02.19). Norsk intensivregister (NIR). Hentet 06.03 2019 fra  
<https://helse-bergen.no/norsk-intensivregister-nir>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemd (prioriteringsforskriften) (FOR-2000-12-01-1208). Hentet fra  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Styringsmål 2019*. Hentet fra  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/styringsmal-2019.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter (IS-2618)*. Hentet fra  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1405/Kartlegging-av-vold-mot-helsepersonell-og-medpasienter-IS-2618.pdf>
- Hjelmtveit, V. (2017). Sosialpolitikk i et historisk perspektiv. I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring : om norsk helse- og sosialpolitikk* (3. utg., s. 28-63). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Horne, R. (2016). *"Like barn leikar best". Ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengande barn og unge* (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen. Hentet fra  
<https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/15253/dr-thesis-2016-Rolf-Horne.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Høgskulen på Vestlandet. (2018). Emnebeskrivelse for studieåret 2018/2019. Hentet 30.08.18 fra  
<https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/int506>
- Johnsen, N., Wæraas, B. & Lind, R. (2016). «Faglig gjennomgang etter uventede hendelser – Hva har betydning for at et slikt behov melder seg hos intensivsykepleieren? Kan samtalen over kaffekoppen være tilstrekkelig?» (Masteroppgave). UiT Norges arktiske universitet. Hentet fra  
<https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/9613/thesis.pdf?sequence=2>

- Kelly, L. A. (2017). Effect of meaningful recognition on critical care nurses' compassion fatigue. *American Journal of Critical Care*, 26(6), 438-444.  
<https://doi.org/10.4037/ajcc2017471>
- Kleppe, E. (2015). *Norske kostråd. En praxeologisk studie - med Pierre Bourdieus praktikk- og feltteori som analytisk verktøy. Periode 1946 – 2014* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen. Hentet fra  
<https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/9498/130711065.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kolden, N. & Veum, G. K. (2018). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar i endring og utvikling. I E. M. Gundersen, N. Kolden, I. Skoglund & G. K. Veum (Red.), *40 år og ennå ungt! Intensivsykepleierens historie - et fag i stadig utvikling!* (s. 63-93). NSFLIS Landsstyre 2018.
- Kompanje, E., Benoit, D., Bakker, J. & Nijkamp, M. (2015). The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS One*, 10(8), e0136955.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955>
- Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. I O. Hammerslev, J. A. Hansen & I. Willig (Red.), *Refleksiv sosiologi i praksis* (s. 173-189). København: Hans Reitzels Forlag.
- Kuhnle, S. & Kildal, N. (2018). Velferdsstatens idégrunnlag i perspektiv. I A. Hatland, S. Kuhnle & T. I. Romøren (Red.), *Den norske velferdsstaten* (5. utg., s. 15-40). Oslo: Gyldendal.
- Kunnskapsdepartementet. (2012). *Utdanning for velferd* (Meld. St. 13 (2011–2012)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/sec1>
- Lange, E. (2015a, 09.03.17). Bedre levekår. Hentet fra  
<https://www.norgeshistorie.no/velferdsstat-og-vestvending/artikler/1862-bedre-levekar.html>
- Lange, E. (2015b, 04.08.17). Sosialdemokratisk storhetstid. Hentet 27.02.19 fra  
<https://www.norgeshistorie.no/velferdsstat-og-vestvending/makt-og-politikk/1813-sosialdemokratisk-storhetstid.html>
- Lange, E. (2015c, 09.12.15). Trygghet og økt velferd. Hentet 27.02.19 fra  
<https://www.norgeshistorie.no/velferdsstat-og-vestvending/mennesker/1801-trygghet-og-okt-velferd.html>
- Lende, K. (2017). *Intensivsykepleier - bli ved din lest? En kvalitativ studie om turnover blant intensivsykepleiere* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo. Hentet fra  
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/60994/Masteroppgave-Katharina-Lende.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Myhre, J. E. (2015a, 28.01.16). Dagligliv og levekår. Hentet 26.02.19 fra  
<https://www.norgeshistorie.no/industrialisering-og-demokrati/hus-og-hjem/1521-dagligliv-og-levekar.html>
- Myhre, J. E. (2015b, 28.01.16). Norge blir et industriland. Hentet 26.02.19 fra  
<https://www.norgeshistorie.no/industrialisering-og-demokrati/teknologi-og-okonomi/1504-norge-blir-et-industriland.html>
- Myhre, J. E. (2015c, 14.08.17). På flyttefot til og innen Norge. Hentet 26.02.19 fra  
<https://www.norgeshistorie.no/industrialisering-og-demokrati/kommunikasjon-og-kunnskap/1505-pa-flyttefot-til-og-innen-norge.html>
- Myking, M. (2013). *Palliasjon på sykehjem : hva gjør helsepersonell i møte med alvorlig syke og døende pasienter - og hvordan formes deres handlinger? : en praxeologisk studie som beskriver og forklarer helsepersonells palliative behandling, pleie og omsorg av*

- døende pasienter - med Bourdieus praktikk- og feltteori som analytiske verktøy* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen. Hentet fra <https://bora.uib.no/handle/1956/6813>
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. (u.å). Norsk intensivregister. Resultater. Hentet 07.03.19 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/551/resultater>
- NAV. (2018, 03.05.18). NAVs bedriftsundersøkelse 2018. Hentet 23.01.19 fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Nyheter/Økt+mangel+på+arbeidskraft>
- Nolte, A. G. W., Downing, C., Temane, A. & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23/24), 4364-4378. <https://doi.org/10.1111/jocn.13766>
- Norredam, M. & Album, D. (2007). Review Article: Prestige and its significance for medical specialties and diseases. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(6), 655-661. <https://doi.org/10.1080/14034940701362137>
- Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere. (2014). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/2265711/cache=20161309131941/Retningslinjer\\_for\\_IntensivvirksomhetNORGE\\_23.10.2014.pdf](https://www.nsf.no/Content/2265711/cache=20161309131941/Retningslinjer_for_IntensivvirksomhetNORGE_23.10.2014.pdf)
- Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere. (2004). Definisjoner. Hentet 30.08.18 fra <https://www.nsf.no/Content/125356/Vedtatte%20definisjoner%202004%20og%202006.pdf>
- Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere. (2006). Definisjoner. Hentet 30.08.18 fra <https://www.nsf.no/Content/125356/Vedtatte%20definisjoner%202004%20og%202006.pdf>
- Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere. (2017, 20.09.17). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/3653445/cache=20182305165052/Funksjons%20og%20ansvarsbeskrivelsen%20for%20intensivsykepleiere%20vedtatt%2020september2017.pdf>
- Notaker, H. (2015, 26.10.17). Mer marked, svakere stat. Hentet 27.02.19 fra <https://www.norgeshistorie.no/oljealder-og-overflod/makt-og-politikk/1904-mer-marked-svakere-stat.html>
- NSF OUS. (2018, 11.06.18). Lønnsoppgjøret 2018. Hentet 05.05.19 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3921831/278143/Lonnsoppgjoret-2018>
- Papathanassoglou, E. & Karanikola, M. (2018). Stress in critical care nurses: a policy perspective. *Nursing in Critical Care*, 23(3), 117-120. <https://doi.org/10.1111/nicc.12352>
- Petersen, K. A. & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab: hvad er det? : en diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ* [E-bok]Forlaget Hexis. Hentet fra <https://bora.uib.no/handle/1956/10637>
- Petersen, K. A., Glasdam, S. & Lorentzen, V. (Red.). (2007). *Livshistorieforskning og kvalitative interview*. Viborg: Forlaget PUC.
- Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J., Pochard, F., ... Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 175(7), 698-704. <https://doi.org/10.1164/rccm.200606-806OC>

- Prieur, A. (2002). Objektivisering og refleksivitet - om Pierre Bourdieus perspektiv på design og interview. I M. H. Jacobsen, S. Kristiansen & A. Prieur (Red.), *Liv, fortelling, tekst - Strejftog i kvalitativ sosiologi* (s. 109-132). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Prieur, A. (2006). En teori om praksis. I A. Prieur & C. Sestoft (Red.), *Pierre Bourdieu : en introduktion* (s. 23-69). København: Hans Reitzels Forlag.
- Prieur, A. & Sestoft, C. (2006). Bourdieus epistemologi og sosiologiens håndværk. I A. Prieur & C. Sestoft (Red.), *Pierre Bourdieu : en introduktion* (s. 211-238). København: Hans Reitzels Forlag.
- Romøren, T. I. (2018). Specialisthelsetjenesten: sykehus og psykisk helsevern. I A. Hatland, S. Kuhnle & T. I. Romøren (Red.), *Den norske velferdsstaten* (5. utg., s. 149-177). Oslo: Gyldendal.
- Sacco, T. L., Ciurzynski, S. M., Harvey, M. E. & Ingersoll, G. L. (2015). Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse*, 35(4), 32-44. <https://doi.org/10.4037/ccn2015392>
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse - landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedepartementet. (2001). *Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)* (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/15a4b853c7be45fb8d432b109b782961/no/pdf/otp200020010066000dddpdfa.pdf>
- Statistisk sentralbyrå. (2019). Lønn. Hentet 29.04.19 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/11418/tableViewLayout1/?loadedQueryId=10001482&timeType=from&timeValue=2015>
- Stubberud, D.-G. (2015). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 29-42). Oslo: Cappelen Damm.
- Stubberud, D.-G. (2018). En sykepleiespesialitet blir til. I E. M. Gundersen, N. Kolden, I. Skoglund & G. K. Veum (Red.), *40 år og ennå ungt! Intensivsykepleiens historie - et fag i stadig utvikling!* (s. 3-14). NSFLIS Landsstyre 2018.
- Tønnessen, L. K. B. (2011). *Norsk utdanningshistorie : en innføring med fokus på grunnskolens utvikling* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Utdanningsdirektoratet. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan\\_for\\_intensivsykepleie\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf)
- Vasconcelos, E. M. d. & Martino, M. M. F. D. (2017). Predictors of burnout syndrome in intensive care nurses. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 38(4), 1-7. Hentet fra [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000400417&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400417&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Ågotnes, G. (2016). *The Institutional Practice: Dynamics of practice at nursing homes: An ethnographic study of variation in hospitalization amidst uncertainty and continuity* (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen. Hentet fra <https://bora.uib.no/handle/1956/15781>
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlaget.
- Aasen, H. S. & Kildal, N. (2014). Grunnloven og retten til arbeid. I H. S. Aasen & N. Kildal (Red.), *Grunnloven og velferdsstaten* (s. 109-118). Bergen: Fagbokforlaget.

## Liste over vedlegg

- Vedlegg 1: Sosioanalyse (5 sider)
- Vedlegg 2: Skjematisk fremstilt konstruksjon av agentenes habitus (3 sider)
- Vedlegg 3: Informasjonsskriv med samtykkeskjema (3 sider)
- Vedlegg 4: Intervjuguide
- Vedlegg 5: Godkjenning Personvernombud på Høgskulen på Vestlandet (HVL)
- Vedlegg 6: Godkjenning Norsk senter for forskningsdata (NSD) (2 sider)
- Vedlegg 7: Utfyllende om relevant forskning på intensivsykepleie (2 sider)
- Vedlegg 8: Søkehistorikk Cinahl (5 sider)

## Vedlegg 1: Sosioanalyse

### Posisjon

Nyutdannet intensivsykepleier med fast stilling. Jeg holder på med en mastergradsutdanning i klinisk sykepleie, spesialitet intensivsykepleie. Som sykepleier arbeidet jeg på flere sykehusavdelinger før jeg begynte på mastergraden. Arbeidsforholdene mine har vært knyttet til et av universitetssykehusene i Norge.

### Disposisjoner

I arbeidet med sosioanalysen sammenfattet jeg først mine disposisjoner i samme tabell som jeg har anvendt på studiens agenter (jf. intervjuguide i vedlegg 4), før jeg skrev de ut i fylldigere omfang. Nedenfor vises både tabell og fulltekst av mine disposisjoner.

Økonomisk kapital	Kulturell kapital	Sosial kapital
<ul style="list-style-type: none"><li>- Fast arbeid og inntekt; i underkant av 500.000kr</li><li>- Eier leilighet</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Oppvokst i by, gifte foreldre, enebarn</li><li>- Intensivsykepleier, holder på med mastergrad i klinisk sykepleie</li><li>- Høgskoleutdannede foreldre</li><li>- Arbeidet kortvarig på barneskole/skolefritidsordning og i barnevernet. Traineestilling etter bachelorutdanning i sykepleie. Erfaring fra tre avdelinger ved stort norsk sykehus.</li><li>- Liker å være i naturen/trene, lage og spise mat, reise, lese.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kvinne, ca. 30 år, ugift</li><li>- Nære foreldre</li><li>- Familie i annen landsdel</li><li>- Flere nære venner, med like interesser og/eller liknende arbeid</li><li>- Kollegaer og studievenner</li></ul>

Jeg er født og oppvokst i en stor by på Østlandet helt på begynnelsen av 90-tallet. Mamma og pappa var etter datidens standard relativt godt voksne da de fikk meg, og jeg er enebarn. De tidlige årene bodde vi i et rolig område i sentrum, og da vi flyttet ut av sentrum søkte mine foreldre om at jeg kunne starte et år for tidlig på skolen slik at jeg kunne bli en del av et mer varig sosialt nettverk på det nye stedet. Jeg har i mange år vært skoleflink, og selv om ikke resultater i seg selv er i fokus hjemme har jeg alltid fått hjelp med skolearbeid og ros når jeg lykkes. Jeg er oppvokst i et område med relativt lite innvandrere, i et rekkehus som ligger i et landlig område blant andre eneboliger og rekkehus. Barne- og ungdomsskoletiden var trygg, med mange fritidsaktiviteter og like aktive venner. På videregående begynte jeg på en stor skole i sentrum, men det året var opptaksreglene endret slik at ingen i mitt sosiale nettverk havnet på samme skole, og jeg kjente umiddelbart etter å ha begynt at jeg ikke trivdes. Derfor byttet jeg innen den første uken til en videregående steinerskole, med fordypning innen historie og språk. Flere gode venner hadde søkt seg inn og begynte der en uke før meg. Dette var et godt valg sosialt sett og med tanke på at jeg ble utfordret innen humanistiske og kunstneriske fag. Jeg har alltid vært nysgjerrig og lærevillig, og Steinerskolen næret opp under dette med andre arbeidsformer, varierte fag, engasjerte lærere og studenter med ulike personligheter. Parallelt med skolegang har jeg vært aktiv innen flere typer idrett, samt gått noen år på kunstskele på fritiden. Begge mine foreldre har fulgt opp mine fritidsinteresser, men idretten har pappa i særlig stor grad involvert seg i. Mamma deler min interesse for å lese, både faglitteratur og skjønnlitteratur, diskutere og å lage mat.

Etter videregående begynte jeg på fysioterapiutdanning, men oppdaget raskt at dette ikke passet meg på det tidspunktet. Derfor sluttet jeg og søkte meg inn på en folkehøgskole med fokus på friluftsliv, et annet sted i landet. Her møtte jeg også mange av de vennene som er blant mine nærmeste i dag. Etter dette året var jeg usikker på hva jeg ønsket å studere, men jeg hadde i flere år tenkt at jeg ville bo en periode i Frankrike for å lære språket. Derfor



arbeidet jeg som vikar på barneskole og i skolefritidsordning før og etter et knapt halvår med språkskole i Frankrike. Jeg har også arbeidet en kort periode som ufaglært i Barnevernet. Da jeg etter dette igjen skulle velge utdanning stod det mellom lærer og sykepleier, og uten at jeg kan huske at jeg reflekterte nøye over hvordan de ulike retningene ville virke på hverdagen i årene framover bestemte jeg meg for å flytte til Vestlandet og studere sykepleie. Jeg anså sykepleiefaget som en god kombinasjon av teori og praksis og et arbeid med mulighet for å være til nytte for andre mennesker. I tillegg ønsket jeg å studere i en annen by enn den jeg er oppvokst i, for å utvide nettverket og bli utfordret av noe annet enn det velkjente i egen by, og fordi jeg antok at jeg uansett ville flytte hjemover etter utdannelsen. En god venninne flyttet på samme tid, vi begynte på samme høgskole og bodde sammen i kollektiv. Valget av utdanningsinstitusjon ble gjort på bakgrunn av at den var anerkjent for god kvalitet på undervisning og fordi den ikke var byens største sykepleierutdanning. Etter studiet søkte jeg traineestilling på et sykehus, og ble værende på Vestlandet på grunn av samboer og jobb. Min daværende samboer er også sykepleier. Stillingen som trainee innebar at jeg var ansatt på tre ulike avdelinger over en toårsperiode, og en av disse var en barneavdeling. Jeg hadde i mange år ønsket å jobbe med barn, og fortsatte ved denne avdelingen etter avsluttet traineestilling. Her arbeidet jeg primært med onkologi. Motivasjonen bak å begynne på en mastergrad i intensivsykepleie var et ønske om nye utfordringer og en grundigere innføring i og tilnærming til sykepleiefaget. Det er et fag med stor faglig utvikling som gjør at man aldri blir utlært og en arbeidsform som fremmer et helhetlig perspektiv på pasient og pårørende. Jeg så også at jeg med en mastergrad kan ha flere muligheter i yrkeslivet. Grundigheten og det altomfattende i intensivsykepleierollen appellerer i stor grad også til ordensmennesket i meg. I dag bor jeg fortsatt på Vestlandet. Jeg er ugift, har ingen barn og bor sentralt i by, i en leilighet som jeg eier. Under utdanningen har jeg fått lønn av helseforetaket jeg var ansatt i før jeg begynte å studere. Når jeg er ferdig med mastergraden har jeg fast stilling ved et større sykehus, tilknyttet intensivavdelingene. Mine foreldre har jeg nær kontakt med, og jeg anser mange av mine venner som svært nære og som reservefamilie. Å være ute i naturen, å trene og å lage mat gir meg mye glede, gjerne sammen med venner. Å oppleve andre land og kulturer synes jeg og er veldig spennende.

Mamma er født på 50-tallet, oppvokst i en by på Sørlandet, eldst av tre søsken, med skilte foreldre. Hun er sykepleier i bunn, har videreutdanning innen sykepleie (ikke intensivsykepleier), og arbeider nå med sosialt arbeid med barn og ungdom. Pappa er også født på 50-tallet, på et mindre sted på Sørlandet, eldst av tre søsken. Pappa er utdannet innen logistikk, har jobbet mesteparten av sitt liv i det private næringslivet, men byttet arbeidsgiver til det offentlige for over 10 år siden. Mine foreldre flyttet sammen til Østlandet fra Sørlandet tidlig på 80-tallet, for studier og jobb. Jeg er oppvokst med til dels tradisjonelle kjønnsroller; pappa har mye av det praktiske ansvaret for biler og vedlikehold av eiendommene utvendig, mens mamma har ansvaret for en del av de huslige aktivitetene. Likevel er jeg vant med at pappa vasker hus og lager mat og at mamma graver og steller hagen eller bærer ved. Begge mine foreldre har vært yrkesaktive hele mitt liv, de har eid leilighet/hus siden før jeg ble født og har et hus på Sørlandet som vi tilbringer mye tid ved. Jeg har aldri manglet noe økonomisk, men jeg har ikke opplevd overflod av penger eller sløsing. Mine foreldre er veldig opptatt av å ta vare på eiendom og ting man har fått og kjøpt, og denne mentaliteten har jeg arvet. De er opptatt av sparing til uforutsette utgifter, og til noe man ønsker seg eller kan jobbe mot.

Farmor og farfar kom begge fra et lite sted på Sørlandet, og var født rundt 1920. Han arbeidet som stuert på skip i en lengre periode mens farmor var med, og dermed reiste de verden rundt før de fikk tre barn. Senere kjørte han buss på hjemstedet i mange år, og arbeidet som

trafikkleder lokalt. Farmor var husmor med ansvar for alle huslige plikter, samt jobbet i en lokal butikk da barna ble større. De giftet seg unge og levde sammen til de døde. Farmor var et samlende element i familien, med åpent hus, laget mye god mat og inviterte hele familien til feiringer og middager. Farfar tok hånd om de tradisjonelle mannlige verdiene, eksempelvis vedlikehold av eiendom og plikter knyttet til kjøretøy. Jeg har tilbrakt mye tid med min farmor og farfar, og en del tid med min mormor. Mormor er oppvokst på gård blant mange søsken på 30-tallet på Sørlandet. Hun gikk på skogbruksskole, tok lappen som 18-åring, gikk husflidskole og hadde senere egne virksomheter med kiosk og klesbutikk. Hun ble tidlig mor, og har så lenge jeg har levd vært selvstendig med sterke meninger og liten sjenanse. Hun skilte seg fra min morfar før min tid, og har levd alene etter det, men med familie i umiddelbar nærhet. Morfar var født på 30-tallet, og kom fra samme omegn som mormor. Han var utdannet flymekaniker, men arbeidet mesteparten av livet som bilselger og eide bilforretning og -verksted. Etter at mormor og morfar ble skilt giftet han seg på nytt, og fikk barn igjen. Han var relativt velstående økonomisk. Min morfar bidro til en turbulent barndom for mamma, og dette i kombinasjon med at jeg bodde i en annen del av landet gjorde muligens at vi hadde lite kontakt utenom ferier og høytider.

Kort fortalt var mine oldeforeldre fra Sørlandet og Vestlandet. Mammias bestefedre var gård- og skogbrukere, både med småbruk og store gårder, samt drosjesjåfør. Mammias bestemor hadde privatpersoner i forpleining og var husmødre. I tillegg var de svært opptatt av lesing og håndarbeid. De var uttalt religiøse innen kristendommen. Pappas besteforeldre var sjømann, båtbygger, driftet småbruk, syerske og husmor. Pappa husker særlig at hans ene bestemor var troende kristen.

Mine venner har alle høyere utdanning og/eller mastergrad, innen en rekke ulike yrkesgrupper. Fordi jeg har møtt og beholdt venner fra alle epoker i livet er disse fra ulike steder i Norge, med ulike kapitaler. Felles for de aller fleste er at de liker å være ute i naturen, å spise god mat og diskutere. Vi kommer fra liknende hjem med tanke på økonomi og utdanning og stammer fra samme klasse, hvilket i Bourdieus øyne er en reproduksjon av de rammene man er født inn i. Jeg har også en rekke venner innen samme yrke/sector som jeg selv arbeider i, som jeg har møtt i studiesammenheng eller som kollegaer.

### **Posisjonering**

Det mest naturlige å trekke frem først er posisjoneringen i det å bli sykepleier og intensivsykepleier. I min oppvekst snakket mamma en del om jobben hjemme, i form av både positive og negative opplevelser. Hun hadde tatt videreutdanning før jeg ble født. Jeg kan huske at jeg hadde motforestilling mot å bli sykepleier og å jobbe i helsevesenet da jeg var yngre, mest på bakgrunn av at det var det mamma gjorde. Pappa har pratet litt mindre om sitt arbeid. På tross av motforestillingen mot å arbeide i helsevesenet kan man kanskje anta at mammias fortellinger om sine jobbopplevelser bidro til at jeg ubevisst hadde en oppfatning av hva slags liv yrkesvalget kunne gi. Min viktigste motivasjon var å få arbeide med mennesker og å ha en betydning for andre. I tillegg er det en utbredt oppfatning i samfunnet at sykepleieryrket gir minimale sjanser for arbeidsledighet. Sekundært kan det være en av årsakene til yrkesvalget, da jeg opplever betydningen av økonomisk trygghet som en ervervet verdi i min familie.

Jeg posisjonerer meg ved å ta en mastergrad i klinisk sykepleie, fordi jeg har en ide om at dette kan gi meg flere muligheter i yrkeslivet, både i den kliniske hverdagen og utenfor klinikken. Under videreutdanningen fikk jeg betalt store deler min ordinære lønn av min arbeidsgiver, mot arbeid i helger og ferie samt to års bindingstid til helseforetaket etter

studiene. Dette var ikke avgjørende for valg av utdanning, men har bidratt til at jeg kunne beholde eiendom og livsstilen min. Det halve året med mastergradsarbeid er ikke betalt, men gjennomføres som en del av posisjoneringen i arbeidslivet.

Jeg har aldri tenkt på det som et alternativ ikke å ta en utdanning, men jeg kan ikke erindre at jeg har opplevd føringer for valg av utdanning. Ved nærmere ettertanke kan det å ta en mastergrad synes som et opplagt valg både på bakgrunn av min oppvekst og dagens samfunn. Mine foreldre har utdanning, min omgangskrets er velutdannede, jeg er sosialisert av min familie og mine venner som liker språk, diskusjon og litteratur, jeg liker utfordringer og muligheter, og jeg har gjennom livet fått oppleve selvstendighet og har stor valgfrihet. I dagens samfunn ønsker man å standardisere utdanningsløp og videreutdanning i intensivsykepleie er ikke et unntak. En mastergrad har i dag ikke samme status som tidligere, fordi langt flere har en mastergrad. Jeg er en del av en samtid som ikke nødvendigvis ser på utdanning som noe egalitært, forbeholdt noen deler av samfunnet. Gjennom Statens Lånkasse er utdanning muliggjort for de fleste i Norge i dag. Utdanning er heller ikke i min verdensforståelse et valg, det er mer retningen og lengden på utdanningen som utgjør valgfrihet. Alle mine venner har tatt lange utdanninger, som er relativt vanlig i dag. Man kan karakterisere formell og akademisk kunnskap som kapital både i min sosiale verden og på arbeidsmarkedet, hvilket også forklarer hvorfor jeg har tatt høyere utdanning. Ved nærmere refleksjon har mange i min slekt praktisk rettede yrker; fra bilselger, sjåfør, landbruk/jordbruk/skogsbruk, sjømann, syerske, stuert, sykepleier. Unntaket er pappa med utdanning innen logistikk. Mine foreldre har like fullt høgskoleutdannelse. Akademisk utdanning er i dag ganske vanlig, men slik var det ikke tidligere. Intensivsykepleie kan synes som et kompromiss mellom å beholde det praktiske og menneskenære sykepleieryrket og det akademiske i å tilegne seg en mastergrad og flere muligheter i arbeidslivet. Under alle utdanningsløp har jeg hatt tillitsverv og sittet i ulike utvalg, hvilket også kan ses på som posisjonering via økte kunnskaper, nettverksbygging og muligheten til å påvirke organiseringen av utdanningen.

Betydningen av språk og mulighetene i det er ganske tydelige for meg. Jeg er oppvokst med interesse for språk og litteratur, pappa hadde flere språk i sin arbeidshverdag, jeg ble oppfordret til og hadde interesse for flere fremmedspråk på videregående, og dro senere utenlands for å lære og praktisere språk. Jeg har lært hjemmefra at argumentasjon vinner frem, at språk kan brukes til å formidle sinnsstemning og følelser, at språk er høflighet og respekt, og at det gir muligheter for diskusjon og læring. Dette har jeg tatt med meg i yrkeslivet, hvor min posisjonering også foregår med språk. Jeg har diskutert og lært mye av kollegaer i ulike yrker, samtale og samarbeid med pårørende har vært en stor del av min arbeidshverdag med barn, og jeg har forsøkt å tilpasse språket til barn fra 0-18 år. Gode argumenter og refleksjoner basert på fagkunnskap og erfaring er i mine øyne intensivsykepleierens styrke i møte med pasienter, pårørende og kollegaer.

En kombinert vanskelighet og fordel med min posisjon som intensivsykepleier er at jeg via utdannelsen er sosialisert inn i språk, tankesett og praktikker som intensivsykepleiere praktiserer. Dermed kan det være vanskelig å erkjenne strukturer i det sosiale feltet som er meg ubevisst på grunn av utdanningen. Jeg er ennå ikke sosialisert via arbeid på intensivavdeling, men jeg er sosialisert inn i sykepleieryrket med påvirkning fra ulike avdelinger ved et stort norsk sykehus. Fordelen er at det gir meg innsikt i og tilgang til noen av praktikkene og referanserammene som de agenter jeg har intervjuet har. At jeg har en tittel, men ikke ennå har arbeidet i en intensivavdeling, kan også forville meg til å tro at jeg forstår språk og praktikker, selv om dette ikke nødvendigvis er tilfellet. I tillegg er agentene i studien

eldre enn meg, og på tross av at vi er en del av den samme historiske konteksten har de likevel andre referanserammer enn meg.

Et annet aspekt ved en refleksiv analyse er å formulere min egeninteresse i forskningen og hva som står på spill for meg. Praktisk handler jeg med et ønske om å få en forståelse for hvordan man helt konkret lever godt i det yrket jeg har valgt. Økonomisk har jeg avstått fra et halvt års inntekt. Faglig har jeg utsatt det å begynne i yrket som intensivsykepleier med et opphold mellom praktisk utdanning og arbeidsliv. På det akademiske står mastergraden på spill, og det er heller ikke gitt at en mastergrad gir meg høyere lønn eller flere muligheter ved endt utdanning. Graden er også et forsøk på å tilegne meg kapital som innen sykepleien ennå ikke er allmenn, for å styrke min posisjon i yrkeslivet og gi meg muligheter både innen forskningsfeltet og innen det vitenskapelige feltet. I følge Bourdieu (referert i Wilken, 2008, s. 86) er forskning motivert av interesser, som bunner i forforståelser som sosiale fordommer, ubevisste verditilskrivninger og personlig erfaring, og dette virker inn på hva som blir forskningsobjekt og hvilken teori, metodologi og metode forskeren velger seg. Mine interesser vil være da være av personlig, faglig og akademisk karakter. Den teoretiske tilnærmingen til prosjektet kan også ses som et forsøk på å bryte med det som er kjent og anerkjent metode innen medisinsk forskning.

## Vedlegg 2: Skjematisk fremstilt konstruksjon av agentenes habitus (3 sider)

### «Anne Marie»

Posisjon	Disposisjoner			Posisjonering
Intensivsykepleier 100 % stilling, over 30 års ansiennitet. Har hatt stilling som assisterende avdelingssykepleier flere ganger. Har vært studiesykepleier. Er ofte ansvarsvakt på avdeling. Ansatt på nåværende arbeidssted i over 20 år.	Økonomisk kapital	Kulturell kapital (formell/uformell?)	Sosial kapital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Første som tok intensivutdanning på daværende arbeidssted.</li> <li>• Inntar en veilederrolle, har drevet undervisning både på arbeidsplassen og på heltid.</li> <li>• Har vært ass. avdelingssykepleier, studiesykepleier, arrangert fagdager, bidratt til å starte nye behandlingstiltak i avdelingen.</li> <li>• Har arbeidet flere steder innen helsevesenet; ulike deler av kommunehelsetjenesten, kirurgiske og medisinske pasienter i spesialisthelsetjenesten.</li> <li>• Evaluerer dagens intensivsykepleierutdanning som mindre god enn tidligere.</li> <li>• Ivaretar seg selv med bruk av humor, fysisk aktivitet, uformell samtale med kollegaer og å ha 'en hånd på rattet' (opplever kontroll over egen hverdag).</li> <li>• Planlegger førtidspensjonering.</li> </ul>
	Min. årslønn 525.000kr + tillegg*. Bor i leilighet i nybygd boligfelt, på tettsted i tilknytning til en større by.	Født på 50-tallet. Oppvokst i by. Hjemmeværende mor, far med praktisk yrke. Har flere korte utdannelser. Utdannet intensivsykepleier mot slutten av 80-tallet, på sykehus. Yrkeserfaring fra flere avdelinger på ulike sykehus. Har arbeidet innen andre deler av helsevesenet enn intensivmedisin. Har en aktiv livsstil, mye i fysisk aktivitet.	Ugift, ingen barn. Har nær kontakt med søsken og deres familie. Langvarige kollegaer på nåværende arbeidsplass.	

\*Estimert minimumsinntekt på bakgrunn av minstelønnssats for spesialsykepleier med over 10 års ansiennitet (NSF OUS, 2018)

«Randi»

Posisjon	Disposisjoner			Posisjonering
<p>Intensivsykepleier 80 % stilling, over 30 års ansiennitet. Ansatt på nåværende arbeidssted i omtrent 20 år.</p>	<p>Økonomisk kapital</p> <p>Min. årslønn 525.000kr + tillegg*. Bor i leilighet i by. Har fritidsbolig på hjemsted. Delvis førtidspensjonert.</p>	<p>Kulturell kapital (formell/uformell?)</p> <p>Født på 50-tallet. Oppvokst på gård på landet. Foreldre var bønder. Utdannet intensivsykepleier tidlig på 80-tallet, på sykehus. Har jobbet som intensivsykepleier på sykehus siden videreutdanningen. Har yrkeserfaring fra flere avdelinger på ulike sykehus. Relativt god helse hele livet. Har interesser innenfor kulturelle tilbud, har en sosial fritid og driver lett fysisk aktivitet.</p>	<p>Sosial kapital</p> <p>Ugift, ingen barn. Er en del av en storfamilie, mange søsken med familie. Tett kontakt med disse. Venner fra flere livsstadier. Langvarige kollegaer på nåværende arbeidsplass.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fullførte tidlig videreutdanning i intensivsykepleie.</li> <li>• Betegner seg selv som praktiker og realist</li> <li>• Betrakter arbeidet sitt som meningsfullt, allsidig og med variasjon.</li> <li>• Anser ikke utfordring/konflikt kun som negativt</li> <li>• Skiller jobb og fritid. Tar i liten grad med seg tanker om arbeidet hjem.</li> <li>• Opplever at helsevesenet har gjennomgått stor endring siden hun begynte.</li> <li>• Har tatt ut delvis førtidspensjon</li> </ul>

\*Estimert minimumsinntekt på bakgrunn av minstelønnsatts for spesialsykepleier med over 10 års ansiennitet (NSF OUS, 2018)

«Mette»

Posisjon	Disposisjoner			Posisjonering
<p>Intensivsykepleier 100 % stilling, over 15 års ansiennitet. Stort sett ansatt på nåværende arbeidssted siden før videreutdannelsen.</p>	<p>Økonomisk kapital</p> <p>Antatt minimum samlet årlig husstandsinntekt 1.550.000kr*. Bor i rekkehus i boligfelt med småhusbebyggelse i by, 'fritt og høyt'. Har hytte.</p>	<p>Kulturell kapital (formell/uformell?)</p> <p>Født på 60-tallet. Oppvokst på en familiegård ved kysten, med god ressurstilgang. Foreldre var bønder. Fars familie har drevet denne gården i mange generasjoner. Mor fra samme landsdel som far, men ikke fra samme sted. Tradisjonsrik familie. Partner har masterutdanning, og er fra samme landsdel som «Mette». Utdannet intensivsykepleier tidlig på 2000-tallet, ved høgskole. Yrkeserfaring fra flere avdelinger på ulike sykehus. Høgskoleutdannet innen annen sektor i tillegg. En rekke hobbyer; håndarbeid, natur og friluftsliv, tradisjonell matlaging.</p>	<p>Sosial kapital</p> <p>Gift, flere barn over 15 år. Nålevende foreldre. Flere søsken med familier som hun har relasjoner med. Har nære venninner, samt flere klubber i tilknytning til hobbyer. Naboer. Kollegaer på nåværende arbeidsplass.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opplever arbeidet som spennende, meningsfullt, uforutsigbart.</li> <li>• Idealist; man kan alltid gjøre mer, høy arbeidsmoral, opptatt av struktur og skikkelighet, misliker uttrykket 'det er godt nok'.</li> <li>• Tok videreutdanning på bakgrunn av erfaring med manglende kompetanse, fordi det var kultur for å ta videreutdanning på avdelingen og at det gav flere yrkesmuligheter.</li> <li>• 'Intensivsykepleier er en del av min identitet'</li> <li>• Har opplevd at hardt arbeid gir fremgang, teamarbeid og grundighet kan snu pasientens situasjon.</li> <li>• Ser på yrkets belastning som en vane</li> <li>• Uttrykker at yrkets betydning er for lite løftet frem og verdsatt, samt lavt lønnet.</li> <li>• Har alle de sosiale relasjonene hun ønsker.</li> <li>• Verdsetter økonomisk trygghet</li> <li>• Er tradisjonsbevisst</li> <li>• Har flere hobbyer og er i fysisk aktivitet.</li> </ul>

\*Estimert minimumsinntekt på bakgrunn av minstelønnsats for spesialsykepleier med over 10 års ansiennitet (NSF OUS, 2018) og gjennomsnittlig inntekt for det yrket hennes mann praktiserer (Statistisk sentralbyrå, 2019).

## Vedlegg 3: Informasjonsskriv med samtykkeskjema (3 sider)

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet** *«Intensivsykepleiers erfaringer i arbeidet med kritisk syke mennesker»*

Det finnes lite forskning om hvordan intensivsykepleier opplever arbeidet med kritisk syke mennesker, og om hva som kreves for å stå i yrket over tid. Prosjektets formål er å avdekke kunnskap om hvordan det kan ha seg at intensivsykepleiere velger å bli i yrket, på tross av den daglige belastningen det er å arbeide med kritisk syke mennesker. Du som har arbeidet i intensivavdelinger i mer enn 5 år kan bidra til å tette dette kunnskapshullet. Høgskulen på Vestlandet (HVL), ved prosjektleder førsteamanuensis i sykepleie Jeanne Helene Boge, er ansvarlig for studien.

#### **Hva studien innebærer for deg:**

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at mastergradsstudent i intensivsykepleie, Andrea Mathisen, får anledning til å intervju deg om dine erfaringer med det å arbeide med kritisk syke mennesker. Intervjuet vil ta 1-2 timer. Studien er basert på en antakelse om at både strukturelle rammer og intensivsykepleiers livshistorie kan ha betydning for hvordan man erfarer og håndterer arbeidet med kritisk syke mennesker. Derfor vil intervjuet også omfatte spørsmål om din livshistorie. I den sammenheng vil du få spørsmål om alder, utdanning, interesser, familiebakgrunn, eventuelt økonomiske forhold og andre sider ved livshistorien din som du mener det er viktig at forsker kjenner til.

Det vil bli brukt lydopptaker under intervjuet. Lydopptakene blir senere transkribert av Mathisen og anonymisert. Intervjuet blir gjennomført på et rolig sted, enten hjemme hos deg, på Høgskulen på Vestlandet eller på et annet sted som du foretrekker, eventuelt via Skype eller telefon.

#### **Det er frivillig å delta:**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du velger selv hvilke opplysninger du vil oppgi om deg selv og dine erfaringer. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger:**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Kun prosjektleder Boge og mastergradsstudent Mathisen vil ha tilgang til opplysningene som samles inn.
- Lydopptakene vil oppbevares innelåst når de ikke er i bruk. Navnet og kontaktopplysningene dine vil oppbevares adskilt fra lydopptak og transkribert materiale. Transkriberte intervju oppbevares på HVLs sikrede forskningsserver.



- Opplysningene om deg vil bli anonymisert før publisering, slik at andre ikke kan gjenkjenne deg og det du forteller. Det er mulig at du gjenkjenner deg selv i det publiserte materialet. For å sikre anonymiteten din anbefaler vi deg ikke å fortelle at du deltar i prosjektet.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Forskningsarbeidet er godkjent av arbeidsplassen din og av personvernombudet ved HVL.

Behandlingsansvarlig der studien blir gjennomført og prosjektleder, førsteamanuensis Jeanne Boge ved HVL, har ansvar for å sikre at behandlingen av opplysninger om deg har et lovlig grunnlag. Personvernombudet ved HVL, Halfdan Mellbye, er involvert i arbeidet med å sikre opplysninger om deg. Prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6a og artikkel 9 nr. 2, og i ditt samtykke.

På oppdrag fra HVL har NSD (Norsk senter for forskningsdata AS) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hva som skjer med opplysningene om deg når forskningsprosjektet er avsluttet:**

Studien skal være avsluttet 31.12.2020. Innen den tid vil alle lydopptak destrueres. Boge og Mathisen tar vare på de transkriberte intervjuene i anonymisert form. Om du ønsker at andre forskere skal få tilgang til de transkriberte og anonymiserte intervjuene, kan de lagres hos Norsk senter for forskningsdata (NSD).

### **Kontaktopplysninger**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskulen på Vestlandet, ved prosjektansvarlig Jeanne Helene Boge; e-post: [jhb@hvl.no](mailto:jhb@hvl.no), telefon 55587208, mobil: 96206791, eller mastergradsstudent Andrea Mathisen; e-post: [574864@stud.hvl.no](mailto:574864@stud.hvl.no), mobil: 92482548.
- Personvernombud ved Høgskulen på Vestlandet: Halfdan Mellbye, e-post: [personvernombud@hvl.no](mailto:personvernombud@hvl.no), telefon: 55301031.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på e-post: [personvernombudet@nsd.no](mailto:personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55582117.

Dersom du ønsker å delta kan du sende en e-post eller sms til Andrea Mathisen eller Jeanne Helene Boge, eller du kan undertegne samtykkeerklæringen på neste side og levere til din avdelingsleder.

Med vennlig hilsen

Jeanne Helene Boge  
Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

Andrea Mathisen  
Mastergradsstudent

# Samtykkeerklæring

Jeg samtykker til å delta i prosjektet «Intensivsykepleiers erfaringer i arbeidet med kritisk syke mennesker», og til at personopplysninger om meg blir brukt slik som det er gjort rede for i informasjonsskrivet.

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

## Vedlegg 4: Intervjuguide

### Intervjuguide

#### Innledningsvis:

- Gjenta formålet med intervjuet
- Spørre om det ønskes mer informasjon om studien, eller om noe er uklart
- Informere om at det brukes lydopptaker og tidsrammen for intervjuet (1-1,5t.)
- Presentere meg selv og min yrkesbakgrunn kort

#### Intervjuets del om agentens livshistorie:

##### *Posisjon:*

- Kan du si kort hvem du er på arbeidsplassen?
- (Tittel, antall års erfaring innen feltet, eventuelle verv/spesialoppgaver?)

##### *Disposisjoner:*

- Kan du fortelle litt om deg selv?
- Kan du si noe om hvorfor du ble intensivsykepleier?
- Stille utdypende spørsmål dersom dette ikke fremkommer via første spørsmål, ut i fra følgende momenter som ansees som sentrale:

Økonomisk kapital	Kulturell kapital	Sosial kapital
<ul style="list-style-type: none"><li>- Inntekt/økonomi (ca. egeninntekt, evt. ca. familieinntekt)</li><li>- Eiendom</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fødested (land/by)</li><li>- Oppvekst</li><li>- Sykepleiers høyeste utdanning</li><li>- Mors, fars og partners høyeste utdanning og posisjon</li><li>- Tidligere yrkeserfaring</li><li>- Helse</li><li>- Kosthold</li><li>- Fritidsaktiviteter</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kjønn</li><li>- Alder</li><li>- Partner/barn/barnebarn</li><li>- Foreldre</li><li>- Venner</li><li>- Andre viktige sosiale relasjoner</li></ul>

#### Intervjuets del om agentens erfaringer:

##### *Posisjonering* (kommer til uttrykk gjennom holdning, meninger og handlinger)

- **‘Hvordan erfarer du det å arbeide med kritisk syke mennesker?’**, relatert både til positive og negative erfaringer.
- **‘Hvordan håndterer du det du opplever?’**, med oppfordring om å eksemplifisere håndteringen med konkrete situasjonsbeskrivelser.
- **‘Hvordan blir du ivaretatt av andre?’**
- **‘Hvordan ivaretar du deg selv?’** (for å kunne avdekke hvordan de ser på ivaretagelsen av seg selv)
- **‘Hva mener du bidrar til at du er/ønsker å bli i yrket?’**
- **‘Hvilke muligheter gav/gir utdannelsen som intensivsykepleier deg?’**

#### Avslutningsvis:

- Har du noe du har lyst til å tilføye til det som har kommet fram?
- Vil du dele noen ord om hvordan intervjuet ble erfart?
- Er det mulighet for å kontakte deg senere, dersom behov for å oppklare noe, for å få utfyllende opplysninger eller for oppfølgingsintervju?
- Ønsker du å lese gjennom transkribert materiale?
- Kan det transkriberte intervjuet lagres av NSD i anonymisert form, slik at dette også kan brukes av andre forskere senere?

## Vedlegg 5: Godkjenning Personvernombud på Høgskulen på Vestlandet (HVL)

Halfdan Mellbye <halfdan.mellbye@sands.no>  
to. 06.12.2018 10.48  
Andrea Mathisen;  
Jeanne Helene Boge

Hei

Jeg har som personvernombud ved HVL sett på dette prosjektet, og jeg har ingen innvendinger mot at det settes i gang.

Utfordringene med personvern er godt beskrevet i prosjektet, og det er både beskrevet hjemmelsgrunnlag for å håndtere personopplysninger – dvs. samtykke og sikring i form av lagring på forskningsserveren.

Det bør lages en mer detaljert plan for hvordan sikring av opplysningene skal skje, og det bør lages et skjema for innhenting av samtykke som er tilstrekkelig dekkende. Jeg kan om ønskelig se på slike dokumenter senere.

Slik prosjektet er beskrevet ser jeg at det i tillegg er en ting dere bør være særlig oppmerksom på. Når intervjuene blir så omfattende som dette vil anonymisering ofte ikke være effektivt i den forstand at den som leser oppgaven (eller andre rapporter) kan identifisere de involverte på grunnlag av opplysningene i teksten. Derfor bør dere ved utforming av tekster prøve å unngå opplysninger og beskrivelser som kan identifisere personer som skal være anonyme.

Med vennlig hilsen

**Halfdan Mellbye**

Partner | Advokat (H) | Attorney admitted to the Supreme Court

**Advokatfirmaet Steenstrup Stordrange DA**

Torgallmenningen 3B | Pb. 1150 Sentrum, 5811 Bergen | Norway

T: [+47 55 30 10 31](tel:+4755301031) M: [+47 419 16 731](tel:+4741916731) S: [+47 55 30 10 00](tel:+4755301000)

[sands.no](http://sands.no) [LinkedIn](#)

## Vedlegg 6: Godkjenning Norsk senter for forskningsdata (NSD)

### **Prosjekttittel**

Intensivsykepleiers erfaringer i arbeidet med kritisk syke mennesker. Et praxeologisk studium.

### **Referansenummer**

793504

### **Registrert**

16.11.2018 av Andrea Mathisen - 574864@stud.hvl.no

### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Jeanne Helene Boge, jhb@hvl.no, tlf: 55587208

### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

### **Kontaktinformasjon, student**

Andrea Mathisen, andrea\_mathisen@hotmail.com, tlf: 92482548

### **Prosjektperiode**

30.10.2018 - 30.06.2020

### **Status**

13.02.2019 - Vurdert

### **Vurdering (1)**

#### **13.02.2019 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 13.02.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

**MELD ENDRINGER** Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

**REKRUTTERING** NSD har ingen innvendinger til framgangsmåten for rekruttering av potensielle informanter som er beskrevet i meldeskjemaet.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige personopplysninger fra informantene frem til 30.06.2020. I tillegg vil det komme fram opplysninger om familie og omgangskrets til informanter, altså ikke taushetsbelagte opplysninger om personer som har og har hatt

betydning for livshistorien til informanten. Disse opplysningene vil være avgrenset til posisjon/yrke/utdanning/oppvekststed. Tredjepersonsopplysningene vil være lite omfattende, ikke sensitive og anonymiserte i publikasjon og eventuell lagring hos NSD etter prosjektslutt.

**LOVLIG GRUNNLAG** Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

**PERSONVERNPRINSIPPER** NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

**DE REGISTRERTES RETTIGHETER** Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER** NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET** NSD vil følge opp underveis og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Anne-Mette Somby. Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 7: Utfyllende om relevant forskning på intensivsykepleie

Breland og Gautefall (2016) gjorde en kvantitativ studie med tverrsnittdesign vedrørende intensivsykepleiers jobbtilfredshet og grad av utbrenthet. De kom fram til at økt jobbtilfredshet har særlig sammenheng med selvstendighet/autonomi i arbeidet og lønn, men også sykepleiefaglig veiledning, aktiv fagutvikling, kollegialt samarbeid, adekvat bemanning og ressurser, egen kompetanse, og sykepleieleders dyktighet, lederskap og støtte. Lav jobbtilfredshet bunnet i årsaker som at man hadde mer enn ti års ansiennitet (lang fartstid), turnusarbeid og misfornøydhet med lønn (at belønningen ikke stod til innsatsen). Det hadde ikke sammenheng med kjønn, alder, mastergradskompetanse eller kursvirksomhet. Høy forekomst av utbrenthet korrelerte med manglende følelse av selvstendighet og at man var misfornøyd med lønn. De kunne ikke finne sammenheng mellom utbrenthet og kjønn, alder, ansiennitet, stillingsprosent, mastergradskompetanse, kurs og annen fagutvikling eller grad av sykepleiefaglig veiledning (Breland & Gautefall, 2016).

Lende (2017) har med kvalitativ metode med dybdeintervju undersøkt hvorfor intensivsykepleiere forlater yrket. Hun peker på at årsaken er sammensatt, med tre avgjørende faktorer både fra arbeidslivet og privatlivet. Den ene var at selve yrkesrollen over tid var krevende, med fysiske og psykiske belastninger. Den andre var forholdet til nærmeste leder og arbeidsgiver. Dette innebar arbeidstid, grad av tilrettelegging og mulighet for utfordringer og faglig utvikling. Lederatferd og leders kommunikasjonsferdigheter, i form av rettferdighet, dialog, formidling og det å bli sett ble fremhevet som viktig for informantene. Endringer og uheldige utviklingstrekk på arbeidsplassen, som større arbeidsbelastning/færre ansatte, mindre fleksibilitet i arbeidstid og personlig tilrettelegging, og et endret pasientgrunnlag eksemplifisert med pasienter med dårligere prognoser enn tidligere og at pasientene er fysisk tyngre, påvirket også forholdet til leder/arbeidsgiver. Den tredje faktoren som hadde betydning for hvorfor de forespurte intensivsykepleierne hadde valgt å arbeide med noe annet var balanse mellom jobb og privatliv. Dette innebar i hvor stor grad jobben påvirket sosialt liv med venner/familie, logistikk i hjemmet, partners syn på arbeidet deres og følelsen av utilstrekkelighet. Lende oppsummerer at informantenes årsaker til å forlate yrket var ønsket om nye utfordringer, ulempene i arbeidet, sin egen livssituasjon og forhold på arbeidsplassen. Avgjørelsen ble tatt over tid, og det påpekes også at mangel på informantenes kompetanse bidro til avgjørelsen fordi de anså det som relativt lett å returnere til yrket senere hvis de ønsket (Lende, 2017).

Johnsen et al. (2016) tok for seg intensivsykepleieres behov for og erfaring med faglig gjennomgang etter uventede hendelser i en kvalitativ intervjustudie. Berørthet, arbeidserfaring og forhold ved hendelsen påvirket behovet for faglig gjennomgang hos intensivsykepleierne, og forskerne viste til at det ikke forelå rutiner eller kultur for slik gjennomgang. Kollegaer ble brukt til ventilering, men disse samtalene var tilfeldige og personavhengige, og de hadde ingen formell endringsverdi for videre arbeid på avdelingen. På bakgrunn av funn og diskusjon konkluderte Johnsen et al. (2016) med at kombinasjonen av et uttalt behov for en strukturert faglig gjennomgang hos intensivsykepleierne og en manglende rutine og prosedyre for dette fører til nedprioritering av egenomsorg og faglig vekst hos helsepersonell.

Jeg fikk også funn på vitenskapelige artikler basert på utenlandske studier omhandlende intensivsykepleiers risiko for og forekomst av stress, utbrenthet og omsorgstrøtthet. Disse er funnet via Cinahl og Google Scholar, og er skrevet på bakgrunn av og viser til forekomst blant intensivsykepleiere av stress (Hays et al., 2006), omsorgstretthet (Al-Majid et al., 2018; Kelly, 2017; Sacco et al., 2015) og utbrenthet (Fonseca & Mello, 2016; Poncet et al., 2007;

Vasconcelos & Martino, 2017). En gjennomgang av disse artiklene på bakgrunn av tittel og sammendrag, viser at de fleste omhandler faktorer som kan bidra til stress/utbrenthet/compassion fatigue og hvordan dette kan forebygges. En artikkel beskrev bruk av mestringsverktøy (selvkontroll, planlagt problemløsning og å søke sosial støtte) i relasjon til stressorer i intensivavdelingen (Hays et al., 2006). Alle artiklene er skrevet utenfor nordisk kontekst, kun en i europeisk kontekst, og med kvantitativ tilnærming (prevalens- og tversnittstudier m/spørreskjema). Jeg har også funnet to relevante litteraturgjennomganger (Epp, 2012; Kompanje, Benoit, Bakker & Nijkamp, 2015), en kvalitativ metasyntese (Nolte, Downing, Temane & Hastings-Tolsma, 2017) og en 'editorial' (Papathanassoglou & Karanikola, 2018). De to siste er relevante fordi de tar for seg organisatoriske faktorer som innvirker på stress/compassion fatigue hos intensivsykepleiere. At artiklene har utgangspunkt i en annen kontekst enn den nordiske kan problematiseres, fordi rammebetingelser og profesjonelle tilnærminger kan være annerledes. Likevel har intensivsykepleiere på tvers av landegrenser til felles at de yter sykepleie til kritisk syke mennesker og deres familier, derfor anses de utenlandske artiklene som relevante i denne studien.



## Vedlegg 8: Søkehistorikk Cinahl (5 sider)



Wednesday, August 22, 2018 10:37:47 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S24	critical care nurs* AND compassion fatigue OR burnout, professional	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	5,928
S23	(MH "Burnout, Professional")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	5,831
S22	S17 AND S20	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	15
S21	(MH "Intensive Care Units")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	22,050
S20	(MH "Compassion Fatigue")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	185
S19	(MH "Compassion Fatigue/NU")	Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	644
S18	(MH "Compassion Fatigue/NU")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search	0

			Database - CINAHL	
S17	(MH "Critical Care Nursing")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	18,155
S16	S4 AND S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	30
S15	S3 AND S10	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	100
S14	S3 AND S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	240
S13	S3 AND S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	41
S12	resilience nurs*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	299
S11	resilience in nursing	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	237
S10	mental health	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	85,709

			Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	
S9	burnout nurs*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	1,307
S8	burnout, professional	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	5,906
S7	compassion fatigue or burnout or secondary traumatic stress	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	7,529
S6	compassion fatigue in nursing	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	81
S5	compassion fatigue	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	628
S4	intensive care unit or icu	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	48,872
S3	critical care nurs*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	22,748
S2	critical care nursing	Search modes -	Interface - EBSCOhost	20,010

		Boolean/Phrase	Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	
S1	critical care	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	41,565

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S7	S1 AND S3 AND S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	1
S6	S1 AND S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	50
S5	critical care nurs*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	22,767
S4	S1 AND S2	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	3,896
S3	stress management	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	7,425
S2	stress	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	108,343
S1	adaptation, psychological	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search	16,669