



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591

Predefinert informasjon

Startdato:	28-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR1
Slutt dato:	10-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
SIS-kode:	203 MKS591 1 H 2020 VÅR1		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 403

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Munnbindpraktikker ved kirurgiske inngrep. Et praxeologisk perspektiv

Antall ord *: 16706

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?: Nei

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

MUNNBINDPRAKTIKKER VED KIRURGISKE INNGREP ET PRAXEOLOGISK PERSPEKTIV

FACE MASK PRACTICES IN SURGERY
A PRAXEOLOGICAL PERSPECTIVE

ELIN HELENE FJELL KRISTIANSEN

MASTER I KLINISK SYKEPLEIE-OPERASJONSSYKEPLEIE
INSTITUTT FOR HELSE OG OMSORGSVITENSKAP

30 STUDIEPOENG

VEILEDER: JEANNE H. BOGE

INNLEVERINGSDATO: 10.06.2020

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, § 12-1.

Forord

Masteroppgaven min oppstod i forbindelse med praksis i operasjonssykepleierstudiet mitt. Jeg observerte at munnbind ble brukt annerledes i praksis, enn det jeg hadde lært i operasjonssykepleieutdanningen. Etter at jeg som ferdig utdannet operasjonssykepleier i desember 2019 begynte å jobbe, har jeg med nysgjerrighet fulgt de ulike praksisene for munnbind ved siden av arbeidet med masteroppgaven min.

Arbeidet med masteroppgaven har vært en spennende, utfordrende og tidkrevende prosess, som har vært svært lærerik. Dette hadde jeg ikke klart uten god og kyndig veiledning på veien. Jeg vil derfor rette en stor takk til min tålmodige, engasjerte, kunnskapsrike og oppmuntrende veileder Jeanne H. Boge, som har tatt seg tid til gode og inspirerende veiledninger. Dette er jeg svært takknemlig for.

Jeg vil og takke Rolf Horne for gode innspill, råd og oppmuntrende ord på veien, noe som har vært til god hjelp. Takk for at Jeanne og Rolf har inkludert meg i gruppevis masterveiledninger underveis i prosessen. Dette har gjort skriveprosessen både lærerik og spennende.

Takk til Karin Anna Petersen og Jeanne for gode innspill og råd i forbindelse med mitt fremlegg i forskningsgruppen Praxeologi i innspurten av skriveprosessen.

En som også har tatt seg tid til å bruke sitt kritiske blikk i innspurten av skriveprosessen min, er min venninne Signe. Dette er har vært til stor hjelp og jeg er svært takknemlig for at hun tok seg tid.

Ikke minst vil jeg takke min fantastiske familie for at jeg har klart å komme i mål. Min mann Arne-Magne har vært tålmodig og raus underveis. Ikke minst har han bidratt med både kunnskap og korrektur lesning på veien, noe jeg er svært takknemlig for. Mine tre barn fortjener også en stor takk for tålmodigheten de har vist meg. Fra nå av skal de ikke lenger dele meg med en pc skjerm.

Sammendrag

Denne masteroppgaven har utspring i en undring over at jeg har observert relativt store variasjoner i hvordan munnbind brukes på operasjonsstuene. Det har ikke vært mulig å finne studier som kunne svare på denne undringen. Derfor har jeg undersøkt normene for bruk av munnbind. Studien er basert på en registrantanalyse av norske lærebøker i generell sykepleie og operasjonssykepleie fra perioden 1877-2018. Studien er gjort i lys av Bourdieus teorier om doxa og praktisk sans. Den er fundert i en praxeologisk analysestrategi med tilhørende analyser av lærebokforfatterens posisjoneringer i lys av deres disposisjoner og posisjoner i det sosiale rommet og feltet.

Studien viser at i perioden 1877-1920 er doxa at munnbind ikke bør brukes. Dette kan kanskje forklares ut ifra miasmeteorien som stod sterkt i samfunnet før mikrobene ble oppdaget. Miasmene spredde seg der det var skittent og i uorden, og ettersom at operasjonsstuene ble sett på som rene og luftige områder, var ikke operasjonsstuene mottakelig for miasmene. Oppdagelsen av mikrobene skjedde i dette tidsrommet, men fikk ikke innvirkning på doxa i lærebøkene fra 1877-1920. I perioden 1921-1954 er doxa at munnbind bør brukes ved større operasjoner. Denne argumentasjonen representerer et brudd i tenkningen om hygiene og smittevern ved operasjoner. Argumentasjonen oppstod etter at Norge ble rammet av Spanskesyken. I perioden 1954-2018 er doxa at alle på operasjonsstuen bør bruke munnbind ved alle operasjoner. Denne argumentasjonen oppstod i etterkant av at antibiotika og vaksinasjonsprogrammer ble innført. Til tross for færre smittsomme sykdommer har bruken av munnbind økt. Det kan se ut til at argumentasjonen baserer seg mer på praktisk erfaring enn på vitenskap. Dette kan mellom annet være grunnet i en redsel for konsekvensene ved ikke å følge retningslinjene for bruk av munnbind.

Underveis i studien oppstod koronapandemien. I den sammenheng ser det ut for at doxa for bruk av munnbind på norske operasjonsstuer blant annet har endret seg til at anestesipersonell kan oppholde seg på operasjonsstuen uten munnbind. Bakgrunnen for denne endringen er mangel på munnbind ved operasjonsavdelingene. Dette viser at rammebetingelsene er avgjørende for bruk av munnbind, og man finner alternative løsninger for å gjøre det beste ut av situasjonen. Man bruker sin praktiske sans.

Nøkkelord: *munnsbind, operasjonsstue, operasjonssykepleie, Bourdieu, praxeologi, doxa, registrantanalyse, koronapandemi.*

Summary

This master thesis originates in a question where I have observed relatively large variations in how face masks are used in the operating theatre. It has not been possible to find studies that could confirm this observation. The overall aim of this study was therefore to examine the norms for use of face masks. The study is based on a registrant analysis` of Norwegian textbooks in general nursing and surgical nursing from the period 1877-2018. The study is based on Bourdieu's theories of doxa and practical sense. It is grounded in a praxeological analysis strategy with associated analysis of the textbook authors' positionings in terms of their dispositions and positions in the social space, and the field.

The study shows that during the period from 1877-1920, doxa is that face masks should not be used. This may be explained by the miasma theory that dominated the common understanding prior to the discovery of the microbes. The miasma spread in areas where it was dirty and in messy, and since the operating theatre were viewed as a clean and airy area, the operating theatre were not susceptible to the miasma. Although the microbes were discovered during this period, this did not affect the doxa in the textbooks from 1877-1920. During the period from 1921-1954, doxa is that face masks should be used during major surgeries. This argument represents an alternation in the ways of thinking regarding hygiene and infection control during surgeries. This change in argumentation occurred after Norway was affected by the Spanish flu. In the period from 1954-2018 doxa is that all personnel in the operating theatre should wear face during all operations. This argumentation occurred after the introduction of antibiotics and vaccination programs. Despite fewer infectious diseases, the use of face masks has increased in later years. It seems like the argumentation for this is based more on practical experience contrary to scientific studies. This might be due to a fear of the consequences of not following the guidelines for use of face masks.

During this study, the coronavirus pandemic occurred. In this context, it appears that doxa for use of face masks in Norwegian operating theatres has changed. For example, anesthesia personnel can stay in the operating theatre without wearing a face mask. The reason for this change is basically lack of face masks in the surgery departments. This shows that the framework conditions are essential for the use of face masks, and one must find alternative solutions to make the best out of the situation. In other words, you use your practical common sense.

Keywords: *face mask, operating theatre, surgical nursing, Bourdieu, praxeology, doxa, registrant analysis, corona pandemic*

Innholdsfortegnelse:

1.0	Introduksjon	10
1.1	Undring	10
1.2	Bakgrunn	10
1.3	Hensikt	11
1.4	Avgrensninger	11
2.0	Munnbind	11
2.1	Nasjonale og internasjonale føringer for munnbind	11
2.2	Tidligere forskning om munnbind	12
3.0	Kirurgiske inngrep	14
3.1	Operasjonssykepleie	14
3.2	Operasjonsavdelingen og operasjonsstuene	15
3.3	Helsevesenets plikter overfor pasienter og ansatte	15
4.0	Teoretisk perspektiv	16
4.1	Praktisk sans	16
4.2	Doxa	17
4.3	Praxeologisk metodologi	17
4.3.1	Habitus	18
4.3.1.1	Felt	19
4.3.1.2	Sosialt rom	19
4.3.2	Brudd i posisjoneringer	20
4.3.3	Autososioanalyse	20
4.4	Forskningsspørsmål	21
5.0	Metode	21
5.1	Registrantanalyse	21
5.2	Teknikk ved analyser av posisjoneringer	22
5.3	Teknikk ved analyser av posisjoner, disposisjoner, sosialt rom og felt	22
6.0	Etiske vurderinger	23
7.0	Analyse del 1: Autososioanalyse	23
8.0	Analyse del 2: Doxa for bruk av munnbind	25
8.1	1877-1920: Doxa: Ikke bruke munnbind	26
8.1.1	Posisjoneringer i forhold til å beskytte seg mot den sykes åndedrett i norske lærebøker i sykepleie fra perioden 1877-1920	26

8.1.2	Konstruksjon av feltet, 1877-1920	27
8.1.3	Konstruksjon av lærebokforfatterens posisjon i det sosiale rommet, 1877-1920 32	
8.1.4	Avsluttende analyser/refleksjoner til fraværet av munnbind i lærebøker i perioden 1877-1920	32
8.2	1921-1954: Doxa: Munnbind bør brukes ved større operasjoner.....	33
8.2.1	Posisjoneringer i forhold til beskyttelse av nese og munn i norske lærebøker i sykepleie fra perioden 1921-1954.....	34
8.2.2	Konstruksjon av feltet, 1921-1954	35
8.2.3	Konstruksjon av lærebokforfatterens posisjon i det sosiale rommet, 1921-1954 38	
8.2.4	Avsluttende analyser/refleksjoner til omtalen av munnbind i lærebøker i perioden 1921-1954	39
8.3	1955-2018: Doxa: Munnbind bør brukes ved alle operasjoner	39
8.3.1	Posisjoneringer i forhold til munnbind i norske lærebøker i sykepleie og operasjonssykepleie fra perioden 1955-2000.....	40
8.3.2	Posisjoneringer i forhold til munnbind og åndedrettsvern i norske lærebøker i sykepleie og operasjonssykepleie fra perioden 2001-2018.....	44
8.3.3	Konstruksjon av feltet. 1955-2018	48
8.3.4	Konstruksjon av lærebokforfatterens posisjon i det sosiale rommet, 1955-2018 50	
8.3.5	Avsluttende analyser/refleksjoner til omtalen av munnbind og åndedrettsvern i lærebøkene i perioden 1955-2018.....	52
9.0	Avslutning	53
9.1	Videre forskning	55
	Referanser.....	56
	Vedlegg	62
	Vedlegg 1: Direkte sitat om munnbind i lærebøker fra 1955-2018.....	62
	Vedlegg 2: Doxa om munnbind i lærebøker i sykepleie, 1877-2018.....	65

Tabelloversikt

Nr.	Tittel
Tabell 1	Moment ved registrantanalyse
Tabell 2	Oversikt over doxa i lærebøker, 1877-1920
Tabell 3	Lærebokforfatternes posisjon i det sosiale rommet
Tabell 4	Oversikt over doxa i lærebøker, 1921-1954
Tabell 5	Lærebokforfatternes posisjon i det sosiale rommet
Tabell 6	Oversikt over doxa i lærebøker, 1955-1996
Tabell 7	Oversikt over doxa i lærebøker, 2001-2018
Tabell 8	Kapittelforfatternes posisjon i det sosiale rommet

Liste over forkortelser

CDC	Center for Disease Control and Prevention
CE	Conformité Européenne
EN	Europeisk standard
EU	Europeiske union
FFP	Filtrering aiecepiece particulate
HMS	Helse-, miljø- og sikkerhet
IK	Internkontrollforskriften
MRSA	Meticillinresistente staphylococcus aureus
NSD	Norsk senter for forskningsdata
NSF	Norsk Sykepleierforbund
REK	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
SARS	Severe acquired respiratory syndrome
VRE	Vankomycinresistente enterokokker
WHO	Verdens helseorganisasjon

1.0 Introduksjon

Dette er en studie i bruk av munnbind på norske operasjonsstuer. Munnbind defineres som utstyr som kan hjelpe til å forhindre spredning av mikrober fra person til person (Andersen, 2016, s. 110).

1.1 Undring

Studien er basert på en undring over at det er relativt store variasjoner i hvordan munnbind blir brukt på operasjonsstuene.

1.2 Bakgrunn

Bakgrunnen for at jeg har gjort en masteroppgave om munnbind, er at jeg som operasjonssykepleier har erfart at munnbind brukes på ulike måter i forbindelse med kirurgiske inngrep. Ved noen typer operasjoner ser jeg at operasjonssykepleier og anestesipersonell ikke bruker munnbind som rutine, ettersom at dette ikke er prosedyre under visse inngrep. En annen erfaring fra praksis er at noen operasjonssykepleiere velger å bruke munnbind i stedet for åndedrettsvern ved fare for smitte. Dette gjør de selv om de er fullt klar over at åndedrettsvern er en form for munnbind som beskytter mot luftbåren smitte og laserrøyk, i motsetning til andre munnbind. Unnskyldningen har da vært at åndedrettsvern er ubehagelig å puste gjennom. Jeg vil understreke at dette gjelder noen få operasjonssykepleiere. De aller fleste operasjonssykepleierne følger avdelingens rutiner for bruk av munnbind og åndedrettsvern. Det forundrer meg likevel at noen operasjonssykepleiere velger å utsette seg selv for smittefare. Et annet moment er riktig bruk av munnbind. Her har jeg sett forskjellige praksiser, kanskje spesielt blant anestesipersonell, som riktignok ikke står helt i nærheten av operasjonsfeltet. Det har vært alt fra å klippe av de nederste båndene på munnbindet, slik at munnbindet kun er knyttet øverst, til at de nederste båndene på munnbindet henger og dingler. Noen dekker ikke til nesen sin med munnbindet. De dekker kun til munnen. Jeg har og observert at noen operasjonssykepleiere knytter munnbindet svært løst på, når de står i det sterile feltet. Noen velger også å gå inn på operasjonsstuen uten munnbind på seg. Det er heller ikke uvanlig at et brukt munnbind henger rundt halsen, mens man er i operasjonsavdelingen og ikke på operasjonsstuen. Her er det med andre ord, svært mange ulike praksiser for hvordan et munnbind brukes. I og med at

operasjonssykepleieren daglig bruker munnbind som beskyttelse, så finner jeg det viktig å sette fokus på bruk av munnbind.

1.3 Hensikt

Hensikten med studien er å bidra med forskningsbasert kunnskap om bruk av munnbind i forbindelse med kirurgiske inngrep.

1.4 Avgrensninger

Studien er gjennomført i lys av den franske sosiologen Pierre Bourdieus praktikkteori. Det betyr at jeg har basert studien på en teori om at bruk av munnbind først og fremst er basert på brukernes praktiske sans og i mindre grad på vitenskapelig kunnskap (Callewaert, 1997), mer om praktikkteori i kap. 4.1). Analysene er basert på et praxeologisk design med tilhørende konstruksjon av feltet og doxa, konstruksjon av det sosiale rommet og konstruksjon av lærebokforfatterens posisjon i det sosiale rommet (Bourdieu, 1998, s. 72-73, mer om praxeologisk design i kap. 4.3).

2.0 Munnbind

2.1 Nasjonale og internasjonale føringer for munnbind

Det amerikanske Center for Disease Control and Prevention (CDC) anbefaler at personalet på operasjonsstuen, alltid bruker munnbind for å beskytte seg mot blodsprut eller annet smittomt materiale fra operasjonssåret. Munnbind beskytter i tillegg pasienten og det sterile området mot munn og neseseekret fra helsepersonell (Hansen, Andersen & Loraas, 2018, s. 275).

Munnbind som brukes på norske operasjonsstuer, kirurgiske munnbind, skal være Conformité Européenne (CE) merket i henhold til direktivet om medisinsk utstyr 93/42 i klasse 1. For munnbindene som vi benevner som kirurgiske munnbind, er det utarbeidet en europeisk standard (prEN 14683FV) som inneholder tre testmetoder: bakteriefiltreringseffektivitet in vivo (i glass), sprutmotstand og pustemotstand. Når det gjelder bakteriefiltreringseffektivitet, er hensikten å finne ut mengden av smittestoff som blir stoppet av munnbindet. Med andre

ord, så finner man ut hvor stor mengde bakterier som slipper gjennom munnbindet og ut i luften på operasjonsstuen. Dess høyere verdien er, jo bedre er beskyttelsen. De fleste kirurgiske munnbind, filtrerer vekk mer enn 99% av bakteriene i utåndingsluften. Ved testmetoden som gjelder sprutmotstand, er hensikten å finne ut motstanden mot gjennomtrengning av væske. Jo høyere motstandene er, jo bedre er beskyttelsen. Den siste testmetoden som gjelder pustemotstand, har til hensikt å finne ut motstanden mot luftstrømmer gjennom munnbindet. Lavest mulig pustemotstand, gjør munnbindet best å puste igjennom (Hansen et al., 2018, s. 275-276). Det stilles ikke de samme kravene til munnbind som ikke brukes i helsevesenet. Disse munnbindene kan være tynne og av dårlig kvalitet. I helsevesenet skal det heller ikke benyttes munnbind med strikk som festes bak ørene, ettersom at disse munnbindene ikke har en tilstrekkelig beskyttende effekt (Andersen, 2016, s.106).

Åndedrettsvern er en form for munnbind som er ment som en beskyttelse av helsepersonell når det kan forekomme helseskadelige mikroorganismer i luften, altså luftbåren smitte eller laserrøyk. I disse tilfellene beskytter ikke et kirurgisk munnbind tilstrekkelig. Åndedrettsvern som brukes på operasjonsstuen skal være CE merket, og det skal benyttes åndedrettsvern med partikkelfilter klasse P3 (Hansen et al., 2018, s. 277). Det finnes P3 åndedrettsvern med tildekket utåndingsventil, og med åpen utåndingsventil. Ved åpen utåndingsventil, må man eventuelt bruke et munnbind utenpå åndedrettsvernet (Andersen, 2016, s. 108). Ved bruk av åndedrettsvern, er det viktig at åndedrettsvernet tetter godt rundt ansiktet. Dette fordi det vil være risiko for lekkasje mellom åndedrettsvernet og personalets hud. Spesielt dersom personalet har skjegg, vil dette være en risiko (Hansen et al., 2018, s. 278).

Munnbind brukes ikke bare i forbindelse med kirurgi og smittevern i sykehuset. Munnbind brukes i noen tilfeller også i det offentlige rom, som på gaten eller på bussen. Bruk av munnbind i det offentlige rom, forbindes ofte med høy luftforurensning i andre deler av verden, eksempelvis store byer i Asia (Langrish, 2009).

2.2 Tidligere forskning om munnbind

I leting etter tidligere studier om munnbindpraktikker, har jeg søkt i norske og utenlandske databaser som helsebiblioteket, bibsys, google scholar og medline. Etter å ha søkt etter norske studier som omhandler bruk av munnbind i kirurgien, har jeg ikke funnet noen studier som er relevante for min masteroppgave. Derfor har det også vært aktuelt å bruke engelske søkeord i

tillegg til de norske søkeordene. Søkeordene jeg har brukt er kirurgisk munnbind, munnbind, operasjon, forurensning, smittevern, face mask, surgery, pollution.

Av forskning på området, har jeg funnet en australsk studie, hvor professor i sykepleie/jordmor Joan Webster og medarbeiderne ved Centre for Clinical Nursing i Brisbane har gjort en randomisert kontrollert studie med data fra 811 deltakere. Deltakerne ble tilfeldig inndelt i grupper, der alt personell på operasjonsstuen hadde på seg munnbind i den ene gruppen. I den andre gruppen var det bare de som hadde vasket og kledd på seg sterilt som brukte munnbind. Studien konkluderer med at den postoperative infeksjonsraten ikke påvirkes av om alt personell på operasjonsstuen bruker munnbind, eller ikke (Webster, 2010). Her er det viktig å få frem at de hygieniske retningslinjene i Australia, ikke er lik de hygieniske retningslinjene i Norge. Dette må man ta høyde for ved bruk av denne studien og andre studier fra ulike land (Tvedt, 2016).

En annen aktuell studie omhandler bruk av munnbind i forbindelse med at det settes injeksjoner i øyet. Studien er fra California og ble utført av legen Rishi R. Doshi og medarbeidere. Ti kirurger fikk plassert en agarskål 30 cm under munnen. Skålene var delt inn i 4 grupper, med 10 skåler per gruppe. Gruppe 1 brukte ikke munnbind, gruppe 2 hadde på seg et munnbind, gruppe 3 brukte ingen munnbind, men skålene var på forhånd behandlet med det antiseptiske middelet povidon-jod og gruppe 4 brukte ikke munnbind, men deltakerne var stille under prosedyren. Studien konkluderer med at bruk av munnbind og det å ikke snakke, reduserer spredning av bakterier. I tillegg viste studien at det vokste færrest bakterier ved forhåndsbehandling med povidon-jod, selv om det ikke ble brukt munnbind (Doshi, 2012).

De fleste studiene jeg har funnet, omhandler smittevern, og er ikke direkte rettet mot operasjonsavdelingene. Likevel finner jeg studien til hygienesykepleier Ragnhild Wathne aktuell for dette prosjektet. I sin masteroppgave har hun brukt en kvalitativ tilnærming med fokusgruppeintervjuer. Studien sier ikke noe om bruken av munnbind, men studien ble gjort for å få innsikt i leger og sykepleieres erfaring med smitteforebygging i akuttmottak. Studiens funn viser at det er mangelfull kunnskap om smitteforebygging blant helsepersonell. Det er mangelfull kunnskapsledelse og det er store variasjoner i holdninger til smittevern (Wathne, 2016). Jeg finner det interessant for mitt prosjekt å vite hvordan kunnskapen om smittevern er på sykehuset, selv om artikkelen ikke handler direkte om smittevern og bruk av munnbind.

Et område som ikke omhandler bruk av munnbind i helsevesenet, er bruk av munnbind i forbindelse med luftforurensning. Her har jeg funnet to studier som jeg finner aktuelle. Studien til den skotske legen Jeremy Langrish og medarbeiderne ble utført i Beijing som en randomisert kontrollert studie. 15 friske mennesker med en medianalder på 28 år deltok i studien. Alle deltakerne, gikk en forhåndsbestemt rute gjennom byen, både med munnbind og uten munnbind. Studien konkluderer med at munnbind beskytter utsatte personer og forhindrer hjertesykdom blant mennesker i byer med høy luftforurensning (Langrish, 2009). En annen studie som omhandler munnbind og forurensning, er studien til doktor i yrkeshygiene John W. Cherrie og medarbeidere. Ni ulike munnbind som skulle beskytte mot svevestøv ble kjøpt fra butikker i Beijing, og munnbindenes filtreringseffektivitet ble testet. Studien konkluderer med at mange munnbind som selges i butikkene, kanskje ikke gir god nok beskyttelse på grunn av for dårlig ansiktstilpasning (Cherrie, 2018). Dette er noe som også kan relatere til kirurgien.

3.0 Kirurgiske inngrep

Ved kirurgiske inngrep åpnes det inn til sterilt vev ved hjelp av kniv og/eller diatermi. Inngrepene kan pågå i flere timer, og det påføres massiv skade på vevet (Andersen, 2016, s. 275). Det arbeides i et kirurgisk team der teammedlemmene er avhengige av hverandres arbeidsoppgaver og ekspertise. Hovedsakelig består det kirurgiske teamet av anestesilege, anestesisykepleier, operasjonssykepleiere og kirurger (Oksavik, 2018, s. 201).

3.1 Operasjonssykepleie

Alle operasjonssykepleiere i Norge må etter rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie, ha sykepleierautorisasjon og videreutdanning i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke mennesker, med fordypning i operasjonssykepleie (Forskrift om krav til mastergrad, 2005). Videreutdanning i operasjonssykepleie, gir blant annet kompetanse til å jobbe i operasjonsavdelinger, dagkirurgiske enheter og kirurgiske poliklinikker. Operasjonssykepleierens oppgaver på operasjonsstuen, er mellom annet å assistere kirurgen under det kirurgiske inngrepet/undersøkelsen, koordinere driften under inngrepet og

oppretholde et sterilt miljø. Andre sentrale oppgaver er infeksjonsforebygging, forebygging av utilsiktet hypotermi og hindre leiringsskader (Eide & Dāvøy, 2018 s. 28).

3.2 Operasjonsavdelingen og operasjonsstuene

Operasjonsavdelingen defineres som en høyteknologisk ren avdeling. Dette er et lukket område som skal være skjernet for gjennomgangstrafikk og annen aktivitet i sykehuset. På samme tid skal det ligge sentralt i forhold til akuttmottak, røntgenavdeling, postoperativ avdeling og intensivavdeling, slik at det er kort vei ved flytting av pasienter mellom avdelingene. Dette er for eksempel svært praktisk når den nyopererte pasienten skal overflyttes til postoperativ avdeling etter operasjonen. Norske operasjonsavdelinger består vanligvis av flere operasjonsstuer hvor det gjennomføres kirurgiske inngrep, og det settes spesielle krav til avdelingens innhold og utforming. Det enkelte sykehus skal sikkerhetsklarere alt utstyr som skal inn på de enkelte operasjonsstuene og utstyret skal være EU godkjent med CE merking. Kravenes hensikt er å forebygge skader og smitteoverføring. Operasjonsstuene tilpasses det de skal brukes til når det gjelder utstyr, beliggenhet i avdelingen og størrelse. De skal være mellom 35-60 kvadratmeter store (Dāvøy & Andersen, 2018, s. 220-224). Her i Norge finner vi eksempelvis operasjonsavdelinger ved de store universitetssykehusene, de mindre lokalsykehusene og ved private sykehus.

3.3 Helsevesenets plikter overfor pasienter og ansatte

I pasient og brukerrettighetsloven (1999, § 2-1b) står det at pasienter har rett på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Med andre ord, har alle i Norge lik rett til å få gjennomført nødvendig kirurgi, uten at det blir en kostnad for pasienten. Loven sikrer befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet, fremmer sosial trygghet og ivaretar respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Det private helsevesenet inngår ikke i denne loven. Loven gjelder kun det offentlige helsevesenet (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). For å sikre at pasienten får den beste behandlingen, er riktig smittevern viktig. Det er sykehusledelsens ansvar å sørge for at de ansatte får nødvendig personlig beskyttelse mot smitte, når de er på jobb i sykehuset. De skal ikke utsettes for smittsomme kilder unødvendig. Det er avdelingsledelsens ansvar å sørge for at de ansatte følger rutiner og prosedyrer for hygiene og smittevern. Avdelingsledelsen skal sørge for at de ansatte får tilgang til forsvarlig personlig beskyttelse mot smitte. Alle ansatte er ansvarlig for

å følge sykehusets retningslinjer med hensyn til personlig hygiene og smittevern (Andersen, 2016, s. 74). Arbeidsmiljøloven (2005, §4-5) har også beskrevet smittevern, og i loven kan vi lese at virksomheter skal ha nødvendige rutiner og utstyr som skal hindre eller motvirke helseskader på grunn av biologisk materiale eller kjemikalier.

4.0 Teoretisk perspektiv

Ettersom at tidligere studier ikke gav svar på hvordan det kan ha seg at det er relativt store variasjoner i hvordan helsepersonell bruker munnbind ved kirurgiske inngrep, baserer jeg min studie er på en teori om at bruk av munnbind først og fremst er basert på brukernes praktiske sans, og i mindre grad på vitenskapelig kunnskap (Callewaert, 1997). Studien er altså gjennomført i lys av den franske sosiologen Pierre Bourdieus praktikkteori. Analysene er gjennomført ved hjelp av praxeologiske analyser av lærebøker i sykepleie og operasjonssykepleie, med tilhørende konstruksjon av feltet og doxa, konstruksjon av det sosiale rommet og konstruksjon av lærebokforfatterens posisjon i det sosiale rommet (Bourdieu, 1998, s 72-73).

4.1 Praktisk sans

Konstruksjonen av praktikk teorien, altså hvordan praktikker genereres (sosial praktikk), er betingelsen for konstruksjonen av en eksperimentell vitenskap om internalisering av ekternalitet og ekternalisering av internalitet (dialektikk) (Bourdieu, 1998, s. 86).

Praktikkteorien til Bourdieu er altså en teori om sosiale praktikker i hverdagslivet generelt. Det er en teori hvor man prøver å fjerne seg fra forestillingen om at praksis er en tilpasning av teoretisk kunnskap. Man prøver istedenfor å bygge opp en modell som regner med at flere former for kunnskap er veiledende for praktikken, og at det er et samspill mellom de ulike kunnskapsformene. Kjernen her er den praktiske sansen, som menneskene grunnleggende handler ut i fra. Den praktiske sansen er en forkroppsliggjort handlingsorientering som har inkorporert de objektive handlingsbetingelsene. Måten man handler på er mer adekvat enn det man uttrykker ved tale. Det analytiske verktøyet som forskeren kan bruke for å fatte den praktiske sansen, er habitus teorien (jf. kap. 4.3.1) (Callewaert, 1997).

4.2 Doxa

Alle felt (jf. kap. 4.3.1.1) er definert med noen helt grunnleggende regler som spillerne/deltakerne i feltet må akseptere. Disse reglene er ifølge Bourdieu (referert i Wilken, 2015, s. 42) feltets doxa. De er de uuttalte og udiskutable premissene som menneskene handler i forhold til, og som gjør feltets kamp meningsfull. Doxa er udiskutabelt innenfor et felt, altså vedtatte sannheter. Man kan således ikke delta i spillet (det sosiale liv), hvis ens kapital (jf. kap. 4.3.1.1) ikke aksepteres som gyldig av de andre spillerne. Doxa betyr at de som aksepterer spillereglene, er med i kampen. Dette betyr ikke at det ikke er uenigheter innenfor et felt/kamparena (Wilken, 2015, s. 42-45). Her kommer ortodoksia og heterodoksia inn. Ortodoksia brukes som uttrykk for de gamle i feltet, altså de som har makten og dominansen. De som forvarer doxa og ikke ønsker en forandring. Heterodoksia brukes derimot som uttrykk for de nye og revolusjonære i feltet. De som utfordrer doxa og ønsker en forandring (Petersen, 1989, s. 47).

4.3 Praxeologisk metodologi

I praksis er det mange udiskutable premisser, altså doxa (Wilken, 2015, s.42). Praksis er det vi hele tiden gjør i en konstant flow, i praktiske sammenhenger, og en praktikk er det vi gjør i praksis. I følge Bourdieu (referert i Harrits, 2017, s. 25) må man forstå praksis for å kunne forstå det sosiale. Den praxeologiske viten, og kombinasjonen av viten på et objektivt og et subjektivt plan, går igjen i Bourdieus verker (Harrits, 2017, s. 25). Bourdieu (referert i Wilken, 2015, s. 82) hadde et mål om å skape en forskningsposisjon som har aspekter fra både objektivismen og subjektivismen i seg. Dette selv om objektivisme og subjektivisme representerer to helt ulike måter å forstå sosialt liv på (Wilken, 2015, s. 82). Med andre ord er den praxeologiske viten et produkt av en dobbel teoretisk bevegelse, som tar for seg den dialektiske relasjonen mellom det objektive og det subjektive. Den praxeologiske viten utelukker ikke fordelene ved den objektivistiske viten, tvert imot integreres den objektivistiske viten ved at den bevares og overskrides (Bourdieu, 1998, s. 72-73). Objektivisme handler om de objektive kjensgjerningene, som skaper grunnlaget for menneskenes liv, uavhengig av hvordan de selv har forstått det (Wilken, 2015, s. 82), og objektivismen beskriver hvordan sosiale systemer strukturelt produserer subjektens handlinger (Wilken, 2015, s. 34).

Forskeren skal ikke bruke et forskningsobjekt som er prekonstruert. Det vil si når forskeren selv må konstruere objektet. Objektivitet er et resultat av det vitenskapelige håndverk (Petersen, 1993, s. 36-37).

4.3.1 Habitus

Habitus begrepet forholder seg til det mennesker gjør med utgangspunkt i deres forståelse av den situasjonen de er i. I tillegg forholder begrepet seg til hvordan kultur internaliseres i individer og naturlig gjør deres forståelser og handlinger. Habitus er et sentralt begrep i Bourdieu sine verker, og med habitus begrepet fremsetter Bourdieu en teori om praksis (referert i Wilken, 2015, s. 35). Hans habitus begrep fremstår som en forbindelse mellom den psykologiske teorien om habitus, og teorien om kroppslig habitus og arbeidshabitus. Habitus er et produkt av sosialisering, og spesielt sosialiseringen som skjer tidlig i livet, er viktig for dannelsen av disposisjonene som individer vil handle i forhold til. Det som er karakteristisk for disposisjonene i habitus, er at de er tilegnet, men at tilegningsprosessen er glemt eller fortregnt. I den forstand er habitus en kroppstilstand, og ikke en sinnstilstand. Man husker minst like godt med kroppen, som med hodet (Wilken, 2015, s. 35-37). Habitusbegrepet skal alltid relateres til begrepet felt (jf. kap. 4.3.1.1). Habitusbegrepet står for en underliggende førbevisst orientering av en gruppe personers eller en enkelt person sine tanker, uttrykk og handlinger generelt, eller et spesifikt felt, som for eksempel det medisinske felt, utdanningsfeltet eller det kulturelle feltet. I flere undersøkelser fra ulike felt, har Bourdieu påvist at det er en sammenheng mellom å dele visse posisjoner og det å utøve bestemte praksiser. Bourdieu anser (Referert i Callewaert, 2014, s. 166) habitus som et samlebegrep, for flere forskjellige disposisjoner for handlinger, innenfor et felt. For eksempel det medisinske feltet. Habitus er tenkt som en forklaring på tanker, ord og handlinger, og den formes og tilegnes ved at en praktisk situasjons sans inkorporeres via gjentatte handlinger. En posisjon fører til en disposisjon som deretter fører til posisjoneringer. Ideen om en habitus forutsetter at man betrakter mennesket som en kropp som lærer og ikke en skjel. Ut i fra dette kan man handle klokt og hensiktsmessig i en bestemt situasjon. Habitus er en forklaring på at selv om mennesker er alene, så tenker og handler de stort sett likt i et spesielt felt, ved hjelp av ettertenksomhet, god refleksjon og eventuelt vitenskapelig forskning. Samspillet mellom en innlært habitus og disposisjonene i et spesifikt felt på den ene siden, og gode overveielser og regler på den andre siden, kan bevisstgjøres. Det som habitusbegrepet handler om er en orientering som er innlemmet i både kroppslige og emosjonelle opplevelser, som tanker, uttrykk og handlinger. Man skal alltid arbeide med «treenigheten»: posisjon,

disposisjon og posisjoneringer. Habitus samler disposisjonene for å tenke, snakke, ta stilling til og handle på en spesiell måte. Habitus dannes av individets livsførsel som setter spor, og er dermed ikke medfødt. For å forstå menneskelige sosiale handlinger, må man oppfatte den som en praksis, og ikke som en norm etterlevelse (Callewaert, 2014, s. 165-170).

Menneskenes/Agentenes disposisjoner, som er spesielle for hvert felt og hver posisjon innenfor et felt, samles opp i agentenes grunnhabitus, som svarer til deres posisjon i det sosiale rommet (jf. kap. 4.3.1.2) (Callewaert, 2013, s. 373-374).

4.3.1.1 Felt

Et felt kan defineres som et system av relasjoner mellom posisjoner. For at et område skal kunne defineres som et felt, kreves det at feltet har en velutviklet selvstendighet i forhold til andre felt og verden ellers (Broady, 1998, s. 2-3). Feltbegrepet beskriver de sosiale feltarenaene som praksis utspiller seg innenfor. Her deltar agentene i sosiale kamper om innflytelse og kapital. Et felt konstitueres relasjonelt og hierarkisk innenfor et større sosialt system. Et eksempel på et felt er det medisinske feltet. Feltet defineres i forhold til bestemte kapitalformer, som det handler om å besitte og samle. Kapitalformene gjør at samfunnets sosiale spill ikke kan forstås som tilfeldige spill. Et menneske kan ha høy kapital på et område, men lav kapital på et annet område. Man kan likevel langt på vei veksle kapitalformer, slik at de kan flyttes mellom ulike felt. Dette skaper dynamikken i sosiale systemer (Wilken, 2015, s. 38-41). For å forstå et felt, må man kjenne feltets historie, og gjøre seg kjent med når feltet oppstod (Petersen, 1989, s. 48).

4.3.1.2 Sosialt rom

Modellen over det sosiale rom relateres ifølge Bourdieu (referert i Wilken, 2015, s. 51) til sosiale tilhørighetsforhold som strukturerer relasjoner mellom mennesker, sosiale klasser, felt og kapitalformer (jf. kap. 4.3.1.1). Modellen skal forstås som en struktur av objektive posisjoner som alltid konkret er befolket av virkelige mennesker, men som samtidig eksisterer i teorien som delvis virkelige uavhengig av dem. I den forstand representerer det sosiale rommet et system av objektive relasjoner mellom ulike mulige kombinasjoner av relevante maktforhold og ressurser. Det er en abstraksjon, som gir et teoretisk bud på grunnstrukturen i et samfunn, og den kan brukes i analysen av et konkret samfunn. Modellen over det sosiale rom kan ses som et

felt av sosiale klasser, der ulike livsstilgrupper kjemper om makt og innflytelse, altså status (Wilken, 2015, 51-59). I det sosiale rommet er det to poler orientert av motstridende prinsipper. Disse polene er det sosiale hierarkiet som bestemmes ut i fra arvet eller ervervet økonomisk kapital, og det kulturelle hierarki i form av kulturell kapital. Mennesker med felles egenskaper, er nærmere hverandre i det sosiale rommet enn de som har mindre til felles. Disposisjoner er mellomledd for posisjoneringene i det sosiale rom (Bourdieu, referert i Horne, 2016, s. 42).

4.3.2 Brudd i posisjoneringer

Ved et brudd må man først bryte med hverdagsforståelsen av fenomenene. Brudd i tenkemåten oppnås ikke nødvendigvis i et enkelt grep, men det oppnås langsomt i den objektive konstruksjonen av gjenstanden som undersøker. Både teoretiske begreper og vitenskapelige metoder kan være nyttige her ettersom at de kan hjelpe til med å finne mønstre og relasjoner som ikke umiddelbart er synlige i den sosiale praksisen. Man må alltid også gjennomføre et annet brudd for å produsere praxeologisk viten. Et brudd med det objektive subjekt. Den egentlige sannhet om den sosiale verden, er den dobbelte sannhet på et objektivt og et subjektivt nivå (Harrits, 2017, s. 22-23).

4.3.3 Autososioanalyse

I følge Bourdieu (referert i Prieur, 2002, s. 114) er det viktig at en forsker prøver å objektivere seg selv, uten at forskeren blir privat. Man skal objektivere sin posisjon i feltet (jf. kap. 4.3.1.1) fordi posisjonen man har innebærer en tendens til å ta et bestemt standpunkt. Det er viktig å finne ut betydningen av posisjonen og de relasjonene som denne posisjonen plasseres i, og hva det har å si for det man sier eller skriver. En objektivisering av forskerens posisjon har ingen verdi med mindre den er helt konkret og viser hvordan forskerens analyse har blitt farget av forskerens utgangspunkt. I det akademiske felt innebærer en objektivisering av forskerens posisjon å se hvordan en disiplin setter grenser og preger ens habitus (jf. kap. 4.3.1). Eksempelvis ved at man leser på en bestemt måte. Målet med å reflektere over ens egen posisjon, er å bli et subjekt som er mindre manipulert og styrt av ubeviste instinkter og lidenskaper. At man blir mer bevisst på sine tilbøyeligheter og årsakene til sine valg (Prieur, 2002, s. 114-118).

4.4 Forskningsspørsmål

I forlengelsen av Bourdieus teorier har jeg analysert posisjoneringer i forhold til munnbind ved hjelp av følgende spørsmål:

- Hvordan bør munnbind brukes?

For å finne ut hvordan det kan være at posisjoneringene i forhold til munnbind under kirurgiske inngrep er som de er, har jeg stilt følgende spørsmål:

- Hvilken posisjon har den som posisjonerer seg?
- Hvilke kulturelle-, sosiale-, og økonomiske kapitaler har den som posisjonerer seg i det sosiale rommet?
- Er det forhold i feltet som kan disponere for at posisjoneringene er som de er?

5.0 Metode

Jeg har undersøkt posisjoneringer i forhold til munnbind ved hjelp av registrantanalyse. Posisjonen og disposisjonene til de som posisjonerer seg og data om feltet er basert på andre sine studier og føringer.

5.1 Registrantanalyse

For denne studien bruker jeg som nevnt registrantanalyse som metode. Hvis man vil forstå og forklare bestemte sosiale fenomener, herunder bruken av munnbind i kirurgien, må man ifølge Bourdieu (referert i Kropp, 2009, s. 173) se tilbake på historien og rekonstruere. På denne måten kan man se hvordan de sosiale fenomenene har oppstått og hvordan de har forandret seg. En registrantanalyse kan hjelpe til med å forstå og forklare hvorfor bestemte sosiale fenomener ser ut som de gjør, og hvordan dette har oppstått. Ved å lese og registrere store tekstmengder, danner man seg en oversikt over alt innsamlet data. En registrant er en samling av korte referater, som er basert på en systematisk lesing av forskjellige typer dokumenter. Ved at man systematisk stiller de samme spørsmålene til de ulike tekstene, er formålet med registranten å belyse forskningsobjektets opprinnelse eller historiske forandring. Metoden brukes for å få en oversikt over historiske prosesser, og viser hvordan kjennskap til disse prosessene er avgjørende

for en forståelse av hvorfor nåtidens mennesker forholder seg slik de gjør til bestemte praktiske problemstillinger (Kropp, 2009, s. 173-174). Her vil jeg trekke frem masterstudien til Marianne Giske Holvik. Denne studien bygger på Bourdieus teorier og hun har brukt registrantanalyse som metode for sin studie (Holvik, 2016).

Tabell 1: Moment ved registrantanalyse

Forfatter	Årstall	Posisjon	Doxa
-----------	---------	----------	------

5.2 Teknikk ved analyser av posisjoneringer

Jeg har undersøkt munnbindpraktikker på operasjonsstuene i lys av Bourdieus teori om doxa (jf. kap. 4.2), praxeologisk metodologi (jf. kap. 4.3) og registrantanalyse (jf. kap. 5.1). Som empiri i studien, har jeg brukt lærebøker i operasjonssykepleiefaget og i sykepleiefaget generelt. Lærebøkene sier noe om normene for bruk av munnbind, og normene ellers på operasjonsstuen, altså hva som er feltets doxa. Jeg har avgrenset studien ved kun å inkludere lærebøker som er elektronisk tilgjengelig på nasjonalbibliotekets sider. Lærebøker fra andre land ble ekskludert fra studien, ettersom at studien min omhandler bruken av munnbind på norske operasjonsstuer. Jeg har inkludert både nyere og eldre litteratur på feltet, ettersom at munnbind har vært i bruk så langt som 100 år tilbake i tid (Andersen, 2016, s. 113). Jeg har da sett om det har vært endringer i munnbindpraktikker i feltet (jf. kap. 4.3.1.1) gjennom tidene, herunder om det har oppstått brudd (jf. kap. 4.3.2).

5.3 Teknikk ved analyser av posisjoner, disposisjoner, sosialt rom og felt

I forbindelse med denne studien har lærebøker i operasjonssykepleiefaget og sykepleiefaget, vært elektronisk tilgjengelig på nasjonalbibliotekets sider. Det har derimot vært begrenset tilgang på relevant litteratur om posisjoner, disposisjoner, sosialt rom og felt. Dette grunnet korona pandemien (Folkehelseinstituttet, 2020) som har ført til stengte biblioteker. Nasjonalbibliotekets sider kan tilby et begrenset utvalg av bøker. Av den grunn har jeg basert studien min på tilgjengelig litteratur.

Studien er basert på andre sitt vitenskapelige arbeid, som for eksempel historiske verk (eksempelvis Schiøtz og Moseng). Den er basert på nasjonale føringer i offentlige dokumenter

(eksempelvis lover og forskrifter), nettsider (eksempelvis Folkehelseinstituttet) og fagtidsskrifter (eksempelvis Sykepleien). Grunnet at studien min er basert på tilgjengelig litteratur, er det og brukt tidligere studier, altså sekundærlitteratur (eksempelvis Boge og Storum).

6.0 Etiske vurderinger

Det er etisk viktig å beskytte både pasienten og personalet ved bruk av munnbind, og i nødvendige tilfeller åndedrettsvern på operasjonsstuen. Altså bidra til best mulig smittevern. Når det gjelder datainnsamling, så har ikke denne studien krevd godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) eller fra Norsk senter for forskningsdata (NSD), i og med at jeg ikke har hentet ut data fra noen registre. Lærebøkene er allerede offentlig tilgjengelig.

7.0 Analyse del 1: Autososioanalyse

Ettersom at dette er en praxeologisk studie, vil jeg synliggjøre hvem jeg er og hvilken bakgrunn jeg har. Dette er viktig å synliggjøre ettersom at min personlige bakgrunn og habitus, kan påvirke forskning min (Prieur, 2002, s. 114-118). Habitus er et produkt av sosialisering, og spesielt sosialiseringen som skjer tidlig i livet, er viktig for dannelsen av disposisjonene som vi mennesker handler i forhold til (Wilken, 2015, s. 37).

Jeg vokste opp i et middelklassehjem med mor, far og en yngre søster på 80-tallet. Vi bodde litt utenfor byen og oppveksten min var preget av trygge rammer, med en mor som var hjemmeværende og en far som jobbet og forsørget familien. Vi bodde i et nybyggerfelt, der det var mange barn i samme aldersgruppe som meg, noe som gjorde at jeg alltid hadde andre barn å sosialiseres med.

Min far vokste opp på landet i et hjem der faren arbeidet som bygningsarbeider, og moren tidvis arbeidet som syerske og hjemmehjelp. Min farmor og farfar hadde begge foreldre med bakgrunn fra primærnæringen, og slektene bakover har livnært seg av fiske og jordbruk. Det at min far vokste opp på landet gjorde at han var avhengig av bil og ferge for å komme til

byen. Dette gjorde den gang avstanden til byen stor. Som ung valgte han å ta en yrkesfaglig utdanning. Etter å ha jobbet innen dette yrket i noen år, ønsket han å gå nye veier. Valget falt da på politiutdanning. Han jobbet som politi i noen år, før han gikk over i forsikringsbransjen, hvor han kunne bruke sin bakgrunn og utdanning fra politiet. Han fant da sin plass i yrkeslivet og han jobbet i denne bransjen frem til han nylig gikk av med pensjon.

Min mor er i motsetning til min far, oppvokst sentralt med gåavstand til byen. Min morfar jobbet som reklametegner og hadde sin utdanning fra Kunst og håndverksskolen. Han kom fra et hjem der faren var byggmester. Min mormor jobbet tidvis på kontor. Hun var glad i å reise, og jobbet som au pair både i Frankrike og Belgia før hun giftet seg og fikk barn. Hun kom fra et hjem der faren hadde sin ingeniørutdanning fra Tyskland og moren underviste i piano. Min mor reiste og til utlandet og jobbet som ung. Etter dette tok hun sekretærutdanning og jobbet en del år som sekretær, før hun giftet seg og fikk barn. Hun valgte da å være hjemme med meg og min søster i en del år, mens vi var små. Det var hun som sørget for å holde hjulene i gang i hjemmet i hverdagene. Da jeg og min søster ble større, begynte hun å jobbe igjen som sekretær. Hun jobbet da som sekretær ved sykehuset frem til hun gikk av med pensjon.

Da jeg selv skulle velge utdanning var jeg usikker på hva jeg skulle velge. Jeg begynte derfor ikke rett på utdannelsen min etter videregående skole. Jeg prioriterte først å reise på folkehøgskole, hvor jeg hadde et år med mange inntrykk og opplevelser. Da jeg kom hjem igjen fra folkehøgskolen, var jeg fremdeles usikker på hvilken retning jeg skulle velge. Jeg valgte derfor å ta examen philosophicum, i tillegg til at jeg jobbet en del dette året. Det stod mellom flere ulike utdanninger, men til slutt stod valget mellom sykepleien og økonomi utdanning. Mine foreldre presset aldri meg eller min søster til å velge en retning. De lot oss ta utdanningsvalgene selv, med noen velmenende råd på veien. Det at valget falt på sykepleien har jeg mange ganger tenkt at var en tilfeldighet. Når jeg nå tenker igjennom dette valget, er nok sannheten at jeg valgte sykepleien på grunn av at det virket som et spennende og sikkert yrkesvalg. Sikkert på den måten at en sykepleier går ikke arbeidsledig så lenge det er sykepleiermangel. Per i dag mangler det 6000 sykepleiere og det kommer til å mangle 28 000 sykepleiere i 2035 (Helmers, 2019). Etter endt sykepleierutdanning har jeg jobbet på sykehus innen kirurgien i alle årene. Jeg har vært innom flere ulike kirurgiske fagfelt og avdelinger i løpet av mine år som sykepleier, noe som har gitt meg en bred erfaring.

Jeg traff min mann i ung alder, før jeg begynte på sykepleierutdannelsen min. Vi giftet oss og fikk tre barn i årene etter at jeg begynte å jobbe som sykepleier. Det at jeg har fått barn, er en

av hovedårsakene til at jeg jobbet som sykepleier i 14 år, før jeg bestemte meg for å begynne på videreutdanning i operasjonssykepleie. Det at også min mann har tatt mer utdanning i voksen alder, er og en medvirkende årsak til at jeg ikke har prioritert videreutdanning tidligere. Interessen for operasjonssykepleiefaget har kommet gradvis med årene. De siste par årene før jeg begynte på videreutdanningen, hadde jeg en delt stilling mellom sengepost og poliklinikk. Erfaringen jeg fikk med «små operasjoner» på poliklinikken, gjorde at jeg ble enda sikrere på at jeg hadde lyst til å ta videreutdanning som operasjonssykepleier. Det å være systematisk er en svært viktig del av mitt yrke som operasjonssykepleier, og dette er en egenskap som jeg nok har etter min mor. Da jeg etter endt operasjonssykepleierutdanning fikk mulighet til å ta en mastergrad, grep jeg muligheten ettersom at jeg etter mange år i et praktisk yrke, ønsket å bruke mer av den teoretiske siden av meg selv.

I mine år som sykepleier, har jeg vært vant til å bruke munnbind som smittevern. Dråpesmitte har stort sett vært grunnen til at jeg har brukt munnbind når jeg har jobbet ved sengepost eller poliklinikk. I mitt arbeid som operasjonssykepleier, ser jeg at jeg nå har et helt annet forhold til bruk av munnbind. Munnbindet brukes nå daglig i jobben min, og det skiftes opptil flere ganger for dagen. Det er med andre ord en stor og viktig del av hverdagen til en operasjonssykepleier.

8.0 Analyse del 2: Doxa for bruk av munnbind

Denne delen av studien er delt i tre kapitler. Det første kapitlet handler om den epoken da det ikke ble argumentert for bruk av munnbind i lærebøker i sykepleie (1877-1920). Det andre kapitlet handler om epoken da det ble argumentert for at munnbind bør brukes ved større operasjoner (1921-1954). Det tredje kapitlet omhandler epoken 1955-2018. Lærebøkene fra denne epoken argumenterer for at alle som er på operasjonsstuen bør bruke munnbind ved alle operasjoner.

Kapitlene er bygd opp på følgende måte:

- Posisjonerings i forhold til munnbind (doxa).
- Konstruksjon av feltet.
- Konstruksjon av lærebokforfatterens posisjon i det sosiale rommet.

- Avsluttende refleksjoner/analyse med tilhørende drøftinger av funn i lys av praktikkteori.

8.1 1877-1920: Doxa: Ikke bruke munnbind

Ingen av lærebøkene som var i bruk i norsk sykepleie i perioden 1877-1920, omtaler munnbind, men det eksisterer tanker om hvordan man kunne unngå at syke pustet inn skadelige partikler. Nedenfor har jeg først gjort rede for posisjoneringene i forhold til å beskytte seg mot den sykes åndedrett i den aktuelle perioden. Deretter har jeg prøvd å forklare posisjoneringene i lys av feltet (jf. kap. 4.3.1.1) og lærebokforfatterens posisjon i det sosiale rommet (jf. kap. 4.3.1.2).

8.1.1 Posisjonerings i forhold til å beskytte seg mot den sykes åndedrett i norske lærebøker i sykepleie fra perioden 1877-1920

Norges førte lærebok i sykepleie kom ut i 1877. Redaktør var diakonisse Rikke Nissen (1834-1892) (Martinsen, 2000, s. 252-256). Nissen argumenterer for at sykepleieren bør vende ansiktet slik at hun ikke innånder den sykes åndedrett eller utdunstninger: «Uden at den Syge mærker det, bør hun, naar hun løfter og vender ham, vende Ansigtet saaledes, at hun ikke umiddelbart indaander den Syges Aandedræt eller Uddunstning» (Nissen, 1877/2000, s. 48). I tillegg til å beskytte seg mot å inhalere luften som pasienten puster ut, bør hun passe på at luften i rommet er så frisk som mulig. Dette kan gjøres ved å vende sykeværelse vekk fra gaten, sørge for at det er romslig, at rommet vender mot skyggesiden om sommeren og mot solsiden om vinteren og ved å unngå trekk:

Til et godt Sygeværelse udfordres, at det er tørt, luftigt, har en stille og for Aarstiden passende Beliggenhed. Det er derfor mest hensigtsmæssigt, at Sygeværelset ikke vender ud til Gaden, at det er rummeligt, om Sommeren vender til Skyggesiden, om Vinteren til Solsiden, at det er tyst, ikke for lavt og ikke ved Hjørnevinduer er udsat for Træk. Det er imidlertid sjældent, at alle disse Fordringer kunne tilfredstilles. (Nissen, 1877/2000, s. 25)

I 1879, to år etter at Nissen gav ut Lærebog i Sygepleie, gav Edvard Kaurin (1839-1917) ut læreboken Sygepleiersken. Boken med sine knappe 60 sider, var myntet på pleiere i distriktene. Boken var derfor ingen erstatning av Nissens omfattende lærebok (Moseng, 2012, s. 104-106).

Kaurin skriver ikke noe om hvordan sykepleieren kan unngå å puste inn luften som syke pasienter ånder ut, men som i Nissens lærebok vektlegges betydningen av frisk luft: «Flittig Udluftning af Sygeværelset saavel Nat som Dag gjennem et aabent Vindu maa aldrig forsømmes. Intet er skadeligere for en Syg end slet Luft» (Kaurin, 1879, s. 16).

Lærebøkene til Nissen (1877) og Kaurin (1879) ble avløst av læreboken til Hans Riddervold Waage (1864-1915) i 1901. Han skrev Lærebog i sygepleie uten medforfattere, og boken kom ut i fem utgaver, der den siste utgaven kom ut i 1917 (Martinsen, 2000, s. 291). Her brukes utgaven fra 1901, men utgaven fra 1914 er gjennomgått og munnbind er fremdeles ikke nevnt. Waage argumenterer for at sykepleieren må ta forholdsregler slik at hun ikke overfører smitte til andre eller seg selv, men han skriver ikke spesielt om luftsmitte: «Naar hun pleier Patienter, som lider af smitsomme Sygdomme, gjælder det, at hun forstaar at iagttage de Forsigtighedsregler, som er nødvendige, forat Sygdommen ikke skal overføres paa andre, og forat hun ikke selv skal blive smittet» (Waage, 1901, s. 134).

Tabell 2: Oversikt over doxa i lærebøker, 1877-1920

Årstall	Doxa
1877	Ikke bruke munnbind, men beskytte seg mot innånding av den sykes åndedrett ved å snu ansiktet, uten at den syke merker det.
1879	Ikke bruke munnbind.
1901/1914	Ikke bruke munnbind.

8.1.2 Konstruksjon av feltet, 1877-1920

Etter å ha sett nærmere på posisjoneringene til Nissen, Kaurin og Waage har jeg gjort et forsøk på å forklare posisjoneringene ved å konstruere feltet (jf. kap. 4.3.1.1) som de tre lærebokforfatterne var en del av.

Miasmeteorien

På den tiden da Nissen og Kaurin skrev lærebøker i sykepleie stod miasmeteorien sterkt i samfunnet. I miasmeteorien ble smittestoffet i seg selv betraktet som relativt harmløst, og hvis

en sykdom skulle spre seg, var det andre betingelser som måtte være tilstede. Smittestoffet måtte omgjøres til en miasme. Dette var en forandring som bare var mulig under visse forutsetninger i en atmosfære av ekskrementer, uorden og animalsk utdunsting. En sykdom som for eksempel kolera, kunne bare utvikle seg dersom miasmen møtte en person eller et samfunn som var mottagelig for sykdommen. Eksempelvis fattigfolk i byens fattigkvarter. Ved å fjerne skitt og lort og være talsmann for en nøysom livsstil og for sosial reform, prøvde man å bekjempe sykdommer. Frisk luft, dagslys og renslighet var sentralt, og luftige sykeværelser var viktig (Schiøtz, 2003, s. 30).

Mikrobeteorien

Da Lærebog i sygepleie ble gitt ut av Hans Riddervold Waage i 1901, hadde miasmeteorien blitt avløst av mikrobeteorien. Gjennombruddet kom på 1880-tallet i forbindelse med at den tyske legen Robert Koch identifiserte tuberkelbasillen. Læren om mikrobene/bakteriologien fikk stor betydning og skapte en stor optimisme. Dette revolusjonerte læren om opprinnelsen til sykdommene og smitteveier. I tillegg revolusjonerte den behandlingsmetodene og den medisinske tenkemåten. Legene så nå nye muligheter i kampen mot sykdommer (Schiøtz, 2003, s.51-52). Lærebog i sygepleie fra 1901, omtaler de antiseptiske og de aseptiske forholdsreglene i forbindelse med operasjoner. I tillegg omtaler boken kirurgisk assistanse ved operasjoner, men som i Nissen- og Kaurin sin lærebok, står det ingenting om munnbind (Waage, 1901, s. 178-185).

Sykepleie var underordnet en medisinsk logikk

Diakonisse Nissen mente at sykepleien måtte bygge på en grundig utdanning, der teoretisk undervisning var innbefattet. Hun argumenterte for at det ene kjønnnet ikke var overordnet det andre, men komplementære og at sykepleie burde være et embete på lik linje med leger og prester. Dette synspunktet fikk hun ikke gjennomslag for (Schiøtz, 2003, s. 158-160).

Kaurin som var distriktslege i Grong, arbeidet for å styrke sykepleiesaken i distriktene, og satte i gang en ettårig utdanning for sykepleiere i distriktene, på privat basis (Schiøtz, 2003, s. 160). Han mente at sykepleierne i distriktene ikke hadde det samme utdanningsbehovet som sykepleierne som jobbet ved sykehusene i byene (Moseng, 2012, s. 104-106). I læreboken sin hevder Kaurin at kvinnen er best skikket til å pleie pasienter. Hun skal være samvittighetsfull,

punktlig og pålitelig i alt hun gjør, og hun skal alltid rapportere videre til legen (Kaurin, 1879, s. 7). Legen Waage var her på linje med Kaurin. Waage mente at sykepleieren hovedsakelig hadde to plikter. Den ene var å pleie syke, den andre var å gi legen beskjed om den sykes tilstand: «Sygepleiersken har hovedsagelig to Pligter, nemlig for det første at pleie syge og for det andet at give Lægen Besked om den syges Tilstand» (Waage, 1901, s. 1).

Sykepleie ble ikke et embete på lik linje med leger, men en underordnet del av legens prosjekt. Det skulle gå mange år før Nissens ideologiske tanker igjen ble gyldige (Schiøtz, 2003, s. 160).

Liberalismen omfattet ikke sykepleiere

På den tida da Nissen, Kaurin og Waage skrev lærebøker om sykepleie, hadde liberalistiske ideer stort gjennomslag. I lys av slik ideologi var det bra for samfunnsøkonomien at den enkelte utfoldet seg fritt. Gullalderen for politisk og økonomisk liberalisme i Norge var fra 1848 til 1851. Frihet er viktig i liberalismen. Dette gjelder både frihet fra statlige inngrep og frihet for individet. Individet stod selv ansvarlig for å møte og mestre eventuelle sosiale kriser. Staten påtok seg ikke ansvaret for folkets helse ettersom at de syke bar på en selvforskyldt skjebne. Samfunnet stod uten ansvar og kunne tillate seg å moralisere ovenfor de som var blitt rammet av sykdom. På det individuelle plan inneholdt liberalismen derimot positive sider for at samfunnet skulle avstå fra inngrep (Schiøtz, 2003, s.28-29).

Forventningene om sykepleiers underordning under legen viser at den frie utfoldelsen ikke gjaldt for kvinner som gikk inn i sykepleien, selv om han som blir regnet for liberalismens far, John Stuart Mill, argumenterte for at det var samfunnsnyttig at kvinner hadde samme frihet og politiske retter som menn (Pfeiffer, referert i Boge 2008, s. 39).

Liberalismen fikk en sentral plass i moderniseringen av vestlige land med tilhørende urbanisering, industrialisering, emigrasjon og økt sosial mobilitet. I Norge skjøt industrialiseringen fart i siste halvdel av 1880-tallet. Jordbruk og fiske som var de tradisjonelle næringsveiene, ble nå differensiert og spesialisert, ved at man nå produserte det som lønte seg best. Det som tidligere var et selvbergingssamfunn, endret seg til å bli et produksjonssamfunn. Dette genererte et behov for sentralt plasserte markeder i byer og tettsteder. Samfunnet ble forvandlet til et klassesamfunn med overklasse, mellomklasse og arbeiderklasse. Underklassen som ikke eide jord flyttet til byene/tettstedene og fikk arbeid i

håndverks- og industribedrifter som vokste frem. Dette arbeidet hadde lav status (Nerbøvik, referert i Storum, 2014, s. 31-32). Arbeidernes boforhold med dårlige sanitære forhold og dårlig hygiene, førte til at smitte og spredning av sykdommer fikk god grobunn. Det var først da dødeligheten ble så høy at det var fare for produksjonen, at storsamfunnet var villige til å bedre levekårene i fattige byområder. Dette skjedde i forbindelse med koleraepidemiene i Norge i 1850-årene. Koleraepidemiene hadde et skremmende omfang og høy dødelighet (Schiøtz, 2003, s. 26-29).

Lys, luft og renslighet

Florence Nightingale og andre medlemmer av Sanitation Movement argumenterte for at det var nyttig for samfunnet å sørge for at fattigfolk fikk bedre levekår. Det ble argumentert for at frisk luft, renslighet, rent drikkevann og gode toalettforhold hadde en helsefremmende effekt (Mathisen, referert i Boge, 2008, s. 40). Det var ikke uproblematisk å argumentere for storsamfunnet sitt ansvar for hygiene i en liberalistisk tidsalder (Schiøtz, 2003, s.45). Etter press fra Sanitation Movement fikk England to helselover i perioden 1844-1848. Utformingen av den norske helseloven som kom i 1860, ble gjort under påvirkning fra de engelske helselovene (Martinsen, referert i Boge, 2008, s.28). Den norske helseloven som fikk navnet Sunnhetsloven, var preget av den miasmatiske helseforståelsen som blant annet argumenterte for lyse, luftige og romslige boliger, rent drikkevann, renovasjon, avløpssystem og avstand mellom mennesker og dyr. Det var og detaljerte forskrifter i loven om personlig hygiene som var spesielt rettet mot bygdefolk (Schiøtz, 2003, s. 84). Loven var retningsgivende for primærhelsetjenesten, den lokale helseadministrasjonen og det forebyggende arbeidet helt frem til 1986. Det vil si i 134 år. Så sent som i 1994, ble de siste rester av loven opphevet (Schiøtz, 2003, s. 41). Moderne sykepleie fikk en sentral plass i arbeidet med å implementere ideene om lys luft og renslighet (Boge 2008, 40-42).

Sykehusene hadde tradisjonelt et dårlig rykte, noe som hadde sammenheng med stigmatiseringen av de syke ved hospitalene. Dette hadde tradisjoner helt tilbake til mellomalderen og avsondringen av de spedalske. Det var også et faktum at smitte ofte spredde seg på sykehusene, og når det gjaldt behandling kunne de heller ikke vise til entydige positive resultater. På begynnelsen av 1800-tallet var sykehusene preget av at pasientene stort sett var plassert der av fattigvesenet. Verken leger eller pasienter så på sykehusene som en eksklusiv plass å utøve medisin, og de rike pasientene tok imot lege i hjemmene sine.

Innføringen av andre hygieniske tiltak på slutten av 1800-tallet, var en grunn til at det dårlige ryktet var i ferd med å snu. Sykehusene fikk en helt annen status og legene ble i større grad enn tidligere fast ansatt (Jordåen, 2012, s. 47-52).

Ved sykehusbyggingen på 1800-tallet hadde miasmeteorien stor innvirkning, også i tiden etter at teorien var forkastet vitenskapelig sett. Nå skulle det være paviljongsystemer eller korridorsystemer. Paviljongene var treetasjes bygninger med sykesaler som lå langt fra hverandre, og som var bundet sammen av en søylegang. Korridorsystemene var basert på gjennomgående sidekorridorer. Byggene skulle etter miasmatiske prinsipper ligge tørt, høyt, fritt og i le for vinden. Lys og ventilasjon ble vektlagt, samt planting av trær rundt sykehusene. Rikshospitalet var det første sentrale sykehuset som ble bygget i Norge. Første trinnet i byggingen av Rikshospitalet ble tatt i bruk i 1826. Utenom Rikshospitalet var de somatiske sykehusene en oppgave for lokale og regionale styresmakter på 1800-tallet (Jordåen, 2012, s. 51-53).

Operasjonsstuene tar form

Nissen skriver i et lite avsnitt, om bistand ved operasjoner. På denne tiden skulle enten en lege eller en diakonisse med nødvendig kunnskap og dyktighet, assistere operatøren. Diakonissen sørget blant annet for å ha gode vaskesvamper, rent lerret, såpe, håndklær, fat og mugger med varmet og kaldt vann, og en tom bøtte til skittent vann. Operasjonene kunne også utføres i private hjem. Det kom da en diakonisse til hjemmet og gjorde rommet klart på forhånd. Hun sørget blant annet for godt lys, riktig romtemperatur og riktig leiring av pasienten. Ved større operasjoner sørget diakonissen for å strø tykk sand eller sagspon på gulvet for at ikke gulvet skulle bli altfor tilgriset med blod. På denne måten trengte man ikke å skure gulvet straks etter operasjonen. Hvis pasienten ble liggende postoperativt i samme værelse som operasjonen ble utført, måtte man unngå å skure gulvet mens pasienten lå i rommet (Nissen, 1877/2000, s. 131-132). Da Waages lærebok kom ut i 1901, hadde det skjedd mye innen kirurgien. Mye av det som står i læreboken er gjenkjennelig i operasjonssykepleierens arbeid i dag. Det var viktig at den assisterende sykepleieren ikke berørte noe med hendene eller fingrene som ikke var aseptisk, uten å desinfisere hendene på ny. Operasjonsfrakken var i bruk, instrumentene ble desinfisert og pasientens hud ble desinfisert. Operasjonsstuene skulle holdes så rene som mulig og de skulle vaskes godt etter bruk. Uvedkommende skulle ikke ha adgang. På de mest moderne sykehusene hadde man to operasjonsstuer. Den ene ble brukt til operasjoner av

pasienter med sykdommer som ikke var forbundet med infeksjon, mens den andre ble brukt til operasjoner av pasienter med infiserte sår og andre infeksjoner (Waage, 1901, s. 180-183).

8.1.3 Konstruksjon av lærebokforfatterens posisjon i det sosiale rommet, 1877-1920

Nissen, Kaurin og Waage tilhørte alle det øvre borgerskapet i det moderne, klassedelte Norge. Kaurin og Waage var velutdannede leger og tilhørte en privilegert gruppe i det sosiale rommet og var premissleverandører for utformingen av det moderne norske helsevesenet (Moseng, 2003, s.318). Sykepleiere tilhørte gjerne bonde- og arbeiderklassen (Martinsen, referert i Boge 2008, s. 41), men dette var ikke tilfelle for Rikke Nissen. Hun var «læresøster» i sykepleie ved den første sykepleierskolen i Norge. I tillegg var hun diakonisse, forfatter og hun redigerte bladet «Fra diakonissehuset». Hun var kjøpmannsdatter, og hennes foreldre sørget for at hun fikk undervisning i hjemmet av en guvernante og senere av en huslærer. Hun ble tidlig språkmektig. Som 14 åring ble hun sendt til frøken Lots pikeskole i Christiania. En skole som var kjent for sin språkundervisning. Hun reiste senere til Tyskland og utdannet seg til diakonisse. Da hun gav ut Lærebog i Sygepleie i 1877, ble dette gjort anonymt. Som inspirasjon for boken brukte hun Florence Nightingale sin lærebok; Notes on Nursing (1859) (Martinsen, 2000, s. 252-256).

Tabell 3: Lærebokforfatterens posisjon i det sosiale rommet.

Årstall	Forfatter	Posisjon
1877	Rikke Nissen	Sykepleier
1879	Edvard Kaurin	Lege
1901/1914	Hans Riddervold Waage	Lege

8.1.4 Avsluttende analyser/refleksjoner til fraværet av munnbind i lærebøker i perioden 1877-1920

I dette kapittelet har vi sett at doxa i lærebøker som var i bruk i norsk sykepleie i perioden 1877-1920, ikke omfatter bruk av munnbind. Vi har og sett at lærebokforfatterens posisjon i det sosiale rommet (jf. kap. 4.3.1.2) og feltet (jf. kap. 4.3.1.1) har vært påvirket av utdanning

og kjønn (Schiøtz, 2003, s. 158-160). I lys av moderne sykepleie sin underordning under medisin, med tilhørende logikk, er det ikke underlig at verken diakonisse Nissen eller lege Kaurin, argumenterte for munnbind i lærebøkene de gav ut i perioden 1877-79. For på den tiden hadde den miasmatiske teorien om smittespredning stort gjennomslag i medisin og sykepleie. I lys av slik teori var miasmene noe som var i luften og som i seg selv var ufarlige, men de kunne slå seg ned å forårsake sykdom der det var urenslighet. Operasjonsstuen ble sett på som et rent og luftig område som ikke var mottakelig for miasmene. Dermed ville heller ikke sykdommene spre seg. Sykdommene spredde seg jo der det var skittent og i uorden (Schiøtz, 2003, s. 30). Derimot er det underlig at Waage ikke argumenterer for munnbind, for i perioden 1901-17, da han skrev fem utgaver av en lærebok i sykepleie (Martinsen, 2000, s. 291), var mikrobeteorien for lengst kjent. Waage hadde kunnskap om at sykdomsfremkallende mikroorganismer kunne smitte fra en person til en annen via innåndingsluft, for han skriver følgende: «De pathogene Mikrober kan komme ind i Legemet gjennom Aandedrætsorganerne (med Indaandingsluften)...» (Waage, 1901, s. 131-132). Munnbind blir likevel ikke nevnt i læreboken. Ut i fra mikrobeteorien kan dette være vanskelig å forklare. Men det kan være at fraværet av munnbind har sammenheng med at man er så vant til at operasjoner blir utført uten munnbind, at det ikke er noen som tenker på at det skulle være nødvendig å konstruere slikt utstyr. Det kan med andre ord se ut for at Waage skriver med utgangspunkt i den praktiske sansen (jf. kap. 4.1) han har opparbeidet i feltet (jf. kap. 4.3.1.1), og fortsetter å tenke som han har gjort, selv om han er klar over at kunnskapen om smittespredning er endret. Dette indikerer at Waage ikke baserer sin argumentasjon på viten om smitte men på den praktiske sansen som han har opparbeidet ved å være i feltet (Callewaert, 1997).

8.2 1921-1954: Doxa: Munnbind bør brukes ved større operasjoner.

Munnbindet omtales i lærebøkene i norsk sykepleie som ble gitt ut i perioden 1921-1954. Her omtales det først i forbindelse med større operasjoner. Senere omtales også gashetten med hull til øynene som et alternativ til munnbind. I tillegg får masken etterhvert plass i lærebøkene i forbindelse med lungetuerkulose. Jeg har videre gjort rede for posisjoneringene i forhold til munnbind i den aktuelle perioden. Deretter har jeg prøvd å forklare posisjoneringene i lys av feltet (jf. kap. 4.3.1.1) og lærebokforfatterens posisjon i det sosiale rommet (jf. kap. 4.3.1.2).

8.2.1 Posisjonerings i forhold til beskyttelse av nese og munn i norske lærebøker i sykepleie fra perioden 1921-1954

Da Haandbok i Sykepleie ble gitt ut i 1921, ble munnbind for første gang omtalt i en norsk lærebok i sykepleie, og det hadde skjedd et brudd i lærebøkene (Widerøe, 1921, s. 144-145). Boken ble gitt ut med legene Kristian Grøn (1855-1931) og Sofus Widerøe (1880-1937) som redaktører. De fikk bidrag til læreboken fra flere leger, og de fikk i tillegg bidrag fra sykepleier og forstanderinne Andrea Arntzen og oversykepleier Aagot Larsen. I boken argumenteres det for at operasjonsfrakker, luer, munnbind og gummihansker kreves til en større operasjon. «Til en større operation kræves følgende: 3-4 operationsfrakker med tilsvarende antal luer og mundbind, 6 par gummihansker, ...» (Widerøe, 1921, s. 145). Videre argumenteres det for at munnbind skal steriliseres sammen med bandasjestoff, kapper, lakener og håndklær i en desinfeksjonsovn, dersom munnbindet har vært i bruk: «Bandagestof, kapper, lakener, haandklær og mundbind – hvis saadanne brukes – steriliseres i en desinfektionsovn, som er spesielt konstruert til dette bruk. Den kalles sterilisator» (Widerøe, 1921, s. 144).

Læreboken ble gitt ut i ny utgave i 1926. Denne gangen under navnet Lærebok i sykepleien (Grøn & Widerøe, 1926). Det var da ikke gjorte endringer i omtalen av munnbind.

Tjue år etter at Haandbok i Sykepleie (1921) ble gitt ut i første utgave, ble Lærebok for sykepleiersker gitt ut i 1941. Boken ble gitt ut i tre bind, med legen Anton Jervell (1901-1987) som redaktør (Jervell, 1941). Både leger og sykepleiere med tilknytning til forskjellige sykepleierskoler, medvirket i utarbeidelsen av boken, og det var også naturlig at sykepleiere satt i redaksjonskomiteen av boken (Jervell, 1941, s. V). Bruk av munnbind i forbindelse med operasjoner har ikke fått mer omtale i læreboken til Jervell, enn i læreboken til Grøn og Widerøe. Det som er nytt å lese i læreboken til Jervell, er at gashetten med hull til øynene er blitt et alternativ til munnbind og lue for å dekke håret, nesen og munnen: «Til å dekke håret og nese og munn bruker en enten en gashette med hull til øynene eller lue og munnbind» (Haffner & Marthinsen, 1941, s. 267).

I kapittelet om lungetuberkulose (Jervell & Røseth, 1941, s. 147-158) har også masken fått plass i læreboken. Under forsiktighetsregler for å hindre smitteoverføring i forbindelse med lungetuberkulose er det poengtert at det er viktig at sykepleieren beskytter seg selv. Det bør alltid brukes maske ved stell av pasientens seng og spyttekrus, og sykepleieren bør vaske hender og skylle munnen etter stellet:

«For det første må sykepleiersken vite å beskytte seg selv:

- Bruk alltid maske under stell av pasientens seng og spyttekrus.
- Vask hender og skylt munnen etter stellet» (Jervell & Røseth, 1941, s. 148).

Det skrives og om stell av sengeliggende pasienter med lungetuberkulose. Sykepleieren skal da ha på seg smittefrakk og maske i forbindelse med stellet. Masken filtrerer luften under innåndingen og skal dekke nese og munn. Den beskytter også pasienten dersom sykepleieren er forkjølet. I boken kan vi og lese at masken skal sys av 3-4 lag med dobbel gas, og det er viktig at masken ikke blir så tykk at den er sjenerende å ha på seg:

Ved stell av sengeliggende pasienter skal sykepleiersken alltid ha på seg smittefrakk og maske (masken sys av 3-4 dobbelt gas. For tykk maske kan sjenerere under arbeidet). Masken dekker nese og munn og filtrerer lufta under innåndingen. Er sykepleiersken forkjølt, beskyttes også pasienten. (Jervell & Røseth, 1941, s. 149)

I 1951 ble Lærebok for sykepleiersker gitt ut i andre utgave (Jervell, 1951). Det var da ikke gjort endringer i omtalen av munnbind, gashette og maske i forhold til 1941 utgaven.

Tabell 4: Oversikt over doxa i lærebøker, 1921-1954

Årstall	Doxa
1921/1926	Munnbind bør brukes ved større operasjoner.
1941/1951	På operasjonsstuen bør det enten brukes lue og munnbind eller gashette med hull til øynene. Ved lungetubekulose bør det brukes maske sydd av 3-4 lag med dobbel gas.

8.2.2 Konstruksjon av feltet, 1921-1954

I et forsøk på å forklare posisjoneringene til de som skrev de nevnte lærebøkene i perioden 1921-1954, Grøn, Widerøe og Jervell (Grøn & Widerøe, 1921; Jervell, 1941), har jeg konstruert feltet som lærebokforfatterne var en del av:

Spanskesyken rammer Norge

Da Grøn og Widerøe gav ut Haandbok i sykepleie i 1921 hadde det skjedd et brudd i lærebøkene. For første gang ble munnbindet omtalt i en norsk lærebok. I forbindelse med Spanskesyken i 1919 ble munnbindet tatt i bruk i Norge (Andersen, 2016, s. 113).

Spanskesyken var en pandemi, altså en verdensomspennende epidemi, som rammet Norge i 1918 og 1919. Pandemien ble fremkalt av det såkalte influensa A-viruset, og i Norge ble 1,2 millioner mennesker angrepet av viruset, i en befolkning på 2,6 millioner mennesker. Mellom 13 000 og 15 000 mennesker er registrert døde av sykdommen i Norge (Schiøtz, 2003, s. 218-220).

Kampen mot smittsomme sykdommer

Det var også andre sykdommer som var svært utbredt på denne tiden. Tuberkulosen var en sykdom med stor utbredelse på begynnelsen av 1900-tallet og frem til 1940-1950-årene. I perioden 1921-1925 var tuberkulosen den viktigste dødsårsaken i landet. Man kunne derimot se en nedgang i dødelighet i årene etter. Sykdommen hadde et langvarig sykdomsforløp og førte med seg store menneskelige lidelser. Den rammet først og fremst unge mennesker (Schiøtz, 2003, s. 206). Frivillige organisasjoner gjorde en stor innsats mot tuberkulosen og Norske Kvinners Sanitetsforening var først ute. De drev opplysningsarbeid om smittevern, pengeinnsamling og etablerte pleiehjem for syke. I følge Moseng var det en begrenset evne og vilje til tiltak mot tuberkulose fra det offentlige sin side, og det var først da antibiotika ble tatt i bruk i stor skala etter andre verdenskrig, at man fikk et legemiddel mot tuberkulose (Moseng, 2012, s. 299). Antibiotika ble oppdaget i 1928, da Aleksander Flemming, ble oppmerksom på en koloni av gule stafylokokker på en agarplate som ble oppløst rundt en koloni av muggsopp som hadde forurenset platen (Jervell, 1951, s.448). På slutten av 1920-tallet ble BCG-vaksinen tatt i bruk. Likevel var det ikke før i 1947 at det ble innført massevaksinasjon mot tuberkulose, da lov av 12. desember om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose ble vedtatt. Noen år senere i 1954 ble den nye vaksinasjonsloven innført i Norge. Det ble da innført tvungen vaksinasjon mot kopper og andre farlige smittsomme sykdommer. De store vaksinasjonsprogrammene som er like aktuelle i dag, kom i etterkant av at loven ble innført (Schiøtz, 2003, s. 420-422).

Sykehusene blir spesialiserte

I første halvdel av 1900-tallet fikk sykehusene en høyere status enn de tidligere hadde hatt. Dette hadde sammenheng med at sykehusene ble klarere skilt fra pleie og omsorgsinstitusjonene etterhvert som den medisinske kunnskapen og teknologien utviklet seg.

Sykehusene fremstod etter hvert som sentrum for avansert og prestisjefull medisinsk behandling og forskning. Denne spesialiseringen førte til at nye særegne institusjoner utviklet seg og ble spesialiserte. Tuberkuloseinstitusjonene var de viktigste, men man fikk i tillegg institusjoner for rusomsorg, psykisk utviklingshemmede og sykehjem (Jordåen, 2012, s. 58).

Da Rikshospitalet skulle planlegge et nybygg i 1935 hadde tankene rundt sykehusbygging endret seg. Tomten var liten, behovene var store og ønskene var mange. Det ble bestemt at bygget skulle være høyt. Mange funksjoner skulle under samme tak, for eksempel: undervisningslokaler, boliger, barneavdeling, røntgen, tuberkuloseavdeling og kirurgiske avdelinger med operasjonssaler. Høyblokken stod ferdig i 1950 og ble bortimot en skyskraper med 11 etasjer, i datidens målestokk (Anker, 2012, s. 127-128).

Operasjonsstuene ble beskrevet av Widerøe i 1921. De skulle være lyse, rene og romslige. Overlys var det beste. Alt overflødig som kunne samle støv skulle ikke være på operasjonsstuen. For at det skulle være lett å holde operasjonsstuen ren, burde alle hjørnene være runde. Pasienten fikk som oftest narkose på et forværelse, og ble i bedøvet tilstand løftet over på operasjonsbordet og bundet fast. Det var kun de som måtte være på operasjonsstuen som hadde adgang, og alt som skulle brukes under operasjonen måtte være sterilt. Operasjonsstue i private hus kunne fremdeles brukes på denne tiden. Man burde i disse tilfellene velge et lyst rom, som ikke var for lite, og som kunne ryddes fullstendig, slik at gulv, tak og vegger kunne vaskes, eller tørkes over med en fuktig klut etter operasjonen (Widerøe, 1901, s. 143-151).

I 1941 var operasjonsstuene samlet på en operasjonsavdeling, i en egen del av sykehuset. Unødig tråkk inn på operasjonsavdelingen ble da forhindret. Størrelsen på operasjonsavdelingene varierte alt ettersom hvor stort og nytt sykehuset var. Grunnregelen var at det skulle være to operasjonsstuer. En for rene tilfeller og en for infiserte tilfeller. Det skulle være et sterilisasjonsrom, som ofte lå mellom de to operasjonsstuene. Sterilisasjonsrommet og operasjonsstuen skulle være forbundet med vinduer, slik at instrumentene kunne gis direkte inn på operasjonsstuen. Det skulle være et forværelse eller en forgang hvor blant annet narkosen ble gitt. Vaskene til å utføre kirurgisk håndvask, var gjerne plassert i disse forrommene. Operasjonsstuene skulle ha store vinduer for å få mest mulig naturlig lys, og i tillegg fantes det operasjonslamper i taket. Operasjonsstuene skulle være lette å holde rene. Veggene var gjerne flislagte, og det var steingulv med helling mot en sluk. Veggene var ofte grå eller grønne, slik som operasjonsfrakkene og håndkledene. Dette for å

spare øynene i det sterke lyset. Av inventar var det kun nødvendige ting som skulle være på operasjonsstuen av hensyn til renholdet (Haffner & Marthinsen, 1941, s. 253-254).

8.2.3 Konstruksjon av lærebokforfatterens posisjon i det sosiale rommet, 1921-1954

Grøn, Widerøe og Jervell var alle overleger, og tilhørte en privilegert gruppe i det sosiale rommet (jf. kap. 4.3.1.2). Til forskjell fra tidligere lærebokforfattere, ble sykepleierne nå mer inkludert i arbeidet med lærebøkene. Da Grøn og Widerøe gav ut Haandbok i Sykepleie i 1921, fikk to sykepleiere gi bidrag til boken. Dette var første gang siden læreboken til Nissen ble utgitt i 1877, at sykepleiere ble inkludert i dette arbeidet. Da Jervell gav ut Lærebok for sykepleiersker i 1941 medvirket sykepleiere i utarbeidelsen av boken, og det var også naturlig at sykepleiere satt i redaksjonskomiteen av boken (Jervell, 1941, s. V). Sykepleieren og legen sine oppgaver hadde tidligere vært svært adskilt. Jervell mente at etterhvert som det skjedde en utvikling innen sykepleien, gikk oppgavene mer og mer over i hverandre. Oppgaver som tidligere var forbeholdt legen, ble nå utført av sykepleieren. Sykepleien og legegjerningen gikk over til å være nært knyttet sammen, i et arbeid med stor betydning for enkeltindivider og for samfunnet. Sykepleien hadde nå nådd et høyt faglige nivå, og var ikke lenger i hovedsak en barmhjertighetsgjerning. Mellom 1921 og 1954 ble sykepleierne gradvis sluppet til som bidragsyttere til lærebøkene. Sykepleieren ble ikke lenger sett på som en trussel mot legens posisjon i det medisinske feltet (jf. kap. 4.3.1.1) og det sosiale rommet (jf. kap. 4.3.1.2) (Jervell, 1941, s. 1-2). Den historiske kampen mellom legen og sykepleieren hadde nå endret seg fra at legen brukte sin posisjon i det sosiale rommet til å holde sykepleierne utenfor arbeidet med lærebøkene (Schiøtz, 2003, s. 160), til at legene brukte sin posisjon til å slippe sykepleierne gradvis tilbake til arbeidet med utarbeidelsen av lærebøkene i sykepleie. Legen og sykepleieren sin posisjon i forbindelse med utarbeidelsen av lærebøkene i sykepleie var ikke lenger så ulik (Jervell, 1941, s. 1-2).

Tabell 5: Lærebokforfatterens posisjon i det sosiale rommet.

Årstall	Forfatter/Redaktør	Posisjon
1921/1926	Kristian Grøn & Sofus Widerøe	Overleger Fikk bidrag fra to sykepleiere til boken.
1941/1951	Anton Jervell	Overlege Redaksjonskomiteen bestod av kvinner med sykepleierbakgrunn.

8.2.4 Avsluttende analyser/refleksjoner til omtalen av munnbind i lærebøker i perioden 1921-1954

I dette kapitlet har vi sett at det har vært en utvikling i doxa (jf. kap. 4.2) for bruk av munnbind i lærebøkene fra 1921-1954. Fra at doxa i 1921 var at munnbind burde brukes av agentene i feltet (jf. kap. 4.3.1.1) ved større operasjoner, til at doxa i 1941 var at agentene i feltet burde bruke enten munnbind og lue, eller gashette. I 1941 skrives det ingenting om når munnbind eller gashette skal brukes. Det kan likevel tenkes at doxa i feltet fremdeles er at munnbindet eller gashetten skal brukes ved større operasjoner, i og med at ikke annet er spesifisert. I tillegg til å se på doxa, har jeg også sett nærmere på lærebokforfatterens posisjon i det sosiale rommet (jf. kap. 4.3.1.2) og feltet, og hvordan denne posisjonen har utviklet seg i årene 1921-1954.

Da Lærebok for sykepleiersker ble gitt ut i 1941 ble vi introdusert for masken i forbindelse med lungetuberkulose. Vi kan lese om munnbind og gashette i forbindelse med operasjoner, og maske i forbindelse med lungetuberkulose i samme bokserie. Om maske er et annet ord for munnbind, eller om maske er forgjengeren til åndedrettsvern er usikkert, i og med at kun masken blir beskrevet hva den er laget av (Jervell & Røseth, 1941, s. 149).

Med tanke på at det i løpet av denne tidsperioden var en nedgang i farlige smittsomme sykdommer på grunn av at antibiotika ble tatt i bruk og vaksinasjon ble innført (Schiøtz, 2003, s. 420-422), skulle man kanskje tenke at munnbindet ville bli mindre brukt. Derimot kan det se ut som de i 1941 beskyttet seg enda mer enn tidligere, når de skriver om gashetten med hull til øynene, og viktigheten av å bruke maske som beskyttelse mot lungetuberkulose (Jervell & Røseth, 1941, s. 149). Det kan tenkes at denne økte bruken av munnbind/gashette/maske har en sammenheng med at lærebokforfatterne skriver ut i fra sin praktiske sans (jf. kap. 4.1). Høy dødelighet som følge av farlige smittsomme sykdommer har vært en del av samfunnet så lenge man kan huske. Ut i fra den praktiske sansen som lærebokforfatterne har opparbeidet seg i feltet, er det derfor naturlig at man viderefører og forsterker tiltak som beskytter mot sykdommene (Callewaert, 1997).

8.3 1955-2018: Doxa: Munnbind bør brukes ved alle operasjoner

Det neste kapitlet er perioden 1955-2018. Etter å ha gjennomgått lærebøkene i sykepleie- og operasjonssykepleiefaget for denne perioden, ser jeg at doxa (jf. kap. 4.2) i lærebøkene er at

munnsbind bør brukes ved alle operasjoner, av alt personell på operasjonsstuen. Doxa har dermed endret seg fra at munnsbind kun burde brukes ved større operasjoner til at munnsbind bør brukes ved alle operasjoner. Fra 2001 er i tillegg doxa i lærebøkene at åndedrettsvern bør brukes ved luftbåren smitte, laserrøyk og diatermirøyk, men i 2018 er det ikke lenger aktuelt å bruke åndedrettsvern ved diatermirøyk.

I tidsrommet 1955-2018 har munnsbind og etter hvert åndedrettsvern, fått mye større plass i lærebøkene enn i det forrige kapittel (1921-1954). I tillegg til at det skrives mer utfyllende om munnsbind, er det også gitt ut flere lærebøker. 14 av lærebøkene som er skrevet i dette tidsrommet er med i denne oppgaven. Av den grunn har jeg valgt å utelate direkte sitat i dette kapitlet, og heller legge noen av sitatene som vedlegg i oppgaven. Jeg har som i de foregående kapitlene gjort rede for posisjoneringene i forhold til munnsbind, og i dette kapitlet har jeg også gjort rede for posisjoneringer i forhold til åndedrettsvern. Jeg har prøvd å forklare posisjoneringene til forfatterne av lærebøkene i lys av feltet (jf. kap. 4.3.1.1) og posisjon i det sosiale rommet (jf. kap. 4.3.1.2).

8.3.1 Posisjoneringer i forhold til munnsbind i norske lærebøker i sykepleie og operasjonssykepleie fra perioden 1955-2000

Jeg har valgt å dele inn posisjoneringene i forhold til munnsbind og åndedrettsvern i to epoker. En før (1955-2000) og en etter (2001-2018) at det argumenteres for munnsbind i form av åndedrettsvern i lærebøkene. Her har det ikke skjedd et brudd, men en endring ved at lærebøkene fokuserer på økt beskyttelse av luftveiene.

1955

Den første læreboken som ble skrevet for «operasjonssøstre»/operasjonssykepleiere ble gitt ut i 1955. Læreboken Operasjonsstueteknikk ble skrevet av «operasjonssøster» Borghild Hillestad og munnsbindet har fått plass i et helt avsnitt i boken (Hillestad, 1955, s. 70-72). I følge Hillestad skal munnsbind brukes ved alle operasjoner. I tillegg brukes det sterile kapper og hansker. Disse tas på etter at alle som skal stå i det sterile feltet har gjennomført kirurgisk vask av armer og hender. Håret skal dekkes fullstendig og det er viktig at munnsbindet dekker også nesen ettersom at nesen er en farlig infeksjonskilde (jf. vedlegg 1). Hillestad skriver også i læreboken sin at munnsbind bør skiftes så ofte som mulig, fordi effekten av munnsbindet er

kortvarig. Munnbindet lages av firedobbelt gas og skal dekke både nesen og munnen. Luften filtreres da igjennom munnbindet. Dersom munnbindet er nytt, bør det vaskes før bruk, slik at den filtrerende evnen øker. Man bør unngå å snakke, nyse, le eller hoste når munnbindet er på, ettersom at det kommer bakterier på munnbindet, og den utåndede luften blir usteril. Dersom man er forkjølet bør man ikke være sterilt assisterende operasjonssykepleier (jf. vedlegg 1) (Hillestad, 1955, s. 70-72).

1960-1962

Lærebok for sykepleiere kom ut i 12 bind i tidsrommet 1960-1962 med Anton Jervell som redaktør. Dette var 3. utgave av Lærebok for sykepleiersker som ble gitt ut i 1941. I læreboken kan vi lese at alle på operasjonsstuen skal bruke munnbind og dekke til håret (Olaussen, 1961, s. 51). Kapittelet om bruk av maske ved lungetuberkulose, er uendret siden forrige utgave. Det som derimot er nytt i denne utgaven, er det som står skrevet om bruk av munnbind ved epidemiavdelinger. Munnbindet er sjelden brukt ved epidemiavdelinger, men det kan være nyttig å bruke når en skal stelle pasienter med sterke halsinfeksjoner. Dersom sykepleieren bruker munnbind ved forkjølelse, beskyttes pasienten mot smitte. I tillegg er riktig bruk av munnbindet også viktig. Ved stell av pasient skal man ikke berøre munnbindet med hendene. Munnbindet skal heller ikke henge ned på stellefrakken, eller puttes i lommen og brukes om igjen. Når det er tatt av skal det kastes i en egen beholder for brukte munnbind (jf. vedlegg 1) (Aarvold & Sandaker, 1962, s. 78).

1968-1972

Få år senere ble Lærebok for sykepleieskoler utgitt i 12 bind. Bokserien kom ut i første opplag i 1968 og i andre opplag i 1972 (Lerheim, Borchgrevink, Breiland & Juvkvam, 1972), og ble til etter at Norsk Sykepleierforbund (NSF) satte ned en komitè som fikk som oppdrag å redigere utgivelsen av en ny serie lærebøker for sykepleierskolene. Formann i redaksjonskomiteen var Kjellaug Lerheim. Bokserien som tidligere ble utgitt med Anton Jervell som hovedredaktør, ble stilt til disposisjon for NSF og de tok over ansvaret for utgivelsen av lærebøker til sykepleierskolene. Det var ikke gått mange år siden serien til Anton Jervell kom ut, men behovet for en ny serie med lærebøker var der grunnet at pensumet hadde endret seg, og blitt mer omfattende i løpet av 1960-tallet (Henrichsen, 1972, s. 5). I

denne oppgaven refereres det til 1972 utgaven, ettersom at 1968 utgaven ikke har vært tilgjengelig for gjennomlesning.

Operasjonssykepleier Borghild Hillestad har skrevet avsnittet om munnbind i Lærebok for sykepleieskoler (Hillestad, 1972, s. 106). Det er ikke gjort noen endringer i det som står skrevet om munnbind på operasjonsstuen, siden hun gav ut boken Operasjonsstueteknikk i 1955. Det som imidlertid er nytt, omtales i kapittelet om generell kirurgi i forbindelse med luftinfeksjoner. Her kan vi lese at man bør snakke og hoste minst mulig på operasjonsstuen for å hindre at bakterieholdige dråper slynges ut i luften. I tillegg har man og blitt oppmerksom på at munnbind beskytter ufullstendig ved luftbåren smitte, og at ikke alle munnbind er tette nok til å hindre at dråper trenger igjennom. Dråpene kan også slynges ut til sidene når munnbindet er på. Munnbindet skal heller ikke skyves opp og ned fra nese og munn alt ettersom den som bruker det finner det nødvendig å ha det på eller ikke (jf. vedlegg 1) (Olaussen, 1972, s. 155-156).

1978

Håndbok for operasjonssykepleiere ble gitt ut i 1978. Dette var 2. utgave av læreboken Operasjonsstueteknikk som ble gitt ut i 1955. Boken kom i stand som et initiativ fra Borghild Hillestad og Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere. Lokalgruppene av operasjonssykepleiere i Trondheim, Bergen og Oslo fikk fordelt revisjonen av de enkelte delene av boken mellom seg. Operasjonssykepleiere fra store deler av landet, har kommet med bidrag til læreboken (Hillestad, Gjendem, Hansen, Olsen & Sverreson, 1978, s. 5). Det som er nytt å lese i læreboken er at engangsmunnbind av kunstfiber, der et av lagene er et bakteriefilter, er tatt i bruk. Man kan som tidligere også bruke munnbind laget av gas (jf. vedlegg 1), og munnbindet skal byttes mellom hver operasjon (Hillestad et al., 1978, s. 73).

1985-1992

Den neste læreboken i sykepleie som kom ut i perioden 1955-2000, var Medisinsk og kirurgisk sykepleie (Almås, 1985). Boken kom ut i 1985 med Hallbjørg Almås som redaktør. Munnbindet omtales imidlertid ikke i læreboken. Da redaktør Hallbjørg Almås gav ut læreboken i 2. utgave i 1992 under navnet Klinisk sykepleie, omtales munnbindet boken. Det som er nytt å lese i læreboken er at munnbindet skal være tykt og bestå av flere lag, fordi mer

enn 90% av bakteriene i utåndingsluften blir sittende i filteret. Munnbindet må skiftes omtrent hver 6 time ved langvarige operasjoner, eller når det er fuktig. Spesielt hvis en er forkjølet, er det viktig å ikke bruke det samme munnbindet lenge (jf. vedlegg 1). I boken kan man og lese om hvordan man skal dekke til skjegget med finlandshette og munnbind i forbindelse med en operasjon (jf. vedlegg 1). I tillegg har boken tatt for seg hvor personalet skal ta av seg munnbind, hansker og frakk. Dette skal skje enten inne på operasjonsstuen eller på et tilstøtende rom som er beregnet for rengjøring av utstyr (jf. vedlegg 1) (Ebbestad & Jørgensen, 1992, s. 172-175).

1996

Fire år senere, i 1996 kom læreboken Generell sykepleie ut i tre bind med Nina Jahren Kristoffersen som redaktør (Kristoffersen, 1996). Munnbindene som boken omtaler som effektive er engangsmunnbind laget av polypropylen eller glassfiber. Kvaliteten på munnbindet er som tidligere nevnt viktig og hvis det er for tynt har det ingen effekt. Det er hensiktsmessig å bruke munnbind for å beskytte pasienter mot infeksjoner, ved håndtering av sterilt utstyr og ved fare for luftbårensmitte. Munnbind kan også være en god beskyttelse ved opptrekking av antibiotika. I boken nevnes det også at munnbind kan virke som et ønske om avstand, og at det derfor ikke bør brukes hvis det ikke er helt nødvendig (jf. vedlegg 1) (Førsund, 1996, s. 53-54).

Tabell 6: Oversikt over doxa i lærebøker, 1955-1996

Årstall	Doxa
1955*	Munnbind ved alle operasjoner.
1960-1962	Munnbind ved alle operasjoner, av alle på operasjonsstuen.
1972	Munnbind ved alle operasjoner, og man har blitt oppmerksom på at munnbind beskytter ufullstendig ved luftsmitte.
1978*	Munnbind ved alle operasjoner, av alle på operasjonsstuen, og engangsmunnbind av kunstfiber er blitt introdusert.
1985	Munnbind nevnes ikke.
1992	Munnbind ved alle operasjoner, av alle på operasjonsstuen. Munnbindet bør skiftes hver 6. time.
1996	Står ikke spesielt om bruk av munnbind på operasjonsstuen. Kun engangsmunnbind laget av glassfiber eller polypropylen bør brukes.

*Bøker skrevet for operasjonssykepleiere

8.3.2 Posisjonerings i forhold til munnbind og åndedrettsvern i norske lærebøker i sykepleie og operasjonssykepleie fra perioden 2001-2018

Bakgrunnen for å dele inn posisjoneringene i forhold til munnbind i to epoker, er at det i denne epoken argumenteres for munnbind i form av åndedrettsvern i tillegg til kirurgiske munnbind.

2001

Både Generell sykepleie og Klinisk sykepleie kom ut i nye utgaver i 2001 (Kristoffersen, 2001; Almås, 2001). I Generell sykepleie med Nina Jahren Kristoffersen som redaktør, er det ikke tilkommet noen endringer i omtalen av munnbind, sammenliknet med den foregående utgaven (Kristoffersen, 1996). Klinisk sykepleie som i 2001 kom ut i to bind med Hallbjørg Almås som redaktør, hadde derimot oppdatert det som står skrevet om munnbind i forhold til tidligere utgaver (Ebbestad og Jørgensen, 1992, s. 173). Den største og mest omfattende oppdateringen i denne utgaven av Klinisk sykepleie, er det som står skrevet om luftsmitte og bruk av munnbind (Bruun, Dørve & Nerdahl, 2001, s. 192). Det argumenteres for at munnbind kun beskytter brukeren til en viss grad mot luftsmitte. Røyk fra laserkirurgi og diatermi kan inneholde levende virus. I den forbindelse nevnes det at «lasermunnbind» brukes ved mange operasjonsavdelinger. Disse munnbindene er ikke klassifisert som personlig verneutstyr og gir en falsk trygghet. Det som derimot anbefales å bruke ved luftsmitte risiko og ved prosedyrer som forårsaker smittefarlige partikler og aerosoler, er munnbind i form av åndedrettsvern. Åndedrettsvernet blir dermed for første gang introdusert i en norsk lærebok i sykepleie (jf. vedlegg 1) (Bruun et al., 2001, s. 192).

I læreboken kan vi og lese at åndedrettsvern og munnbind skal håndteres likt (Bruun et al., 2001, s. 192). Boken beskriver åndedrettsvern som en filtrerende ansiktsmaske med utåndingsventil, og tar også for seg bruk av åndedrettsvern som infeksjonsforebygging. Luften innenfor masken er 50 ganger renere enn utenfor masken, noe som gir høy beskyttelsesfaktor. Åndedrettsvernet brukes ved visse dråpesmitteinfeksjoner og ved visse luftbårne infeksjoner, som for eksempel lungetuberkulose. Hvis man har skjegg skal man bruke helmasker spesielt for personer med skjegg (jf. vedlegg 1). Åndedrettsvernet finnes ikke bare med utåndingsventil. De finnes også uten utåndingsventil. Personell skal der det er behov bruke åndedrettsvern med ventil, mens aktuelle smittsomme pasienten som fraktes utenfor sykerommet, bruker åndedrettsvern uten utåndingsventil (Andreassen, Hægeland &

Wilhelmsen, 2001, s. 1076-1077). Et område som læreboken også omtaler, er risikoområder som finnes i en operasjonsavdeling. Risikoområdene som omtales er tuberkulose, multiresistente gule stafylokokker og risikofylte prosedyrer med danning av smitteførende aerosoler som for eksempel bronkoskopi. I tillegg nevnes papillomvirus, hepatitt og hiv som risikoområder ved laser- og diatermirøyk (Bruun et al., 2001, s. 192).

Ordinære munnbind omtales også i læreboken og det argumenteres blant annet for at munnbind er viktig for å redusere postoperative sårinfeksjoner, i tillegg til at munnbind beskytter både pasienten og personalet. Håndvask før man tar på seg munnbindet har også kommet inn som et viktig punkt (Bruun et al., 2001, s. 192).

2005

Den neste læreboken som ble gitt ut i perioden 2001-2018, kom ut i 2005. Da ble Grunnleggende sykepleie gitt ut i 4 bind med redaktørene Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. Dette var en omfattende og gjennomgående revisjon av Generell sykepleie og det ble lagt vekt på å tilpasse innholdet til Klinisk sykepleie, slik at de to verkene utfylte hverandre (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, s. 10). Det er derfor mye det samme man kan lese om munnbind og åndedrettsvern i Grunnleggende sykepleie sammenliknet med Klinisk sykepleie fra 2001. Et punkt som imidlertid er nytt, er at hendene skal vaskes også etter at munnbindet er tatt av. I tillegg står det spesifisert viktigheten av at åndedrettsvernet sitter tett rundt ansiktet, slik at man unngår luftlekkasje. Det stilles også strenge krav til åndedrettsvernet ved at det skal være merket med «FFP klasse 3» (filtrering facepiece particulate, partikkelfiltrerende ansiktsmaske – klasse 3) (Dalheim, Herud, Jørs, Koch & Skaug, 2003, s. 226-227).

2009

I 2009 kom læreboken Operasjonssykepleie ut med Grethe M. Dāvøy, Petrin H. Eide og Ingeborg Hansen som redaktører. Det var da gått 31 år siden sist en lærebok for operasjonssykepleiere ble gitt ut (1978). Læreboken tar blant annet opp at det er usikkerhet knyttet til om munnbind beskytter pasienten mot postoperative sårinfeksjoner. Det som kan ha betydning for infeksjonsrisikoen er feil bruk av munnbind. Dette kan være lekkasje av luft på siden av munnbindet hvis munnbindet sitter for løst på og gnisser mot huden, eller at

munnsbindet blir tatt av på feil måte. En annen ting som omtales i boken er viktigheten av kvaliteten på munnsbindet. Det stilles nå krav til at munnsbind skal være CE-merket i henhold til direktivet om medisinsk utstyr 93/42 i klasse 1 (jf. kap. 2.1). Boken omtaler også de tre testmetodene for munnsbind: bakteriefiltreringseffektivitet, pustemotstand og sprutemotstand (jf. kap. 2.1) (Hansen, Loraas & Brekken, 2009, s. 169-170).

Læreboken Operasjonssykepleie tar også for seg bruk av munnsbind. Det argumenteres for hvorfor alle på operasjonsstuen og alle som jobber med sterile prosedyrer skal bruke munnsbind. Viktigheten av håndhygiene blir også tatt opp. Man skal desinfisere hendene etter at man har tatt på seg og tilpasset munnsbindet. Munnsbindet skal heller ikke berøres ved bruk, grunnet fare for kontaminering av hendene. Man skal fremdeles unngå unødvendig prating på operasjonsstuen. Begrunnelsen her er at munnsbindet kan bli fuktig og vått. Dette igjen kan gi større pustemotstand og større lekkasje ut til sidene. En annen begrunnelse er at man ved vått munnsbind kan dra inn dråpekjerner fra sidene. Munnsbind bør ved stor eksponering for væske, skiftes allerede etter 20 minutter. Ved normal bruk bør munnsbind skiftes etter en time. Når man skal fjerne munnsbindet, tas det av ved knyttingen, uten at innsiden berøres. Dersom innsiden av munnsbindet berøres kan dette senere føre til overføring av kontaktsmitte. Ettersom at munnsbind er for engangsbruk skal det kastes etter bruk, etterfulgt av håndhygiene (jf. vedlegg 1) (Hughes & Palenik, referert i Hansen et al., 2009, s. 170).

Læreboken tar også for seg åndedrettsvern. Det eneste som imidlertid er nytt å lese her, er om luftforsynte åndedrettsvern. Disse kan benyttes dersom personalet har skjegg, og av den grunn får lekkasje mellom åndedrettsvernet og huden (Hansen et al., 2009, s. 171).

2010-2015

Den fjerde utgave av Klinisk sykepleie ble gitt ut i 2010 med Randi Grønseth som redaktør, også denne gangen i to bind (Grønseth, 2010). Boken omtaler både munnsbind og åndedrettsvern, men det er imidlertid ingenting som er nytt å lese i denne utgaven av boken. Fem år senere, i 2015 ble Sykepleieboken gitt ut i femte utgave med Ellen Karine Grov og Inger Margrethe Holter som redaktører (Grov & Holter, 2015). De første utgavene av denne læreboken var imidlertid et dansk-norsk samarbeid, og jeg valgte derfor å ekskludere disse utgavene av læreboken, ettersom at jeg kun bruker norske lærebøker som empiri. 2015 utgaven av boken er utgitt i Norge. Det som er nytt å lese i denne boken sammenliknet med

tidligere utgitte lærebøker i sykepleie- og operasjonssykepleiefaget er viktigheten av å utføre håndhygiene også før man tar av seg munnbindet (Sørensen, 2015, s. 805).

2018

Den siste læreboken som omtales i denne masteroppgaven, er læreboken Operasjonssykepleie som kom ut i andre utgave i 2018 med Grethe M. Dåvøy, Petrin H. Eide og Ingeborg Hansen som redaktører. I læreboken ser jeg at omtalen av munnbind og åndedrettsvern delvis er lik som i utgaven fra 2009, men det er også gjort noen endringer. En endring er at punktet hvor det står at man bør unngå unødvendig prating på operasjonsstuen er fjernet. Det står nå at man antar at gode munnbind fanger opp spytt fra personalet ved tale, hosting og nysing (Hansen et al., 2018, s. 275). Læreboken tar også for seg hvilke tilfeller munnbind skal benyttes. Blant flere ulike bakterier og virus er mellom annet MRSA (meticillinresistente Staphylococcus aureus), VRE (Vankomycinresistente enterokokker) og multiresistente gramnegative stavbakterier nevnt. I tillegg omtales også coronavirus i denne sammenhengen (Andersen; Hughes & Palenik, referert i Hansen et al., 2018, s. 276).

Man finner også en detaljert prosedyre i læreboken for hvordan man skal ta av og på seg munnbindet. Man starter med å desinfisere hendene før man setter munnbindet over nesen og munnen og knytter det over bakhodet og i nakken. Deretter tilpasser man munnbindet over nesen ved hjelp av metallstrengen i munnbindet. Man skifter munnbindet mellom hver pasient eller etter 2-6 timer dersom man er hos samme pasient. Blir det vått på innsiden, skal det skiftes. Munnbindet skal heller ikke henge under haken eller rundt halsen (jf. vedlegg 1). Når man skal ta av seg munnbindet utfører man først håndhygiene. Deretter tar man tak i båndet i nakken og løsner det mens man bøyer seg fremover. Dette for at munnbindets nedre del skal falle bort fra ansiktet. Båndene på bakhodet løsnes til slutt, og munnbindet legges i en avfallsbeholder, uten at selve munnbindet berøres. Det er viktig at munnbindet heller ikke kommer i kontakt med hår eller klær. Til slutt utfører man håndhygiene igjen (jf. vedlegg 1) (Andersen; Hughes & Palenik, referert i Hansen et al., 2018, s. 277).

I læreboken Operasjonssykepleie fra 2018, står det også et avsnitt om åndedrettsvern. Det skal ikke lenger brukes ved diatermirøyk, men det skal som tidligere brukes når helseskadelige mikroorganismer kan forekomme i luften, og ved laserrøyk. Eksempler som nevnes er blant annet lungetuberkulose, penicillinresistente pneumokokker, varicella zoster og pandemisk influensa. Ved fare for luftbårne virus og bakterier, skal det brukes åndedrettsvern med

partikkelfilter klasse P3. Spesielt ved tuberkulose er dette viktig. Åndedrettsvernet behandles som smittsomt avfall etter bruk. Luftforsynte åndedrettsvern omtales ikke i denne utgaven av boken (Hansen et al., 2018, s. 277).

Tabell 7: Oversikt over doxa i lærebøker, 2001-2018

Årstall	Doxa
2001	Munnbind ved alle operasjoner, av alle på operasjonsstuen. Åndedrettsvern ved noen operasjoner.
2005	Munnbind og åndedrettsvern ved operasjoner ikke nevnt. Krav til kvaliteten på åndedrettsvern.
2009*	Munnbind ved alle operasjoner, av alle på operasjonsstuen. Åndedrettsvern ved noen operasjoner. Krav til kvaliteten på kirurgiske munnbind.
2010	Munnbind ved alle operasjoner. Åndedrettsvern ved noen operasjoner.
2015	Munnbind ved operasjoner så vidt nevnt.
2018*	Munnbind ved alle operasjoner, av alle på operasjonsstuen. Åndedrettsvern ved noen operasjoner.

*Bøker skrevet for operasjonssykepleiere

8.3.3 Konstruksjon av feltet. 1955-2018

I et forsøk på å forklare posisjoneringene til lærebokforfatterne fra 1955-2018, har jeg konstruert feltet (jf. kap. 4.3.1.1) som lærebokforfatterne var en del av.

Fra hjelpemiddel til problem

Antibiotikaresistens er et økende problem i Europa. Det er likevel ikke et nyoppstått problem. Da Alexander Flemming holdt sitt Nobel Pris foredrag i 1945, advarte han allerede den gang mot resistensutvikling. Det finnes flere årsaker til resistensutviklingen, og en årsak er overforbruk av antibakterielle midler i dyrefor og fiskeproduksjon. Norge var i 2010 et av landene i Europa som hadde lavest forbruk av veterinærrelaterte antimikrobielle midler, sammenliknet med 19 EU land. En annen årsak til resistensutviklingen er overforbruk av antibakterielle midler til mennesker. Her er også Norge et land med lavere forbruk av antibiotika enn flere andre land i Europa. Den tredje årsaken til resistensutviklingen er overforbruk av resistensdrivende antibakterielle midler, og multiresistente bakterier har blitt et problem de fleste steder i verden (Andersen, 2016, s. 44-46).

Det smitteutsatte helsepersonellet

Tilbake i 1938 omtales luftsmitte i Lærebok i hygiene. I boken kan man blant annet lese at små dråper kan holde seg svevende i luften i flere timer (Strøm, 1938, s. 220-221). Da antibiotika ble innført i etterkrigstiden ble det en kraftig reduksjon av lungetuberkulose. Dette fikk mange til å glemme at luftsmitte eksisterte. I følge Andersen er luftsmitte kontroversielt og blir fra helsemyndighetenes side gjerne heller omtalt som «kontakt-dråpesmitte en meter fra pasienten». Kirurgisk munnbind blir da sett på som tilstrekkelig å bruke for helsepersonell. Et eksempel der dette var feilslått var i 2003 da WHO (Verdens helseorganisasjon) anbefalte å bruke munnbind når man var lenger enn en meter vekk fra pasienten, i den første tre måneders fasen av SARS-epidemien (Severe acquired respiratory syndrome). Dette endte med at 90% av de som ble syke av SARS i den første fasen, var helsepersonell. Andre eksempler der dette har vært feilslått, var fra WHO sin side i forbindelse med fugleinfluensa epidemien i 2005, fra norske helsemyndigheters side under hele influensapandemien i 2009 og fra WHO og CDC sin side de første 6 månedene av ebolaepidemien i 2014. Helsepersonell uten godkjent beskyttelsesutstyr ble eksponert for smitte ved de alvorligste epidemiene og utgjorde den største yrkesrelaterede dødsraten (Andersen, 2016, s. 110-111).

Sløsing skal elimineres

Åndedrettsvern blir lite brukt i non-epidemiske tider annet til luftveisinfeksjoner og lungetuberkulose. Ved store utbrudd som en pandemisk influensa kan dette gå utover beredskapen, og et eksempel på dette var under SARS-epidemien i 2003. Holdbarheten på åndedrettsvern er opptil 10 år eller mer, noe som tilsier at et beredskapslager kan forsvares. Det har i mange år vært et beredskapslager ved Oslo Universitetssykehus. Likevel var erfaringen i forbindelse med influensapandemien i Norge i 2009 at helsemyndighetene var uforberedt med hensyn til beredskapsbehovet for smittevernustyr (Andersen, 2016, s. 15). Dette kan ha en sammenheng med Lean metoden som er en kvalitetsforbedringsmetode som hjelper til med å effektivisere drift. Metoden ble utviklet av bilfabrikanten Toyota, og ble på 1980- og 1990- tallet videreutviklet, slik at den kunne brukes flere steder enn i industribedrifter. Lean metoden benyttes nå av både offentlige og private virksomheter som har hovedvekt på tjenesteyting. Metoden er også i bruk ved sykehus og fokuserer spesielt på det som skaper verdi for pasientene og å eliminere sløsing i administrative rutiner. Eksempler på ulike typer sløsing er unødvendig lagring og overproduksjon (Torgersen, 2011). Med andre

ord er lagerhold en unødvendig kapitalbinding som er plasskrevende, og krever ekstra prosesser. Målet bør være å produsere i samme takt som salget, men dette kan være vanskelig (Wig, 2009, s. 205-206).

Teknologiens inntog og kravene som følger med

Sykehusloven trådte i kraft fra 1970, etter å ha blitt vedtatt i 1969. Loven betydde mye for finansieringen av sykehusene og den fremtidige sykehusstrukturen. Tekniske mellometasjer fikk etterhvert stor betydning for sykehusarkitekturen. Dette er særlig brukt over behandlings- og diagnostiseringsavdelinger hvor det er store krav til ventilasjon, gass, teknisk utstyr, vann og avløp (Anker, 2012, s. 132). Operasjonsavdelingen er en slik behandlingsavdeling. Disse avdelingene har gjennom årene utviklet seg til å bli de høyteknologiske, rene avdelinger som de er i dag (Dåvøy & Andersen, 2018, s. 9).

Sykehusene må følge krav som stilles fra myndighetenes side. I Norge har vi blant annet Internkontrollforskriften (IK) som omhandler systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS) i virksomheter. HMS-arbeid har blitt en kvalitetssikring som er like aktuell innenfor sykehusene som ved alle andre virksomheter. Forskriften trådte i kraft i 1997 og ble introdusert som IK-HMS, men forgjengeren til forskriften ble innført allerede i 1992. Hensikten med å innføre IK-HMS var ikke å erstatte det eksisterende verne- og miljøarbeidet, men å innføre et tilleggskrav til virksomhetene om å dokumentere overfor myndighetene at det foregikk et systematisk arbeid, som samsvarte med lovverkets intensjoner (Borgen, 2014, s. 355-356).

8.3.4 Konstruksjon av lærebokforfatterens posisjon i det sosiale rommet, 1955-2018

Den første læreboken i operasjonssykepleie/sykepleie som kom ut i tidsrommet 1955-2018, ble gitt ut av Hillestad. Hun var operasjonssykepleier og hadde en respektert posisjon i det sosiale rommet (jf. kap. 4.3.1.2). De andre lærebøkene som ble gitt ut i dette tidsrommet, var lærebøker med redaktør. Etter å ha sett nærmere på kapitlene som omhandler munnbind og åndedrettsvern i disse lærebøkene, ser vi at de fleste kapitlene er skrevet av operasjonssykepleiere (jf. tabell 8). Det er operasjonssykepleiere som i hovedsak har skrevet og lagt føringer for hvordan munnbind bør brukes på operasjonsstuen. De innehar høy kapital

(jf. kap. 4.3.1.1) på området. Operasjonssykepleierne er med andre ord doxabæerne for hvordan munnbind bør anvendes i perioden 1955-2018.

Av redaktørene er det kun Anton Jervell som hadde legebakgrunn. Alle de andre redaktørene i dette tidsrommet hadde sykepleierbakgrunn. De fleste forfatterne av lærebøkene, er sykepleiere med videreutdanning. I tillegg har det vært hentet inn forfattere med annen bakgrunn, som har bidratt med sin ekspertise. Dette har blant annet vært leger, radiografer, fysioterapeuter og ernæringsfysiologer. Det har skjedd en endring fra tidligere ved at sykepleiere har blitt redaktører av lærebøker i sykepleie. Legene hentes kun inn som ekspertise på sine fagområder. Dette kan ha sammenheng med at legene siden begynnelsen på 1980-tallet har mistet noe av sin sentrale posisjon i helsevesenet. De har mistet både makt og posisjoner, og oppgavene til de offentlige legene og deres sentrale posisjon, er i stor grad overtatt av andre i det medisinske feltet (jf. kap. 4.3.1.1). Det foregår maktkamper i sykehusene, der legene kjemper for å bevare ledelsen og innflytelsen, men legenes rolle blir i økende grad begrenset til deres kurative praksis. Sykepleierne har i det samme tidsrommet oppnådd en mer autonom posisjon i helsevesenet. Ansvar for eldreomsorgen har i stor grad blitt overtatt av sykepleierne. I tillegg vant sykepleierne en viktig seier da det ble vedtatt at medisinsk utdanning ikke skal være et krav for å lede sykehusavdelinger. Sykepleierne har hatt suksess med å gjøre sykepleievitenskap til et selvstendig fag (Skaset, 2003, s. 544-545), selv om legene kjemper for å hindre sykepleie i å bli et selvstendig vitenskapelig fag (Gjevjon, 2020). I det sosiale rommet har sykepleiere generelt en lavere posisjon enn legene (Skaset, 2003, s. 544-545), men det er mulig å anta at sykepleiere som posisjonerer seg som lærebokforfattere kan ha tilnærmet samme posisjon i det sosiale rommet som legene.

Tabell 8: Kapittelforfatternes posisjon i det sosiale rommet.

Årstall	Forfatter av kapitlet om munnbind og åndedrettsvern ved operasjonsstuer	Posisjon
1955**	Borghild Hillestad	Operasjonssykepleier
1960-1962	Tor Olaussen	Lege
1968-1972	Borghild Hillestad	Operasjonssykepleier
1978**	Kapittelforfattere ikke oppgitt. Redaksjonskomité: Borghild Hillestad, Sylvi Gjendem, Rita Kirkerød Hansen, Kari Ursin Olsen og Esther Sverreson.	Operasjonssykepleiere
1992	Ebba Parelius Ebbestad	Operasjonssykepleier
1996/2001*	Aud Jorunn Førund	Sykepleierbakgrunn

2001	Elin Nerdahl	Operasjonssykepleier
2005*	Anne Dalheim ***, Trine Herud, Marte I. Jørs, Anne Mette Koch og Eli-Anne Skaug	Operasjonssykepleier Sykepleierbakgrunn
2009**	Ingeborg Hansen, Liv-Marie E. Loraas og Rigmor Synnøve Brekken	Operasjonssykepleiere
2010	Helene Berntzen, Hallbjørg Almås, Anne Marie Graan Bruun, Siri Dørve, Asbjørg Giskemo, Grethe Dāvøy *** og Randi Grønseth	Operasjonssykepleier Anestesisykepleiere Sykepleierbakgrunn
2015	Unni Sørensen	Operasjonssykepleier
2018**	Ingeborg Hansen og Liv-Marie E. Loraas Bjørn Marit Andersen	Operasjonssykepleiere Lege

*Står ikke om munnbind på operasjonsstuen i bøkene

**Bøker skrevet for operasjonssykepleiere

***Operasjonssykepleiere

8.3.5 Avsluttende analyser/refleksjoner til omtalen av munnbind og åndedrettsvern i lærebøkene i perioden 1955-2018

I dette kapittelet har vi sett at doxa (jf. kap. 4.2) i lærebøkene i sykepleie og operasjonssykepleie for perioden 1955-2018, er at samtlige agenter på operasjonsstuen skal bruke munnbind ved alle operasjoner. For åndedrettsvern, som første gang omtales i læreboken Klinisk sykepleie i 2001, har doxa i lærebøkene endret seg noe i årene 2001-2018. I 2001 var doxa at åndedrettsvernet bør brukes ved luftbåren smitte, laserrøyk og diatermirøyk, mens i 2018 er ikke bruk av åndedrettsvern ved diatermirøyk lenger aktuelt. Dette skyldes den teknologiske utviklingen der diatermipenner med røykavsug har blitt doxa i det medisinske feltet (jf. kap. 4.3.1.1) de senere årene (Eide, Størksen & Johnsen, 2018, s. 409).

Til tross for innføring av antibiotika og vaksinasjonsprogrammer som førte til færre sykdommer i etterkrigstiden, har omtalen av munnbind i lærebøkene økt i tidsperioden 1955-2018, sammenliknet med tidsperioden 1921-1954. I tillegg har doxa for hvordan munnbind bør brukes blitt strengere. Ved å innføre åndedrettsvern i sykehusene i tillegg til de kirurgiske munnbindene, fikk man en enda strengere doxa for smittevern. I tillegg kan det tenkes at den økende antibiotika resistensen har bidratt til det økte smittevernet. Innføringen av åndedrettsvern kan også ha sammenheng med Internkontrollforskriften som trådte i kraft i 1997, der systematisk HMS arbeid i sykehusene ble innført (Borgen, 2014, s. 355-356). Det er derfor underlig at luftbåren smitte er så kontroversielt at munnbind i flere sammenhenger erstatter åndedrettsvernet, og fører til at helsepersonell eksponeres for smitte (Andersen, 2016, s. 110-111). Med andre ord førte Internkontrollforskriften til større fokus på å beskytte

helsepersonell, og åndedrettsvernet på sin side gav en bedre beskyttelse for helsepersonell, enn ordinære munnbind. Samtidig undergraver helsemyndighetene luftbårensmitte i flere sammenhenger (Andersen, 2016, s. 110-111). Det kan tenkes at feilslåtte anbefalinger for bruk av munnbind i forbindelse med epidemier som SARS og ebola, har med usikkerhet rundt smittemåten å gjøre, og at helsemyndighetene bruker sin praktiske sans (jf. kap. 4.1) når de gir ut en anbefaling, frem til de kan støtte avgjørelsene sine på forskning.

Noe som også omtales i dette kapitlet er kvaliteten på munnbind og åndedrettsvern som brukes i det medisinske feltet. På denne tiden har munnbindene gått fra å være vaskbare flergangsmunnbind til å bli engangsmunnbind (1978). Det stilles krav til kvaliteten på munnbind (2009) og åndedrettsvern (2005), noe som sannsynligvis også har en sammenheng med innføringen av Internkontrollforskriften (Borgen, 2014, s. 355-356). Vi skal være sikker på at munnbindet som brukes, er godkjent til bruk i sykehuset (Hansen et al., 2018, s. 275-276). Dette viser også at doxa for bruk av munnbind i lærebøkene og det medisinske feltet, har blitt enda strengere i perioden.

Munnbind sees på som en beskyttelse av både helsepersonell og pasient, ved at det beskytter helsepersonell mot blodsprut og annet smittsomt materiale fra operasjonssåret, og at det beskytter pasienten og det sterile området mot munn og neseseekret fra helsepersonell (Andersen, 2016, s. 110). Av den grunn kan det tenkes at lærebokforfatterne posisjoneringer i forhold til munnbind vel så mye baserer seg på deres praktiske sans, som de baserer seg på forskning.

9.0 Avslutning

Denne studien startet med en undring over at det er relativt store variasjoner i hvordan jeg hadde observert at munnbind brukes på operasjonsstuene.

Analysene viser at lærebøker i sykepleie og operasjonssykepleie har argumentert for bruk av munnbind på ulike måter i ulike epoker. De er i det samme feltet med tilhørende logikk. Siden 1955 har det vært argumenter for at munnbind bør brukes ved alle operasjoner, og siden 1960-1962 har det vært argumentert for at alle på operasjonsstuen bør bruke munnbind ved aller operasjoner. Hvordan kan det da ha seg at jeg likevel har observert at det ikke er alle som

bruker munnbind, eller de bruker munnbindet på en måte som ikke er i pakt med normene i lærebøkene?

Bakgrunnen for at munnbind blir brukt på andre måter enn det som er doxa (jf. kap. 4.2) i lærebøkene, kan potensielt ha sammenheng med at flere av lærebokforfatterne fra epoken 1955-2018 er operasjonssykepleiere med en posisjon som gjør at de er langt fra den daglige hverdagen på operasjonsstuen. De som har et arbeid som gir rom for å skrive bøker, er gjerne sykepleielærere. Lærebokforfatterne med operasjonssykepleier bakgrunn, som er doxabærerne for bruk av munnbind, blir kanskje sett på som ortodokse av de heterodokse (jf. kap. 4.2) agentene i feltet (jf. kap. 4.3.1.1).

Min erfaring er at agentene i det sterile feltet ser ut til å inneha en felles enighet om at munnbind bør brukes som beskyttelse av seg selv og pasienten, og de fleste velger da å bruke munnbindet riktig i det sterile feltet. Med andre ord er den sterilt utøvende operasjonssykepleieren og kirurgene oftest samstemte på dette området. De heterodokse agentene på operasjonsstuen, de som ikke agerer i pakt med doxa for bruk av munnbind, ser i de fleste tilfeller ut til å være personell som står et stykke vekk fra det sterile feltet. Dette kan være anestesipersonell, operasjonssykepleiere som ikke står i det sterile feltet, eller observatører.

Bakgrunnen for at munnbind ikke blir brukt eller at det er variasjoner for bruk av munnbind, kan ha sammenheng med at det mangler studier som viser at munnbind beskytter pasienten mot postoperative sårinfeksjoner (Hansen et. al., 2009, s. 169-170). Dette støttes blant annet av studien til Webster og medarbeiderne, som konkluderer med at den postoperative infeksjonsraten ikke påvirkes av om alt personell på operasjonsstuen bruker munnbind, eller ikke (Webster, 2010). Selv om det fantes forskning som indikerer at munnbind gjør en forskjell, kan det være at sykepleierne hadde sett bort i fra slik forskning og basert seg på sin praktiske sans (jf. kap. 4.1). I den sammenheng virker det trolig logisk at man skal beskytte pasienter og seg selv når man står i det sterile feltet, men for de som oppholder seg lengre vekk fra det sterile feltet, slik som anestesisykepleiere gjør, virker det kanskje ulogisk å bruke munnbind.

På noen avdelinger har jeg observert at retningslinjene for bruk av munnbind følges. Disse praktikkene kan også ha en sammenheng med at personalet bruker sin praktiske sans. Det kan også være at ulikhetene ved de forskjellige avdelingene, har en sammenheng med at ledelsen ved noen avdelinger, er mer opptatt av å følge retningslinjene, enn ledelsen ved andre

avdelinger. Dette fordi det er i pakt med den praktiske sansen de har inkorporert. Praktikkene kan og bunne i en redsel for at det skal oppstå infeksjon, og redsel for reprimander og rettsaker dersom det kan påvises at det har oppstått infeksjoner peroperativt på operasjonsstuer der munnbind ikke har vært brukt forskriftsmessig, eller at personell har blitt syke (jf. kap. 3.3).

Da jeg startet studien min, var ikke den pågående korona (covid-19) pandemien et tema i Norge. Denne problematikken har oppstått underveis i studien min, og jeg har fått erfare at munnbindpraktikkene på norske operasjonsstuer har blitt påvirket. Pandemien har blant annet ført til mangel på kirurgiske munnbind i operasjonsavdelingene (Folkehelseinstituttet, 2020). Dette kan ha sammenheng med Lean metoden, der lagerhold blir sett på som en unødvendig kapitalbinding som er plasskrevende, og krever ekstra prosesser (Wig, 2009, s. 205-206). Mangel på munnbind har ført endringer med seg. Før pandemien oppstod, var erfaringen at doxa på operasjonsstuene var å bruke munnbind med knyting. Dette har erfaringsmessig nå endret seg til at det kun er kirurgene og den sterilt assisterende operasjonssykepleieren som bruker munnbind med knyting, når de agerer i det sterile feltet. Munnbind med strikk bak ørene har fått innpass på operasjonsstuene, og brukes av agentene som ikke agerer i det sterile feltet. Dette på tross av at disse munnbindene beskytter dårligere enn munnbind med knyting (Andersen, 2016, s.106). I tillegg observerer jeg at det foregår sparetiltak som fører til at anestesipersonell i mange tilfeller oppholder seg på operasjonsstuen uten munnbind.

Med tanke på endringene i feltet som jeg har observert i forbindelse med korona pandemien, viser dette at rammebetingelsene er avgjørende for bruk av munnbind. Nå munnbind er en mangelvare, gjør helsevesenet det beste ut av situasjonen ved å finne alternative løsninger. Man bruker med andre ord sin praktiske sans til å finne alternative løsninger.

Da jeg startet studie hadde jeg en tanke om at de som ikke fulgte retningslinjene for bruk av munnbind, gjorde feil. Etter å ha gjennomført studien, ser jeg at det mangler forskning på bruk av munnbind blant de om ikke står i det sterile feltet. Dette har gitt rom for en forståelse av de ulike munnbindpraktikkene på operasjonsstuene.

9.1 Videre forskning

Munnbind eller ikke munnbind blant anestesipersonell på operasjonsstuene er et tema som jeg opplever at opptar mange, og som det er ulike meninger om. Den dagen korona pandemien er

historie, er det stor sannsynlighet for at munnbindpraktikkene blant anestesipersonell på operasjonsstuen, vil være et tema til videre diskusjon. Det at ikke alle på operasjonsstuen bruker munnbind, vil også kunne gi rom for forskning på munnbind og postoperative sårinfeksjoner i tiden fremover. Slike studier kunne eksempelvis omfatte registrantanalyser av politiske og faglige posisjoneringer i forhold til smittevern generelt og på operasjonsavdelinger spesielt, som har oppstått i forbindelse med koronapandemien.

Andre studier kunne omfatte livshistoriske intervjuer med operasjonssykepleiere, med tilhørende konstruksjon av operasjonssykepleieres posisjon, disposisjoner og posisjoneringer i forhold til munnbind, konstruksjon av feltet (jf. kap. 4.3.1.1) og operasjonssykepleiers plass i det sosiale rommet (4.3.1.2). For så å analysere eventuelle homologier mellom munnbindpraktikker og operasjonssykepleiers habitus (Halskov, Lundin & Petersen, 2008, s. 278).

I og med at min studie kun bruker norske lærebøker som empiri, kunne det vært interessant å gjøre tilsvarende studier av lærebøker i sykepleie- og operasjonssykepleiefaget i andre land, og observasjoner av hvordan munnbind brukes på operasjonsstuer i andre land.

Referanser

- Aarvold, C. F., & Sandaker, G. (1962). Smittsomme sykdommer. I A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiere: Barnesykdommer - Smittsomme sykdommer* (3. utg., Vol. 4, ss. 75-85). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Almås, H. (1985). *Medisinsk og kirurgisk sykepleie* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Almås, H. (2001). Forord. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (3. utg., Vol. 1, s. V). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Almås, H. (Red.). (2001). *Klinisk sykepleie* (3. utg., Vol. 1-2). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Andersen, B. M. (2016). *Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus: del 2 praksis og teori*. Moss: Elefantus forlag.
- Andreassen, G. T., Fjellet, A., Stubberud, D.-G., & Wilhelmsen, I.-L. (2010). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (4. utg., Vol. 1, ss. 61-105). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Andreassen, G. T., Hægeland, A., & Wilhelmsen, I. (2001). Infeksjonssykepleie. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (3. utg., Vol. 2, ss. 1071-1140). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Anker, L. (2012). Somatiske sykehus i Norge ca. 1830-2000. I E. Hammer (Red.), *Rom for helse: hovedtrekk i spesialisthelsetjenestens bygningshistorie* (1. utg., ss. 115-142). Trondheim: Helse - og omsorgsdepartementet.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (LOV-2005-06-17-62)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmiljøloven>
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Grønseth, R. (2010). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (4. utg., Vol. 1, ss. 273-338). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Boge, J. (2008). *Kroppsvask i sjukepleia*. (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Borgen, P.-C. (2014). Systematisk HMS-arbeid i sykehus som modernisering av offentlig sektor. *Søkelys på arbeidslivet*, 31(4), ss. 354-372. Hentet fra <https://www.idunn.no/ts/spa>
- Bourdieu, P. (1998). De tre former for teoretisk viden. I S. Callewaert, & K. Petersen (Red.), *Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori* (ss. 72-108). København: Akademisk Forlag.
- Broady, D. (1998). Inledning: en verktøglåda för studier av fält. I D. Broady (Red.), *Kulturens Fält* (ss. 1-9). Göteborg: Bokförlaget Daidalos.
- Bruun, A. G., Dørve, S., & Nerdahl, E. (2001). Peroperativ sykepleie. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (3. utg., Vol. 1, ss. 171-197). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Callewaert, S. (1997). Om den praktiske sans som noget kropsligt. I S. Callewaert (Red.), *Bourdieu studier* (ss. 13-26). København: Københavns Universitet .
- Callewaert, S. (2013). Pierre Bourdieu. I H. Andersen, & L. Kaspersen (Red.), *Klassisk og moderne samfunnssteori* (ss. 363-383). København: Hans Reitzels Forlag.
- Callewaert, S. (2014). Habitus. I L. B. Brønsted, C. Jørgensen, M. Mottelson, & L. Muschinsky (Red.), *Ny pædagogisk opslagsbog* (1. utg., ss. 165-170). København: Hans Reitzels Forlag.
- Cherrie, J. W., Apsley, A., Cowie, H., Steinle, S., Mueller, W., Lin, C., . . . Loh, M. (2018). Effectiveness of face masks used to protect Beijing residents against particulate air pollution. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(6), ss. 446-452. doi:10.1136/oemed-2017-104765
- Dalheim, A., Herud, T., Jørs, M., Koch, A., & Skaug, E.-A. (2005). Hygiene. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (1. utg., Vol. 2, ss. 216-273). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Doshi, R. R., Leng, T., & Fung, A. (2012). Reducing oral flora contamination og intravitreal injections with face mask or silence. *Retina*, 32(3), ss. 473-476. doi:10.1097/IAE.0B013E31822C2958
- Dåvøy, G. M., & Andersen, B. (2009). Operasjonsavdelingen. I G. M. Dåvøy, P. Eide, & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (ss. 220-232). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Dåvøy, G. M., Eide, P., & Hansen, I. (Red.). (2009). *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ebbestad, E. P., & Jørgensen, I. (1992). Sykepleie i forbindelse med anestesi og operasjon. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (2. utg., s. 173). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eide, P. H., & Dåvøy, G. M. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. I G. M. Dåvøy, P. Eide, & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (ss. 28-33). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, P., Johnsen, T., & Størksen, E. (2018). Kirurgisk diatermi, vevsførseglingsteknikker og røykavsug. I G. M. Dåvøy, P. Eide, & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg., ss. 399-411). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2020, 16 mai). Personlig beskyttelsesutstyr ved en mangelsituasjon, inkludert råd om utvidet bruk og gjenbruk. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/personlig-beskyttelsesutstyr-ved-mangelsituasjon>
- Forskrift om krav til mastergrad. (2005). Forskrift til rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie (LOV-2005-04-01-15-§3-2). Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1385?q=rammeplan%20for%20videreutdanning%20i%20operasjonssykepleie>
- Førsund, A. J. (1996). Hygiene. I N. J. Kristoffersen (Red.), *Generell sykepleie: Pasient og sykepleier- kropp, omgivelser og metoder* (1. utg., Vol. 3, ss. 13-97). Oslo: Universitetsforlaget.
- Førsund, A. J. (2001). Hygiene. I N. J. Kristoffersen (Red.), *Generell sykepleie: Pasient og sykepleier - kropp, omgivelser og metoder* (2. utg., Vol. 3, ss. 13-97). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gjevjon, E. R. (2020, 30 mars). Hva skjer med sykepleievitenskapen? *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/leder-sykepleien-forskning/2020/03/hva-skjer-med-sykepleievitenskapen>
- Grov, E. K., & Holter, I. (Red.). (2015). *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Grønseth, R. (Red.). (2010). *Klinisk sykepleie*: (4. utg., Vol. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haffner, J., & Marthinsen, M. (1941). Pleie ved kirurgiske sykdommer. I A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiersker* (1. utg., Vol. 1, ss. 253-310). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Halskov, G., Lundin, S., & Petersen, K. (2008). Homologier. I K. A. Petersen, & M. Høyen (Red.), *At sette spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu: æresbog til Staf Callewaert* (ss. 273-293). København: Forlaget Hexis.
- Hansen, I., Andersen, B. M., & Loraas, L.-M. E. (2018). Hygiene og infeksjonsforebygging. I G. M. Dåvøy, P. Eide, & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (ss. 233-306). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Hansen, I., Loraas, L.-M., & Brekken, R. (2009). Hygiene og infeksjonsforebygging. I G. M. Dåvøy, P. Eide, & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (1. utg., ss. 128-207). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Harrits, G. S. (2017). *Pierre Bourdieu*. Oslo: Jurist og Økonomforbundets Forlag.
- Helmers, A.-K. B. (2019, 29 juni). Bent Høye: Sykepleiermangelen haster mest. *Sykepleien*. Hentet fra <https://www.sykepleien.no/2019/06/bent-hoie-sykepleiermangelen-haster-mest>
- Henrichsen, H. (1972). Forord. I K. Lerheim, C. Borchgrevink, O. Breiland, & R. Juvkvam (Red.), *Lærebok for sykepleieskoler* (1. utg., Vol. 5a, ss. 5-6). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Hillestad, B. (1955). *Operasjonsstueteknikk*. Oslo: Fabritius og Sønners Forlag.
- Hillestad, B. (1972). Operasjonsstueteknikk. I K. Lerheim, C. Borchgrevink, O. Breiland, & R. Juvkvam (Red.), *Lærebok for sykepleieskoler: Kirurgi* (2. utg., Vol. 5a, s. 106). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Hillestad, B., Gjendem, S., Hansen, R. K., Olsen, K. U., & Sverreson, E. (Red.). (1978). *Håndbok for operasjonssykepleiere* (2. utg.). Kragerø: Fabritius Forlagshus.
- Holvik, M. G. (2018). *Pårørende i sykepleiefaget: "Fra ansvarsfraskrivende slektning til samarbeidspartner"*. Bergen: (Mastergradsavhandling) Universitetet i Bergen, Bergen.
- Horne, R. (2016). *Like barn leikar best: Ein Praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengande barn og unge*. (Doktoravhandling, Universitetet i Bergen). Hentet fra <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/15253/dr-thesis-2016-Rolf-Horne.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jervell, A. (Red.). (1941). *Lærebok for sykepleiersker* (Vol. 1). Oslo: Fabritius og Sønners Forlag.
- Jervell, A. (1951). Lægemidler. I A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiersker* (2. utg., Vol. 1, ss. 422-462). Oslo: Fabritius og Sønners Forlag.
- Jervell, A. (Red.). (1951). *Lærebok for sykepleiersker* (Vol. 1). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Jervell, A., & Røseth, S. (1941). Pleie ved lungetuberkulose. I A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiersker* (1. utg., Vol. 1, ss. 147-158). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Jordåen, R. (2012). Helsebygg i Noreg: ei historisk oversikt. I E. Hammer (Red.), *Rom for helse: hovedtrekk i spesialisthelsetjenestens bygningshistorie* (ss. 29-74). Trondheim: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Kaurin, E. (1879). *Sygepleiersken: Kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd*. Kristiania: Alb. Cammermeyer.
- Kristoffersen, N. J. (Red.). (1996). *Generell sykepleie* (1. utg., Vol. 1-3). Oslo: Universitetsforlaget.

- Kristoffersen, N. J. (Red.). (2001). *Generell sykepleie* (2. utg., Vol. 1-3). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2005). Forord. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (1. utg., Vol. 2, s. 10). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. I O. Hammerslev, J. A. Hansen, & I. Willig, *Refleksiv sosiologi i praksis* (ss. 173-189). Viborg: Hans Reitzels Forlag.
- Langrish, J. P., Mills, N., Chan, J., Leseman, D., Aitken, R., Fokkens, P., . . . Jiang, L. (2009). Beneficial cardiovascular effects of reducing exposure to particulate air pollution with a simple facemask. *Particle and Fibre Toxicology*, 6(8). doi:10.1186/1743-8977-6-8
- Lerheim, K., Borchgrevink, O., Breiland, O., & Juvkvam, R. (Red.). (1972). *Lærebok for sykepleieskoler* (2. utg., Vol. 1-12). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Martinsen, K. (2000). Kjærlighetsgjerningen og kallet. I R. Nissen, *Lærebog i Sygepleie* (ss. 243-291). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Meyer, S. N. (1962). Lungetuberkulose:. I A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiere* (3. utg., Vol. 2, ss. 217-218). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Moseng, O. G. (Red.). (2003). *Det offentlige helsevesenet i Norge 1606-2003: Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moseng, O. G. (2012). *Framvekst og profesjonalisering: Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)*. Oslo: Akribe.
- Nissen, R. (1877/2000). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Kristiania: U. J. Rolstad.
- Oksavik, W. S. (2018). Samarbeid i team. I G. M. Dāvøy, P. Eide, & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg., ss. 201-217). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Olaussen, T. (1961). Kirurgisk sykepleie. I A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiere: Kirurgiske sykdommer. Svangerskap, fødsel, barselpleie. Gynekologiske sykdommer* (3. utg., Vol. 5, ss. 7-296). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Olaussen, T. (1972). Generell kirurgi. I K. Lerheim, C. Borchgrevink, O. Breiland, & R. Juvkvam (Red.), *Lærebok for sykepleieskoler: Kirurgi* (2. utg., Vol. 5a, ss. 137-283). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2019-06-21-43)*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Petersen, K. A. (1989). Den praktiske sans - Sygepleiens skjulte prinsipper. I *Faglig Profil Serie 4* (12. utg.). Skjern: Dansk Institut for Sundhets- og Sygepleieforskning.
- Petersen, K. A. (1993). At konstruere en teori om sygepleje. I P. Ramhøj (Red.), *Overvejelser og metoder i Sundhedsforskningen* (ss. 35-55). København: Akademisk Forlag.

- 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: Streiftog i kvalitativ sosiologi* (ss. 109-134). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Røseth, S. (1951). Spesiell sykepleie: Pleie ved lungetuberkulose. I A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiersker* (2. utg., Vol. 1, ss. 116-124). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Schiøtz, A. (Red.). (2003). *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003: Folkets helse - landets styrke 1850-2003* (Vol. 2). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skaset, M. (2003). Reformtid og markedsgløtt: Det offentlige helsevesen etter 1985. I A. Schiøtz (Red.), *Folkets helse - landets styrke 1850-2003* (1. utg., Vol. 2, ss. 499-548). Oslo: Universitetsforlaget.
- Storum, H. K. (2014). *Sjuepleiedokumentasjon - eit politisk perspektiv: Ein dispositivanalyse av normene for sjuepleiedokumentasjon*. (Mastergradsavhandling). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Strøm, A. (1938). De smittsomme sykdommer. I C. Schiøtz (Red.), *Lærebok i hygiene* (2. utg., ss. 215-283). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.
- Sørensen, U. (2015). Hygiene og smittevern. I E. K. Grov, & I. Holter (Red.), *Sykepleieboken: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., Vol. 1, ss. 776-818). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Torgersen, R. (2011, 13 januar). Lean. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/lean>
- Tvedt, A. (2016). *Sykepleie uniformer i praktiken og teorien slik de har materialisert seg gjennom lærebøker og forskrifter. En praxeologisk studie med Bourdieus teori og begreper som verkstøy*. (Mastergradsavhandling). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Waage, H. R. (1901). *Lærebog i sygepleie*. Kristiania: Aschehoug & co.
- Waage, H. R. (1914). *Lærebok i sykepleie* (4. utg.). Kristiania: Aschehoug & co.
- Wathne, R. (2016). *En smittefri vei gjennom akuttmottak: Leger og sykepleieres erfaringer*. (Mastergradsavhandling). Universitetet i Stavanger, Stavanger.
- Webster, J., Croger, S., Lister, C., Doidge, M., Terry, M., & Jones, I. (2010). Use of face masks by non-scrubbed operating room staff: a randomized controlled trial. *ANZ Journal of Surgery*, 80(3), ss. 169-173.
- Widerøe, S. (1921). Kirurgisk sykepleie. I K. Grøn, & S. Widerøe (Red.), *Haandbok i Sykepleien* (1. utg., ss. 141-212). Kristiania: Aschehoug & co.
- Widerøe, S. (1926). Kirurgisk sykepleie. I K. Grøn, & S. Widerøe (Red.), *Lærebok i sykepleien* (2. utg., ss. 101-176). Oslo: Aschehoug & co.
- Wig, B. B. (2009). *Det er ledelse: Kvalitetsledelse for det 21. århundret* (1. utg.). Porsgrunn: TQM Center Norway i samarbeid med Høgskolen i Bergen.
- Wilken, L. (2015). *Pierre bourdieu*. Bergen: Fagbokforlaget .

Vedlegg

Vedlegg 1: Direkte sitat om munnbind i lærebøker fra 1955-2018

Årstall	Tittel på bok	Direkte sitat
1955	Operasjonsstueteknikk	<p>Ved enhver operasjon brukes sterile kapper, munnbind og hansker etterat kirurgen, hans assistenter og operasjonssøster har vasket armer og hender kirurgisk. Håret dekkes fullstendig. Det er særlig nøye at munnbindet dekker også nesen, fordi det er oppdaget at denne er en farlig infeksjonskilde. (Hillestad, 1955, s. 70)</p> <p>Munnbind</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Munnbindets nytte avtar fort etter kort tids bruk. Det bør derfor byttes så ofte som mulig. (Munnbind lages av firedobbelt gas.) 2. Det må knyttes over ansiktet og dekke både nese og munn, slik at luften filtreres gjennom det. Snakk, latter, nysing og hoste frembringer bakterier på munnbindet og gjør den utåndede luft usteril, og bør derfor unngåes så meget som mulig. Likeledes må en forsøke å holde forkjølte personer borte fra steril assistanse. Det er et faktum at personer med sterkt positive nesekulturer sender ut hundretusener flere hemolytiske streptokokker enn individer med negative kulturer. 3. Nye munnbind bør vaskes før bruk. Vasken beforder deres filtrerende evne. (Hillestad, 1955, s. 72)
1960-1962	Lærebok for sykepleiere. Bind 4	<p>Munnbind brukes sjelden i epidemiavdelinger. Det kan være til nytte ved stell av pasienter med stygge halsinfeksjoner. Hvis sykepleieren er forkjølet, brukes munnbind for å beskytte pasienten mot infeksjon. Munnbind må imidlertid brukes riktig. Det må ikke henge ned på kappen, ikke berøres med hendene under stell av pasienten og heller ikke puttes i lommen og tas på igjen. Har man først tatt munnbindet av, kastes det i en bestemt beholder for brukte munnbind. (Aarvold & Sandaker, 1962, s. 78)</p>
1972	Lærebok for sykepleierskoler. Bind 5a	<p>Hvis vi ikke snakker eller hoster, slynges heller ikke bakterieholdige dråper ut i luften. Det er derfor viktig at vi snakker minst mulig på en operasjonsstue. Munn-nese-bind beskytter ufullstendig. Dels er mange bind ikke tette nok til å hindre at dråper går gjennom, dels slynges dråpene, hvis bindet er tett, til begge sider. Et bind som har vært i bruk, er forurenset med bakterier. Det skal derfor kastes og erstattes med et nytt. Bindet skal ikke skyves opp for og ned fra nese og munn ettersom bærereren mener det er nødvendig med bind eller ikke. (Olaussen, 1972, s. 155-156)</p>
1978	Håndbok for operasjonssykepleiere	<p>«Munnbindet må være høyfiltrerende. De kan være laget av gas eller som engangsmunnbind av kunstfiber, hvor ett av lagene er et bakteriefilter» (Hillestad, 1978, s. 73).</p>
1992	Klinisk sykepleie	<p>Munnbind. Når en er inne på en operasjonsstue, må en bruke munnbind som sitter godt rundt nesen og munnen hele tiden, slik at en må puste gjennom munnbindet. Munnbindet må være tykt og bestå av flere lag. Da blir mer enn 90% av bakteriene i utåndingsluften sittende i filteret. Under langvarige operasjoner må munnbindet byttes om lag hver 6. time. Ellers må det skiftes når det er fuktig. Under en forkjølelse er det spesielt viktig å</p>

		<p>ikke bruke det samme munnbindet lenge. (Ebbestad & Jørgensen, 1992, s. 173)</p> <p>«De som har skjegg, må påse at dette også blir tildekket med spesiallue, «finlandshette», og munnbind» (Ebbestad & Jørgensen, 1992, s. 172).</p> <p>«Etter operasjonen må personalet ta av seg munnbind, hansker og frakk inne på operasjonsstuen eller helst på et tilstøtende rom beregnet på rengjøring av utstyr» (Ebbestad & Jørgensen, 1992, s. 175).</p>
1996	Generell sykepleie Bind 3	<p>Bruk av munnbind</p> <p>Et effektivt munnbind er laget av polypropylen eller glassfiber. Munnbindet skal sitte godt over nesen og skal dekke haken. Munnbind av tynt papir har liten effekt. Bruk av munnbind er hensiktsmessig når en skal beskytte pasienten mot infeksjoner, når en håndterer sterilt utstyr, og når det er fare for luftsmitte. Det kan også være aktuelt å benytte munnbind for å beskytte seg selv, for eksempel ved opptrekking av antibiotika. Bruk av munnbind kan virke som et ønske om avstand, det bør derfor ikke brukes uten at det er helt nødvendig. (Førsund, 1996, s. 53-54)</p>
2001	Klinisk sykepleie Bind 1	<p>Det har imidlertid vist seg at munnbind bare til en viss grad beskytter brukeren mot luftsmitte. Det er dokumentert at røyk fra laserkirurgi og fra diatermiapparat (et elektromedisinsk apparat som brukes for å stanse blødninger i såret eller vevet) kan inneholde levende virus, noe som har aktualisert begrepet personlig beskyttelse og åndedrettsvern. Ved mange operasjonsavdelinger brukes såkalte «lasermunnbind» ved slik kirurgi, men «lasermunnbind» er ikke klassifisert som personlig verneutstyr og gir dermed en falsk trygghet. I risikosituasjoner der det er snakk om luftsmitte, og ved prosedyrer som forårsaker smittefarlige partikler og aerosoler, anbefales det at en bruker en spesiell maske, åndedrettsvern. (Bruun, Dørve & Nerdahl, 2001, s. 192)</p>
2001	Kliniske sykepleie Bind 2	<p>Åndedrettsvern er en filtrerende ansiktsmaske (halvmaske) med utåndingsventil. Den har en høy beskyttelsesfaktor – luften er 50 ganger renere innenfor masken enn utenfor. Åndedrettsvern brukes ved sykepleie til pasienter som er innlagt i sykehus med visse dråpesmitteinfeksjoner og visse luftbårne infeksjoner, for eksempel aktiv lungetuberkulose, og ved helt spesielle prosedyrer. Personer med skjegg skal ikke bruke vanlige filtrerende halvmasker, fordi skjegget hindrer masken i å bli tett. Det fins spesielle helmasker for personer med skjegg. (Andreassen, Hægeland & Wilhelmsen, 2001, s. 1076-1077)</p>
2009	Operasjonssykepleie	<p>Bruk av munnbind</p> <ul style="list-style-type: none"> • Munnbind skal brukes av alle som behandler og er i nær kontakt med pasienter som er i en smitteutsatt situasjon, for eksempel i forbindelse med kirurgisk undersøkelse og behandling. Munnbind skal derfor brukes av alt personell som befinner seg inne på operasjonsstua. • Munnbind skal brukes av alle som arbeider med sterile prosedyrer. • Hendene skal desinfiseres etter at munnbindet er tilpasset og knyttet på. • Ikke berør munnbindet under bruk, da det er stor fare for kontaminering av hendene. • Unngå unødig prating, da dette kan føre til at munnbindet blir fuktig eller vått. Vått munnbind fører til større pustemotstand, og det vil gi større lekkasje ut til sidene. Vått munnbind kan også være en større fare for en selv, fordi en kan dra inn dråpekjerner

		<p>fra sidene. Derfor bør våte munnbind skiftes. Ved stor eksponering for væske bør munnbind skiftes etter 20 minutter. Ved normal bruk uten stor eksponering for væske bør munnbind skiftes hver time.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Munnbind i kombinasjon med visir gir også beskyttelse for øynene ved prosedyrer der det er fare for væskesprut. • Munnbind er til engangsbruk, det skal ikke henge rundt halsen eller puttes i lommen for senere bruk, i påvente av ny operasjon. • Etter bruk skal munnbindet behandles som et forurenset lommeørkle og kastes. • Berøring med innsiden av et brukt munnbind kan senere føre til overføring av kontaktsmitte. • Munnbindet tas av ved knyttingen, uten at innersiden berøres, og det kastes etterfulgt av håndhygiene. (Hughes & Palenik, referert i Hansen, Loraas & Brekken, 2009, s. 170)
2018	Operasjonssykepleie	<p>Når munnbindet settes på</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desinfiser hendene. • Sett munnbindet over munnen og nesen med en knytting på bakhodet/issen og den andre i nakken. • Tilpass munnbindet som har metallstreng, over nesen, slik at det sitter tett rundt munn og nese. • Skift munnbind mellom hver pasient/situasjon/prosedyre, eller etter 2-6 timer dersom du er hos samme pasient, eller når munnbindet er vått på innsiden. • Gå aldri med munnbindet under haken eller rundt halsen! Det er som regel sterkt tilsølt av munn- og neseseekret etter bruk. (Andersen; Hughes & Palenik, referert i Hansen, Andersen & Loraas, 2018, s. 277) <p>Når munnbindet tas av</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utfør håndhygiene. • Ta først tak i båndet i nakken og løsne dette mens du bøyer deg fremover. Munnbindets nedre del faller da bort fra ansiktet. Deretter løsner du forsiktig båndet på bakhodet og legger munnbindet i en avfallsbeholder uten at selve munnbindet berøres. • Munnbindet skal ikke komme i kontakt med hår eller klær. • Utfør håndhygiene etterpå. (Andersen; Hughes & Palenik, referert i Hansen et al., 2018, s. 277)

Vedlegg 2: Doxa om munnbind i lærebøker i sykepleie, 1877-2018

Årstall	Tittel på lærebok	Doxa for bruk av munnbind
1877	Lærebog i Sygepleie for Diakonisser	Ikke bruke munnbind, men beskytte seg mot innånding av den sykes åndedrett ved å snu ansiktet, uten at den syke merker det.
1879	Sygepleiersken: Kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd.	Ikke bruke munnbind
1901/ 1914	Lærebog i sygepleie	Ikke bruke munnbind
1921/ 1926	Haandbok i Sygepleien/ Lærebok i sykepleien	Munnbind bør brukes ved større operasjoner.
1941/ 1951	Lærebok for sykepleiersker	På operasjonsstuen bør det brukes enten lue og munnbind eller gashette, med hull til øynene. Ved lungetuberkulose bør det brukes maske sydd av 3-4 lag med dobbel gas.
1955	Operasjonsstue-teknikk	Munnbind ved alle operasjoner.
1960/ 1962	Lærebok for sykepleiere	Munnbind ved alle operasjoner, av alle på operasjonsstuen
1972	Lærebok for sykepleieskoler	Munnbind ved alle operasjoner, og man har blitt oppmerksom på at munnbind beskytter ufullstendig ved luftsmitte.
1978	Håndbok for operasjonssykepleiere	Munnbind ved alle operasjoner, av alle på operasjonsstuen, og engangsmunnbind av kunstfiber har blitt introdusert.
1985	Medisinsk og kirurgisk sykepleie	Munnbind nevnes ikke.
1992	Klinisk sykepleie	Munnbind ved alle operasjoner, av alle på operasjonsstuen. Munnbind bør skiftes hver 6. time.
1996/ 2001	Generell sykepleie.	Står ikke spesielt om bruk av munnbind på operasjonsstuen. Kun engangsmunnbind laget av glassfiber eller polypropylen bør brukes.
2001	Klinisk sykepleie	Munnbind ved alle operasjoner, av alle på operasjonsstuen. Åndedrettsvern ved noen operasjoner.
2005	Grunnleggende sykepleie	Munnbind ved operasjoner er ikke nevnt. Det stilles krav til kvaliteten på åndedrettsvern.
2009	Operasjonssykepleie	Munnbind ved alle operasjoner, av alle på operasjonsstuen. Det stilles krav til kvaliteten på kirurgiske munnbind.
2010	Klinisk sykepleie	Munnbind ved alle operasjoner. Åndedrettsvern ved noen operasjoner.
2015	Sykepleieboken	Munnbind ved operasjoner så vidt nevnt.
2018	Operasjonssykepleie	Munnbind ved alle operasjoner, av alle på operasjonsstuen. Åndedrettsvern ved noen operasjoner.