



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591

Predefinert informasjon

Startdato:	12-11-2020 09:00	Termin:	2020 HØST2
Sluttdato:	19-11-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
SIS-kode:	203 MKS591 1 O 2020 HØST2		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	419
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Håndhygien til den koordinerende operasjonssykepleieren på operasjonsstuen
Antall ord *:	16879

Egenerklæring *: Ja Nei
Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:

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

Jeg godkjenner avtalen 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

for

Rikke Garcia Eri

HÅNDHYGIENEN TIL DEN KOORDINERENDE

OPERASJONSSYKEPLEIEREN PÅ OPERASJONSSTUEN

THE HAND HYGIENE OF THE COORDINATING SURGICAL
NURSE IN THE OPERATING ROOM

Master i Klinisk sykepleie - Operasjonssykepleie MKS591

30 studiepoeng

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap ved Høgskolen på Vestlandet

Veileder: Jeanne H. Boge, professor

Innleveringsdato: 19.11.2020

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 Høgskolen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Denne masteroppgaven ble til under studiet for å bli operasjonssykepleier. Lenge før det hadde jeg som sykepleier undret meg over dette med hånddesinfeksjon, at det lukter så sterkt og føles klebrig og klissete. Dette fortsatte inn i studiet og ble spesielt interessant med tanke på at man som koordinerende operasjonssykepleier spriter seg i flere timer inne på enkelte stuer uten å vaske hendene før man kommer ut. Som ferdig operasjonssykepleier for omtrent et år siden, har det vært svært interessant hvordan jeg og kollegaer utfører håndhygiene og hva man generelt tenker om bruken av hånddesinfeksjon og at man kun har det på stuen i stedet for håndvask med såpe og vann.

Tiden som masterstudent har vært en lærerik, utfordrende og ikke minst krevende prosess. Uten min kunnskapsrike og tålmodige veileder Jeanne H. Boge hadde ikke dette gått. Så jeg retter herved en stor takk til deg for oppmuntring og støtte og alt du har lært meg som min veileder gjennom denne tiden. Du har en glimrende evne til å lære fra deg det du kan. Jeg takker samtidig Rolf Horne for at du tidlig i praxeologisk gruppeveiledning peilet meg inn på hva jeg faktisk skulle forske på.

Jeg vil takke min kjære søster Silje som har vært støttespiller gjennom hele prosessen. Takk til min kjæreste sønn Noah for du har latt meg få sitte med hodet i bøker og på pc utallige dager og kvelder, nå blir det mer tid til deg framover. Takk til min venninne Ine for støtte og korrekturlesing. En stor takk rettes til min gode venninne Ingvild som tok en siste gjennomgang av korrektur på oppgaven. Takk til alle mine andre gode venner som har hatt troen på meg hele tiden.

Sist, men ikke minst vil jeg takke min kjære mann Lars for din tålmodighet og oppmuntring, heiarop og støtte. Takk for at du er den du er .

Sammendrag

Denne studien er basert på en undring over at den koordinerende operasjonssykepleieren bruker hånddesinfeksjon til å vaske hendene med inne på operasjonsstuen, og ikke såpe og vann, med tanke på hvor sterkt det lukter og hvor klebrige hendene føles etter en stund.

Denne undringen har jeg undersøkt ved hjelp av en registrantanalyse av norske lærebøker i sykepleie fra perioden 1877 - 2018. Analysene er gjort i lys av Pierre Bourdieus teori om praktisk sans, doxa og en praxeologisk analysestrategi med tilhørende habituskonstruksjoner.

Studien viser at operasjonsavdelinger ser ut for å være konstruert slik at det ligger godt til rette for at sykepleieren som står sammen med legen under det kirurgiske inngrepet får mulighet for å vaske hendene, men norske lærebøker i sykepleie omtaler ikke den koordinerende sykepleiers håndhygiene, til tross for at den koordinerende operasjonssykepleiers arbeid har en karakter som gjør at han/hun lett kan forurense utstyret på operasjonsstuen om han/hun ikke er nøye med håndhygien. Men det finnes ikke servanter inne på operasjonsstuen. Bakgrunnen for dette er at stuene er konstruert slik at de skal være renest mulig og ha minst mulig utstyr. Det kan innebære at operasjonssykepleier ikke kan forlate operasjonsstuen og gå ut på gangen for å vaske hendene i servanten som er plassert der. Innenfor slike rammebetingelser bruker den koordinerende sykepleieren den praktiske sansen sin og benytter hånddesinfeksjon til å vaske hendene for det er den eneste muligheten hun har for å holde hendene rene.

Nøkkelord: *håndhygiene, hånddesinfeksjon, antibac, operasjonsstuer, koordinerende operasjonssykepleier, operasjonssykepleier, Bourdieu, praktisk sans, doxa, praxeologi, registrantanalyse, koronapandemi.*

Summary

This study is based on the fact that I have been wondering about why the coordinating surgical nurse uses hand disinfection to wash her hands in the operating room instead of soap and water, considering how strong it smells and how sticky the hands feel after a while. I have investigated this wondering and used a registrant analysis of Norwegian textbooks in nursing from 1877 - 2018. The analyzes have been made in the light of Pierre Bourdieu's theory of practical sense, doxa and a praxeological analysis strategy with associated habitus constructions.

The study shows that the operating rooms appear to be designed so that the nurse and the doctor who is in the sterile field during surgery, have the opportunity to wash their hands in a washbasin. Norwegian textbooks in nursing do not mention the coordinating nurse's hand hygiene, despite the fact that the coordinating surgical nurses' work has a character that allows him/her to easily contaminate the equipment in the operating room. This is if he or she does not carefully wash his/her hands with disinfection. But there are no washbasins inside the operating room. The reason for this is that the operating rooms are designed so that they are as clean as possible and have the least possible equipment. This probably means that the coordinating surgical nurse cannot leave the operating room to wash his or her hands in the washbasin located in the hallway. Within such framework conditions, the coordinating nurse uses her practical sense when using hand disinfection to wash her hands. It is the only option he/she has to keep her hands clean.

Keywords: hand hygiene, hand disinfectant, antibac, surgical room, coordinating surgical nurse, surgical nurse, Bourdieu, practical sense, doxa, praxeology, registrant analysis, corona pandemic.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Summary	4
Innholdsfortegnelse	5
1.0 INTRODUKSJON	8
1.1 Hensikt	8
1.2 Pre-konstruksjon av feltet og det sosiale rommet	8
1.2.1 Operasjonsstuer og operasjonsavdelingen	9
1.2.2 Operasjonsavdeling	9
1.2.3 Sentrale agenter i norske operasjonsstuer	9
1.2.4 Leger (kirurger)	10
1.2.5 Operasjonssykepleiere	10
1.3 Pre-konstruksjon av forskningsobjektet - håndhygiene	12
1.3.1 Håndhygiene på operasjonsstuen	15
1.3.2 Nasjonale og globale føringer for håndhygiene	16
1.3.3 Egne erfaringer med håndhygiene	16
1.3.4 Tidligere forskning om håndhygiene	18
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV	19
2.1 Praktikkteorien	20
2.2 Praxeologisk analysestrategi	21
2.3 Konstruksjon av habitus	21
2.4 Konstruksjon av det sosiale rommet	22

2.5	Konstruksjon av feltet.....	23
2.6	Auto-sosioanalyse av forskers habitus	24
2.7	Forskningsspørsmål	24
2.8	Metode og teknikk.....	25
2.9	Registrantanalyse	25
2.9.1	Tidligere praxeologiske studier basert på registrantanalyser.....	26
2.9.2	Registrantteknikk	26
	Tabell 1: Oversikt over lærebøker som er analysert:.....	26
	Tabell 2: Momenter i registrantanalysen:	27
3.0	ANALYSE DEL I: AUTOSOSIOANALYSE.....	28
	Oppsummering av auto-sosioanalyse	31
4.0	ANALYSE DEL II: POSISJONERINGER OVERFOR HÅNDHYGIENE I LÆREBØKER I SYKEPLEIE	32
	Oppsummering	37
5.0	ANALYSE DEL III: KONSTRUKSJON AV FELTET OG DET SOSIALE ROMMET	38
5.1	Konstruksjon av feltet.....	38
	Oppsummering av feltet.....	42
5.2	Konstruksjon av det sosiale rommet	42
	Oppsummering av det sosiale rommet	48
6.0	OPPSUMMERING AV DEN KOORDINERENDE OPERASJONSSYKEPLEIERS HÅNDHYGIENE I LYS AV FELT ET OG DET SOSIALE ROMMET	49
7.0	ET HISTORISK PERSPEKTIV PÅ HÅNDHYGIENE KAN BIDRA TIL Å FORKLARE NÅTIDIGE PRAKTIKKER .	50
8.0	AVSLUTTENDE KOMMENTARER	51
8.1	Hvilken ny kunnskap kan studien bidra med til operasjonssykepleierfaget	51

8.2	Teori, analysestrategi, metode og teknikk.....	52
8.3	Videre forskning	52
8.4	Etiske vurderinger.....	53
8.5	Formidling	53
	REFERANSER	54
	Vedlegg 1:	61
	Tabell 3 - Registrantanalyse om håndhygiene	61
	Vedlegg 2:	64
	Tabell 4 - Registrantanalyse om sykepleiers posisjon i det medisinske feltet og posisjoneringer overfor operasjonsstuen.....	64

1.0 INTRODUKSJON

Som operasjonssykepleier har jeg undret meg over at den koordinerende sykepleieren på operasjonsstuen bruker hånddesinfeksjon i stedet for såpe og vann for å holde hendene rene. Bakgrunnen for denne undringen er at jeg kjenner meg klissete og uren på hendene etter flere runder med hånddesinfeksjon, samt at jeg har hatt en vond følelse i pusten akkurat i det man tar spriten og gnir den på hendene.

I arbeidet på operasjonsstuer hvor det ikke er tillatt å gå ut, har jeg ofte rensset hendene med desinfeksjon time etter time, før rene prosedyrer, etter kontakt med pasienten og etter å ha tatt i utstyr og før jeg åpner sterilt utstyr. Hver gang jeg åpner et skap, plukker noe fra gulvet, kobler utstyr, ringer fra telefon eller dokumenterer på data, så desinfiserer jeg hendene. Det brukes uendelig mye hånddesinfeksjon til dette. Hånddesinfeksjon skal kunne uskadeliggjøre, ødelegge eller bekjempe virkningen av mikroorganismer (Folkehelseinstituttet, [FHI], 2017).

I leting etter svar på undringen min har jeg analysert lærebøker i norsk sykepleie fra 1877 – 2018 (jf. analyse del II og III). Analysene er gjort i lys av den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1931-2002) sin praktikk-teori (jf. kap. 2.1), med tilhørende praxeologiske konstruksjoner av habitus (jf. kap. 2.3 og doxa (jf. kap. 2.5).

1.1 Hensikt

Hensikten med studien er å forklare hvordan det har seg at den koordinerende operasjonssykepleier på operasjonsstuen bruker hånddesinfeksjon i stedet for såpe og vann til å rengjøre hendene den tiden operasjonen varer.

1.2 Pre-konstruksjon av feltet og det sosiale rommet

Før vi fordyper oss i håndhygiene, skal vi stoppe opp ved det medisinske feltet (jf. kap. 2.5) og det sosiale rommet (jf. kap. 2.4) som håndhygiene i denne studien finner sted i.

1.2.1 Operasjonsstuer og operasjonsavdelingen

Operasjonsstuen er et rom med så lite møblering som mulig, gulv og vegger skal være av et heldekkende glatt materiale som tåler desinfeksjonsmidler og som er enkelt å holde rent (Andersen & Dåvøy, 2018, s. 220). Operasjonsstuen skal ha riktig temperatur, riktig luftventilering og kun nødvendig utstyr skal være inne på stuen. Stuen har som regel gjennomstikkskap med ekstrautstyr og hvis man trenger noe under operasjonen, blir dette levert her i stedet for å åpne dørene. Når man åpner en dør på en operasjonsstue, hvirvler det opp støv og bakterier som igjen kan føre til at instrumenter og utstyr blir usterile og i tillegg kan det oppstå infeksjoner hos operasjonspasienten. Årlig utføres det mikrobiologisk kontroll av luften i operasjonsstuer etter reparasjoner og vedlikehold og grensene for CFU/pr. kubikkmeter skal følges (Andersen & Dåvøy, 2018, s. 221). CFU kan forklares ved bakteriemengde i luft og som angis i Colony Forming Units (Andersen, 2016, s. 279).

1.2.2 Operasjonsavdeling

En operasjonsavdeling er bygget opp med spesielle krav til fysisk utforming. Den er et lukket område, er skjermet mot gjennomgangstrafikk, og operasjonssykepleieren må sette seg inn i den hygieniske standarden, stuens oppbygning og hvordan den fungerer.

Operasjonsavdelingen i vår tid er en høyteknologisk og ren avdeling, og dette setter krav til innhold og utforming. Det utstyret som skal inn på stuen, skal EU-godkjennes med en spesiell CE-merking (Conformité Européenne, et bevis på produktets sikkerhetskrav) og hvert enkelt sykehus skal sikkerhetsklarere alt utstyr, dette for å forebygge smitteoverføring og skader. Pasienten kan få skader av både personell og utstyr (Andersen & Dåvøy, 2018, s. 220-221).

1.2.3 Sentrale agenter i norske operasjonsstuer

På en operasjonsstue er det vanligvis et team bestående av to operasjonssykepleiere, anestesilege, anesthesisykepleier og kirurger, som regel en eller to stykker, av og til flere. Da er det en som er *hovedoperatør* og en eller flere som er *assisterende operatør*. Som regel er det en operasjonssykepleier i det sterile feltet som assisterer kirurgen, og den andre fungerer som koordinerende på stuen. Alle disse har hver sin funksjon. Anestesipersonell har

ansvaret for å bedøve pasienten, det vil si å gi pasienten medisiner, beroligende medisiner, antibiotika, lokal bedøvelse, eller narkose, som igjen vil si at pasienten sover gjennom hele forløpet. Operasjonssykepleieren som har til oppgave å være koordinerende operasjonssykepleier har blant annet ansvaret for hvordan pasienten blir leiret (hvordan pasienten ligger på bordet under operasjonen) og å vaske pasientens operasjonsområde med klorheksidin, slik at operasjonsfeltet blir sterilt. Legene har hovedansvaret for selve inngrepet og anestesilegene for bedøvelse. Store krav stilles til medlemmenes holdninger og kompetanse, evne til sosialt samspill og rammen og organiseringen rundt teamet og alle har et felles mål og deler ansvaret for resultatet (Oksavik, 2018, s. 203).

1.2.4 Leger (kirurger)

Kirurgen og anestesilegen har ansvaret for at pasienten er klarert for operasjon og at pasienten ikke har underliggende sykdommer som kan være farlig hvis de gjennomgår denne. Man kan ikke begynne på en operasjonsstue før legene har godkjent pasienten til operasjon, både på anesthesi- og operasjon siden. Når det gjelder å lede teamet gjennom den kirurgiske prosedyren, har kirurgen en vesentlig rolle. Kirurgen informerer teamet hele tiden om neste steg i den kirurgiske prosedyren. Slik kan man ligge i forkant og man tilpasser seg hverandres oppgaver (Oksavik, 2018, s. 212).

1.2.5 Operasjonssykepleiere

Operasjonssykepleie er et eget fagområde innenfor sykepleie. Dette er spesiell sykepleie som tilbyr avansert klinisk fagutøvelse til pasienter i en aktuell situasjon som i tillegg kan være livstruende. Dette krever at operasjonssykepleieren er årvåken (Dåvøy & Eide, 2018, s. 28). Operasjonssykepleie er både et teoretisk og praktisk fag. Vitenskap og teori er med på å gi det praktiske arbeidet en retning mot best sykepleie og behandling (Eide, 2018, s. 164).

Operasjonssykepleierens oppgaver kan deles inn i to deler. Det å være koordinerende operasjonssykepleier på operasjonsstuen, kaller vi å «gå løs». Da er man rundt det sterile feltet og fungerer som den som skal servere teamet det de trenger av utstyr til operasjonen. Den koordinerende operasjonssykepleieren vasker hendene med hånddesinfeksjon inne på operasjonsstuen og bruker denne mellom hver oppgave som utføres eller så ofte som

trengs. Utstyret til operasjonen finnes frem, åpnes og leveres sterilt til den operasjonssykepleieren som står i feltet. Da må man være ren på hendene når man åpner og gir utstyret. Den koordinerende operasjonssykepleieren «leirer» pasienten på operasjonsbordet slik at pasienten ligger godt og trygt, uten risiko for trykksår og skader. Den koordinerende operasjonssykepleieren svarer på telefoner, dokumenterer på datamaskin hvem som er på operasjonsstuen og hvem som gjør hva, hvilket utstyr man bruker, legger inn kateter, og finner fram suturer og bandasjer. Ved sterile prosedyrer bruker den koordinerende sterile hansker og ved urene prosedyrer brukes engangshansker. Som koordinerende kobler man også utstyret som brukes i feltet, det kan være optikk (kamera) som brukes til å se inn i pasienten, og diatermi (en penn med strømføring) som ofte brukes i stedet for kniv. Når man er koordinerende skal man følge med på det kirurgiske teamet, høre etter og være oppmerksom når kirurgen eller operasjonssykepleier snakker om det neste de trenger. Da skal man være klar med dette. Har man det ikke inne på stuen, kan man ringe på den som er «løs» ute på gangen og som har som funksjon å hjelpe til på alle stuene, og bringe utstyr og lignende. Å være koordinerende innebærer blant annet ansvaret for at pasienten ligger godt på operasjonsbordet, for at operasjonsstuen er i god stand, og for å supplere operasjonsteamet med utstyr. Han/hun har også ansvaret for at pasienten og det sterile område ikke blir kontaminert, som betyr skittent og usterilt, og denne overvåkingen varer gjennom hele operasjonsforløpet (Dåvøy & Eide, 2018, s. 31). Siden den koordinerende operasjonssykepleieren har alle disse funksjonene er det slik at han/hun ikke foretar kirurgisk håndvask før operasjonen, men har normalt god håndhygiene slik man generelt har i sykehus.

Funksjonen til den operasjonssykepleieren som står i det sterile feltet er blant annet å assistere kirurgen og å dekke pasienten med steril dekning slik at kun operasjonsområdet er synlig og at operasjonsbordene med instrumenter som brukes i feltet er sterile gjennom hele inngrepet. Denne har også som oppgave å organisere instrumentene som skal brukes under inngrepet og telle nåler, kompresser, tuffere og se at ingenting mangler ved operasjonens slutt (Igesund & Eide, 2018, s. 375). Den operasjonssykepleieren som står sterilt i feltet foretar kirurgisk håndvask eller håndvask med såpe og vann og kirurgisk desinfeksjon før han/hun kler seg sterilt. Den samme håndhygiene utfører kirurgene som står i feltet og opererer. I løpet av en arbeidsdag bytter man på å være koordinerende og sterilt utøvende

operasjonssykepleier alt etter hva man ønsker den dagen, eller fordi den ene er best på det spesifikke inngrepet.

Operasjonssykepleierens arbeid er både direkte og indirekte rettet mot pasienten, og man skal hele tiden vurdere og observere pasientens behov for sykepleie den tiden pasienten er inne på operasjonsstuen (Dåvøy & Eide, 2018, s. 28). Operasjonssykepleieren er i tillegg ansvarlig for kontrollen over at utstyr og rengjøring er forskriftsmessig gjort, og at temperatur, luftfuktighet og ventilasjon fungerer som det skal, og hvis ikke, rapportere dette. Dette er svært viktig med tanke på smittespredning, og miljøbestemt kontroll, og overvåkning er en viktig del av det å forebygge infeksjoner hos operasjonspasienten (Andersen & Dåvøy, 2018, s. 220-221). En operasjonssykepleier bør ta hygiene på alvor og begrepet forbindes med det som er rent, friskt og sunnhetsfremmende, i motsetning til det som er sykdomsfremkallende og usunt. Holdningen til hygiene er operasjonssykepleierens viktigste kjennetegn (Dåvøy & Eide, 2018, s. 32).

1.3 Pre-konstruksjon av forskningsobjektet - håndhygiene

Dr. Ignaz Phillip Semmelweis var en ungarsk lege som tidlig på 1800-tallet utviklet en teori om at «noe» på legenes hender kunne smitte over til kvinner i barsel. Forfatteren Jens Bjørneboes teaterstykke oppsummerer dette i stykket «Semmelweis» fra boken «Samlede skuespill» (Bjørneboe, 1995, s. 163-245). Semmelweis finner ved hjelp av undersøkelser ut at når legene går fra likhuset til å ta imot barn av fødende kvinner, så «smitter» de kvinnene med noe som gjør at både kvinner og barn dør i barsel (Bjørneboe, 1995). Legene som hadde ansvaret utførte altså obduksjoner av lik i forkant av besøk på barselavdelingen og mottak av barn, dessuten vasket de ikke hendene mellom disse to ulike avdelingene. Semmelweis levde i en tid hvor man ikke visste mye om bakterifloraen, men han klarte altså å finne svaret blant menneskelig og kadaver (Egge og Tagseth, 2020). Han viste også at desinfeksjon med klorkalk av hendene kunne redusere forekomsten av barselfeber på sykehusene og at dette hindret smittespredning (Eide & Lockertsen, 2018, s. 19). Etter at Semmelweis dro denne konklusjonen, innførte han håndvask og dødsraten sank betydelig. Han fikk ingen anerkjennelse for dette før lenge etter sin død i en alder av 47 år (Egge og Tagseth, 2020). På grunn av Semmelweis' oppdagelser har man kommet fram til at det å vaske hendene er

viktig for å hindre infeksjoner. Dette har i vår tid blitt implementert i befolkningen og brukes spesielt av helseinstitusjoner og på operasjonsstuer i norske sykehus. En annen som har hatt mye å si for menneskeheten når det kommer til reduksjon av dødelighet, er den engelske kirurgen Joseph Lister (1827-1912). Lister innførte antiseptisk metode innenfor kirurgien fordi han var bekymret over den høye dødeligheten etter kirurgiske inngrep. Etter å ha lest arbeidene til Louis Pasteur (1822-1895) om beskrivelsen av bakterier som levende partikler, og som var årsaken til dødeligheten da disse ble overført gjennom luft og ved berøring, begynte Lister å anvende spray av 5% karbolsyreoppløsning (fenol) til hender, suturmateriale og kirurgiske instrumenter under operasjoner. Dødeligheten sank betraktelig, men det tok likevel tid før metoden ble akseptert i medisinske kretser, særlig på grunn av karbolsyrens irriterende effekt på huden (Holck, 2020). Karbolvann ble også brukt til desinfeksjon av sår og hender, karbolvann (solutio phenoli) er fenolløsning bestående av 2% fenol i vann (Store Medisinske Leksikon [SML], 2020).

De siste tiårene før århundreskiftet fikk man gjennombrudd for hvordan man forstod mekanismen for overføring av infeksjonssykdommer. Tyskeren Robert Koch identifiserte tuberkelbasillen i 1882, og innen 1890 kunne man stille diagnoser ved hjelp av nyere metoder og teknologi og man kunne identifisere mikroorganismer som forårsaket alvorlig sykdom ved hjelp av blant annet mikroskop, røntgen og stetoskop (Schiøtz, 2003, s. 52). Dette ledet antakelig til nye metoder for håndhygiene og desinfeksjonsmidler.

I dag er det ingen som betviler at håndhygiene er et sentralt smittevern. Dette har blitt spesielt tydelig i forbindelse med koronapandemien som oppstod mens denne masteren ble skrevet. SARS CoV2, også kalt *Covid-19*, er et smittsomt og potensielt dødelig virus som sprer seg raskt, og har opphav i Kina. Det er sagt at viruset stammer fra flaggermus. 16. november 2020, er 53 370 186 mennesker i verden smittet av viruset, kun et fåtall land har sluppet unna, og på verdensbasis har det til nå dødd 1 317 139 mennesker. I Norge er det 28 963 smittet, 4 234 av disse er smittet i løpet av en uke, mens 294 er døde. 1 464 er innlagt på sykehus og 288 innlagt på intensivavdelinger. Folkehelseinstituttet melder om store mørketall (Norsk Rikskringkasting [NRK], 2020; FHI, 2020). For Norge er dette tall som på verdensbasis er forholdsvis lave. Store deler av verden og Norge ble stengt ned i mars 2020, og er det fremdeles i skrivende stund (november 2020). Vi får beskjed av myndighetene om å holde avstand, og vaske hendene ofte og grundig. Håndvask og hånddesinfeksjon blir

utsolgt på få dager, men blir siden tilgjengelig alle steder: på kjøpesentre, hos frisører, legesentre og klesbutikker. Håndhygiene har aldri vært viktigere. I noen butikker og kjøpesentre finnes både servant med vann og såpe og hånddesinfeksjon, mens andre kun har hånddesinfeksjon. Hånddesinfeksjonen som finnes ulike steder, kan virke som den blir blandet, det virker også som at den har forskjellig innhold fra sted til sted. Jeg har spurt flere som sier det samme som jeg tenker. Noen lukter sterkt, som «gammel hjemmebrent», noen føles som vann på hendene og andre desinfeksjonsmidler føles klissete, mens enkelte ikke føles fullt så klebrige og tas godt opp i huden, men lukter like sterkt. Myndighetene sier at håndvask og desinfeksjon er likestilt når det gjelder *Covid-19 pandemien*, (også kalt koronapandemien), men at alkoholbasert desinfeksjon er mer skånsomt mot huden, og lettere å gjøre tilgjengelig (FHI, 2020). Nå brukes ikke lenger hånddesinfeksjon kun i helsevesenet og på operasjonsstuen, men av oss alle på daglig basis.

Samtidig med at vi i Norge vasker og desinfiserer hendene grundigere og oftere, blir vi mindre syke enn før, blant annet fordi vi er bedre til å beskytte oss og til å rengjøre hendene. Dette beviser at håndhygiene hjelper (NRK, 2020). Denne voldsomme og skremmende pandemien er i skrivende stund langt fra borte, og mange av tiltakene opprettholdes, blant annet det å holde avstand og ha god håndhygiene. Enkelte land nedfeller et påbud om å bruke munnbind. Norge har nå påbud for bruk av munnbind hvis man ikke kan holde minst 1 meter avstand på offentlig transport og i butikker i Oslo og Bergen. Avstand, bruk av munnbind og god håndhygiene er de beste forebyggende tiltakene mot å bli smittet og syk (NRK, 2020; FHI, 2020). På sykehus og på operasjonsavdelingene prøver man å spare på munnbind, da det er fare for å gå tom for dette (dette har vi fått beskjed om fra arbeidsgiver). God håndhygiene og det å holde avstand blir noe alle må opprettholde for å unngå smitte.

Håndhygiene er i vår tid noe selvsagt, en dagligdags aktivitet som man vanligvis ikke stiller spørsmål ved, men som forskningsobjekt må generering av rene hender konstrueres slik at eksisterende pre-konstruksjoner kan utfordres. Historisering kan i den sammenheng bidra til at det blir mulig å problematisere det dagligdage, det en tar for gitt (Prieur, et al., 2002. s. 118-123).

1.3.1 Håndhygiene på operasjonsstuen

På operasjonsavdelingen er håndhygiene todelt i den forstand at den operasjonssykepleieren som står sterilt i feltet med kirurgene utfører *preoperativ* håndhygiene før operasjonen starter, denne blir også kalt *kirurgisk håndhygiene*, mens den operasjonssykepleieren som er koordinerende, altså rundt det kirurgiske feltet, utfører håndhygiene med hånddesinfeksjon. Når man starter dagen på en operasjonsavdeling er det vanlig at alle operasjonssykepleierne utfører håndvask eller hånddesinfeksjon før dagen begynner. Dette er uavhengig av hvilken oppgave man har den dagen. I praksis opplever jeg at det ikke alltid er slik at alle vasker hendene før man går inn i avdelingen. Kirurgisk håndhygiene på operasjonsavdelingen har til hensikt å fjerne forbigående hudflora, minske permanent flora og redusere oppvekst av mikroorganismer på hendene til det kirurgiske teamet til operasjonen er ferdig. I tillegg har kirurgisk håndhygiene eller *preoperativ håndhygiene* til hensikt å forebygge infeksjoner postoperativt, og at såret skal infiseres med hudbakterier fra hendene (Andersen, Hansen & Loraas, 2018, s. 243).

Metodene for preoperativ håndhygiene er i følge *Folkehelseinstituttet*:

- Alkoholbasert hånddesinfeksjon tilsatt klorheksidin eller annen langtidsvirkende ingrediens.

Alle håndens flater, inkludert håndledd må være dekket med produktet i tilstrekkelig tid for å ha effekt. Områder som ofte blir glemt er: tomler, fingertupper, mellom fingrene og på baksiden av hendene og fortjener ekstra oppmerksomhet. Produktet gnis inn i huden til hendene er tørre. Virketiden kommer an på produsentens anbefalinger.

- Kirurgisk håndvask med klorheksidin eller jod (antimikrobiell såpe).

Hvis man i etterkant av håndvask påfører hånddesinfeksjon på hendene, kan alkohol virke uttørrende på huden og dermatitt kan oppstå. Hånddesinfeksjon bør derfor ikke brukes og i tillegg blir effekten av middelet redusert da fuktighet i huden også kan føre til utvanning av alkoholen. Preoperativ alkoholbasert hånddesinfeksjon tilsatt klorheksidin eller antimikrobielle såper tilsatt klorheksidin benyttes i hovedsak i Helse-Norge (FHI, 2017).

Som koordinerende på operasjonsstuen bruker man hånddesinfeksjon til håndvask og siden man gjør flere ting samtidig med pasientbehandling, blir det brukt mye hånddesinfeksjon når man hele tiden skifter mellom oppgaver.

1.3.2 Nasjonale og globale føringer for håndhygiene

Normalflora (hvite stafylokokker og difteroider) på hender er sjelden årsak til infeksjon. Anaerobe bakterier er permanent hudflora og ligger dypere i huden. Overflatisk håndflora omfatter mange bakterier som gule stafylokokker, tarmbakterier og enterokokker, dette kommer av infisert materiale. I tørt miljø lever bakterier, sopp og virus i uker til måneder og via kontakt overføres dette periodevis til hendene våre. Sykehusinfeksjoner reduseres med 30-50% ved hjelp av god håndhygiene. Forurensede hender er fremdeles den vanligste årsak til smittespredning (Andersen, 2016, s. 95).

God håndhygiene blir ansett for å være en av de viktigste infeksjonsforebyggende tiltak i helsetjenesten, også globalt. Hånddesinfeksjon eller håndvask brukes før en arbeidsoperasjon, mellom hver pasient, og etter kontakt med pasienten (Schøyen, 2011, s. 399). Folkehelseinstituttet har laget veiledere og plakater som forklarer og viser nøyaktig hvordan man utfører håndhygiene og som ofte finnes ved innganger til de fleste sykehus og legekontorer i Norge, nå også som sagt i butikker og kjøpesentre på grunn av det inntrufne. Anbefalingene i veilederen gjelder for helsefaglige utdanningsinstitusjoner og alt klinisk helsepersonell. Veilederen er utarbeidet i samarbeid med Verdens helseorganisasjon, WHO (World Health Organization), som for øvrig har en bruksanvisning for håndhygiene som heter «My 5 moments for Hand Hygiene» (FHI, 2017).

1.3.3 Egne erfaringer med håndhygiene

I praksis har jeg sett at de fleste utfører hånddesinfeksjon slik plansjene tilsier, mens andre «splasjer» på seg litt desinfeksjon, og noen, inkludert meg selv, påfører også hånddesinfeksjon rett etter håndvask. Grunnen er nok ofte fordi det er blitt en vane og fordi vi kanskje tror at vi blir renere med hånddesinfeksjon. Dessuten henger den der, lett tilgjengelig. Det samme gjelder for preoperativ rengjøring med hånddesinfeksjon. Hendene vaskes først med såpe og vann, før hånddesinfeksjonen gnis inn med hånddesinfeksjon i

flere omganger. Dette er som tidligere nevnt ikke anbefalt av Folkehelseinstituttet, men selve oppskriften er en anbefaling fra *World Health Organization* i samarbeid med Folkehelseinstituttet (2009). Som student i sykepleie i 2009 og nå sist i operasjonssykepleie, var det stort fokus på håndhygiene og viktigheten av utførelsen av dette, og tiden man bruker på å utføre håndhygiene, samt steder på hendene som ofte blir glemt. Faktisk kom svineinfluensaen akkurat da jeg hadde begynt på sykepleierstudiet, slik at dette viktige temaet har fulgt meg siden da, og tankene, funderingene om interessen for hånddesinfeksjon like lenge. Nå under det vi kaller *koronatiden* er det svært viktig å vaske hendene. Og å holde avstand. I praksis og på arbeidsplassen har jeg møtt flere som har sår, rød hud og eksem på hendene, og dette kommer av all vaskingen og desinfeksjonen. Det er svært ødeleggende hvis man får en kronisk tilstand som ikke lar seg behandle, og det er blitt meg fortalt at noen må slutte i jobben som operasjonssykepleier fordi hendene blir ødelagt av midlene. Noen har sagt at såre hender og problematikk med eksem er mye mindre nå til dags enn det var før hånddesinfeksjon med alkohol kom, og mener at hånddesinfeksjon er genialt i så måte. Flere sier at de har erfart at håndvask med såpe og vann gjør huden mer sår enn om man bruker hånddesinfeksjon, noe også studier har vist, dette kommer jeg til i neste avsnitt. Det er også en type hånddesinfeksjon, *sterilium* uten klorhexidin som skal forhindre allergi og eksem, og som skal være mer skånsom. Selv reagerer jeg mer med kløe på denne, men opplever og hører at flere sier at det gjelder å være helt tørr på hendene før man tar frakken og hanskene på seg. Dette gjelder for både håndvask med såpe og vann og alle typer hånddesinfeksjon. Jeg har i tillegg merket meg både i arbeidssituasjon og hjemme at det er svært tidsbesparende å bruke håndsprit til fordel for såpe og vann, men synes likevel hendene føles klebrige og går ofte og vasker hendene istedet. Det skal sies at det er forskjell på produktene, og de forskjellige produktene har ulike kvaliteter og ulike sammensetninger. Jeg synes noen er klebrige, noen føles klissete, noen lukter fryktelig (som gammel hjemmebrent) og gjør vondt å puste inn, noen tørker inn før du har begynt å gni hendene, mens andre igjen lukter og føles som vann. I mitt daglige virke er den hånddesinfeksjonen jeg bruker sterk på lukt akkurat i det man tar den fra dispenserens, men blir ikke klebrig før etter 3-4 runder, og da føler jeg det er på tide å vaske hendene. Når jeg spør kollegaer om hva de synes, så virker det som at alle er enige om at det er greit å bruke sprit, det er tidsbesparende og det er bevist at det virker. Det er ikke så mange som har

tenkt på ubehaget eller at det blir klebrig, men kan være enig når jeg spør, mens enkelte synes det er svært ekkelt og klebrig å bruke hånddesinfeksjon.

1.3.4 Tidligere forskning om håndhygiene

På bakgrunn av egne erfaringer og egen ambivalens, har jeg lurt på hvordan sykepleierfaget generelt og operasjonssykepleierfaget spesielt posisjonerer seg til håndhygiene. I den sammenheng lette jeg etter studier på biblioteket ved Høgskolen på Vestlandet, Google Scholar, Oria og Helsebiblioteket via søkeordene: *håndhygiene, operasjonsstue, håndvask, og operasjonssykepleie(r)*. Og på engelsk: *scrub nurse, hand hygiene, og O.R scrub nurse, operating room og operating theatre*.

I den fagfelleurderte artikkelen til Andersson et al. (2018), er alle forfatterne av artikkelen sykepleiere på Sahlgrenska Universitetssykehus i Sverige. De har forsket på prosessen med å implementere en teoretisk kunnskap som har til hensikt å forbedre aseptisk teknikk og håndhygiene på operasjonsstuen, og som handler om organisatorisk læring. De konkluderer med at et skifte trengs i etterlevelsen av endrings- og læringsprosessen i hvordan man snakker om håndhygiene og infeksjoner på operasjonsstuen. Strenge regler og problemer med å stole på kolleger i andre yrkesgrupper på avdelingen, gjorde det vanskelig å endre vaner for å kunne opprettholde god håndhygiene. Dette på grunn av tvilen om at håndhygiene praktikker er effektive nok for å stanse sykehusinfeksjoner. Studien er en observasjonsstudie utført på universitetet.

I den fagfelleurderte artikkelen til Nancy Bjerke (2004) om preoperativ håndhygiene, blir det også argumentert for at hånddesinfeksjon er effektivt og ikke irriterende mot huden (Bjerke 2004, s.296, s. 302, s. 305). Artikkelen er basert på Bjerkes master i sykepleie fra San Antonio, USA. Hun argumenterer videre for hvor servantene bør være plassert for best mulig renslighet, og skriver at hånddesinfeksjon er brannfarlig på grunn av dens høye alkoholverdi, men at den er effektiv som håndhygiene nettopp på grunn av dette.

I den fagfelleurderte artikkelen til den norske sykepleieren Reidun Lid og den norske legen Martin Aasbrenn (2009), argumenteres det for at man kan stole på de norske anbefalingene for håndhygiene, at hånddesinfeksjon er førstevalget i de fleste situasjoner, og at håndvask kun skal benyttes når hendene er synlig skitne. Videre argumenterer de for at det er tre

grunner til at helsepersonell bør vaske hendene med hånddesinfeksjon, fordi dette gir mest effekt på de fleste virus, bakterier og sopp. Studien er randomisert og utført ved Diakonhjemmet Høgskole og tre heltids- og to deltidskull av sykepleiere er brukt i forskningen.

Artikkelen til sykepleier Barzoloski-O'Connor (2007) fra USA, er fagfellevurdert og konkluderer med at alkoholbasert hånddesinfeksjon er vel så god som tradisjonell håndvask for å unngå infeksjoner. I tillegg er metoden vennligere mot hendene, gir mindre irritasjon i huden og er tidsbesparende. Artikkelen legger også vekt på at hånddesinfeksjon er svært brannfarlig og at det derfor er viktig at man er helt tørr på hendene slik at man kan være sikker på at all hånddesinfeksjonen har fordunstet. I tillegg må man være nøye med hvor hånddesinfeksjonen oppbevares i tråd med brannvernforskriftene. Artikkelen baserer seg på blant annet Joseph Listers publikasjon fra 2006. Barzoloski-O'Connor er sykepleier og leder infeksjonsforebygging i Colombia Md.

I forbindelse med Covid-19 pandemien forskes det på hva sykdommen gjør med pasientenes sædceller og 50 studiedeltakere har avgitt spermprøver. I tillegg har de samme studiedeltakerne avgitt en urinprøve for at forskerne skal undersøke eventuelle negative bivirkninger av rengjøringsmidler og desinfeksjonsmiddelet *antibac*, og hvordan det påvirker immunsystemet vårt at vi vasker oss med sprit utallige ganger om dagen (Bordvik, 2020).

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

Selv om jeg har flere negative erfaringer når det gjelder alkoholbasert håndhygiene, indikerer tidligere studier at alkoholbaserte produkter fjerner bakterier mer effektivt enn det som oppnås ved hjelp av håndvask med såpe og vann. Dette kan være bakgrunnen for at den koordinerende operasjonssykepleieren på operasjonsstuen bruker alkoholbaserte produkter som håndhygiene. Men det kan være at sykepleierfaget har argumentert for håndhygiene på andre måter enn det som jeg har erfart og det som avspeiles i tidligere studier og nasjonale føringer. I letingen etter mulige alternative praktikker er studien gjort i lys av den franske sosiologen Pierre Bourdieu sin praktikkteori (Petersen, 1996, s. 125-127), som vi skal se nærmere på i neste avsnitt.

2.1 Praktikkteorien

Som sykepleier har jeg alltid vasket hendene slik jeg lærte det da jeg var liten. Da jeg tok sykepleien lærte jeg metoden for å vaske hendene grundig, at alle flater på hånden og mellom fingrene skal vaskes, og at man bør vaske i minst 30-60 sekunder. Som operasjonssykepleier har jeg lært at det nå er enda viktigere hvordan jeg utfører håndhygiene, da spesielt kirurgisk håndhygiene. Bourdieus praktikkteori handler nettopp om hvordan man i en sosial sammenheng eier en praktisk sans for måten man utfører praktiske gjøremål på, under visse vilkår. Disse vilkårene kan endres ut fra hvordan man forstår praktikkene, og at det ikke kan forstås som rett eller galt, men som en form for lært (praktisk) intelligens som sitter i kroppen, som er med oss fra barndommen og som utvikles så lenge vi lever. Hvert individ agerer forskjellig selv om individene har samme erfaring og har gått i samme lære. Den praktiske sansen hver og en utvikler er ikke tilfeldig, og den er ervervet ut fra hvem vi er og hvor vi kommer fra. Kroppen selv husker det som er innlært. For eksempel har en som er misbrukt lett for selv å bli misbruker, alkoholikere avler alkoholikere, og våre vaner og uvaner implementeres i oss ut fra opplevelser i barndom, den familien vi vokser opp i, og fra det miljøet vi beveger oss i. Barn fra samme familie trenger ikke å bli misbrukere eller alkoholikere selv om de har den samme oppdragelsen og den samme erfaringen, men grunnlaget for at de kan bli det er til stede (Petersen, 1996, s. 125-127). Det er mulig å bryte med de innlærte praktikkene. Bourdieu er et eksempel på det. Han som ble en av verdens sentrale sosiologer, vokste opp i et miljø der høyere utdanning var uvanlig (Priour et al., 2002, s. 110). På samme måte antar jeg at operasjonssykepleiere også kan bryte med etablerte praktikker dersom de dominante i feltet promoterer nye måter å agere på (jf. doxa kap. 2.5).

Som sykepleier har jeg som nevnt hatt en grundig opplæring i utførelsen av håndhygiene, i hvorfor det er så viktig å utføre denne korrekt. Som operasjonssykepleier har jeg lært nye metoder og teknikker for en *utvidet* vaskemetode for å bli rene så mulig på hendene, og før operasjoner, altså når man skal stå steril i feltet med kirurgene, utfører man *kirurgisk håndvask (preoperativ håndvask)*, eller *kirurgisk desinfeksjon (preoperativ hånddesinfeksjon)*. Disse håndhygiene metodene har trolig bidratt til å forme min praktiske sans i hvordan jeg utfører håndhygiene. At utdanningen har hatt så mye fokus på hvor nøye en må være med håndvask og desinfeksjon når en står steril i feltet, kan muligens ha bidratt

til at jeg stusser på at det er nok å sprite seg når en er koordinerende operasjonssykepleier på operasjonsstuen. Selv om jeg har lært det samme som alle andre som har tatt samme utdanning, så er det trolig slik at jeg gjør det på min egen måte, ut fra min praktiske sans og kroppslige læring (Wilken, 2008, s. 36).

2.2 Praxeologisk analysestrategi

For å ha grunnlag for å forklare hvordan det kan ha seg at operasjonssykepleieren som er koordinerende på operasjonsstuen bruker sprit istedenfor såpe og vann for å holde hendene rene, har jeg gjort en praxeologisk analyse av håndvask. Praxeologi betyr viten om sosiale praktikker - det som agentene (vi mennesker) gjør i en sosial praksis (Wilken, 2008, s. 81-91). Bourdieu argumenterer for at det eksisterer tre former for teoretisk viten; fenomenologisk, objektivistisk og praxeologisk (Bourdieu, 1998, s. 72 - 86). Hans teoretiske utgangspunkt er i slekt med sosialkonstruktivismen; mens subjektivismen undersøker hvordan agentene ved sine handlinger produserer og reproducerer de sosiale systemer man inngår i. Slik at den sosiale virkeligheten må omfatte mer enn den subjektive forståelse hos de som beveger seg rundt i den, som interagerer med hverandre, og som produserer den. Siden objektivismen gjør rede for hvordan sosiale systemer produserer strukturelt subjektens handlinger, ønsker Bourdieu å forstå hvordan deres handlinger genereres når de både er betinget av deres forståelse av systemet og begrenses av systemets objektive strukturer (Wilken, 2008, s. 34). I følge Bourdieu kan verken fenomenologien eller strukturalismen alene bidra til å forklare menneskelige handlinger slik de kommer til uttrykk i språk, ting, bilder, bevegelser osv. Det er derimot konstruksjoner av samspill mellom objektive strukturer og subjektisme som kan bidra med forklaringer (Bourdieu, 1998, s. 72-86; Karin Anna Petersen, 1996, s. 125-127).

2.3 Konstruksjon av habitus

I praxeologiske analyser er konstruksjon av habitus et sentralt verktøy. Bourdieu sier at uten å være klar over det, så internaliserer individer familien og storfamilien sine normer for hvordan man står og går, og hva som er rett og galt i forskjellige sammenhenger. Han kaller dette for *habitus*. Med habitus mener Bourdieu at menneskene husker med kroppen og ikke

bare med hodet, og at ordet fremmer en teori om kroppslig intelligens, at det er *kulturen* som muliggjør menneskenes forståelser og handlinger, bakgrunnen og rammene for hvordan agentene utfører sin praksis. Habitusbegrepet er i så måte et begrep som forklarer dynamikken mellom individet og det sosiale og som refererer til deres mentale disposisjoner, deres kroppslige forankring og til hvert individs sosiale forankring. Den tidlige sosialiseringen er viktig for dannelse av disposisjonene som individene vil handle overfor, og uten at vi helt vet at det er en læringsprosess, tilegner vi oss en forståelse av hva som er rett og galt, mulig og umulig (Wilken 2008, s. 35-38). At gjennom individets familiære erfaringer danner det seg noen grunnleggende holdninger og persepsjoner som er betinget av individets livsbetingelser og viser til en rekke krav og og nødvendigheter. *Habitus* kan derfor uttrykkes gjennom holdninger, handlinger og vurderinger og defineres som summen av individets erfaringer (Petersen, 1989, s. 15).

Konstruksjon av habitus omfatter analyser av agentene sine posisjoneringer i både nåtid og fortid, og er ikke noe vi har, men som vi konstruerer for å undersøke den praktiske sansen (Callewaert, 2014, s. 166). For å forklare posisjoneringene må man konstruere feltet og det sosiale rommet som agentene posisjonerer seg i (Bourdieu, 1998, s. 72-86). Posisjoneringer fungerer som data om tanker, erfaringer og meninger, slik de kommer til uttrykk i språk og kroppslig handlinger. Historisering er sentralt i praxeologiske studier, fordi fortiden kan bidra til å forklare det vi gjør i nåtiden. I praxeologi-baserte historiske analyser av praktikker gjør man ikke kontinuerlige historisk framstillinger av praktikkene som undersøkes, men leter etter forandringer og brudd. Når man oppdager nye måter å framstille praktikker på, undersøker man forhold i samfunnet som gjorde den nye omtalen av en praktikk mulig (Petersen & Callewaert, 2013, s. 98-99, s. 110).

2.4 Konstruksjon av det sosiale rommet

Det sosiale rom er Bourdieus modell som kan forstås som en grunnstruktur i analysen av avanserte samfunn, og kan framstilles som et koordinatsystem som i tillegg kan ses som et felt av sosiale klasser (Wilken, 2008, s. 54-60). Det sosiale rommet er orientert mot to poler. I den ene polen er det tydelig økonomiske hierarkier. Den andre delen er dominert av kulturelle hierarkier. Agenter som står hverandre nær i det sosiale rommet har mer til felles

enn de som står langt fra hverandre i dette rommet. De med mest kapital dominerer gjerne over de med mindre kapital, og de dominerte tenderer mot å nedvurdere seg selv. Dette kaller Bourdieu for symbolsk vold. Symbolsk vold setter seg i kroppen og dette husker kroppen. Bourdieu omtaler kroppen som en huskelapp for sosiale erfaringer (Prieur, et al., 2002, s. 110-111). Konstruksjoner av agentenes plass i det sosiale rommet kan bidra til å forklare at agentene posisjonerer seg som de gjør (Horne, 2016, s.39-53). I den forbindelse trenger forskeren data om agentenes kjønn og posisjon (lege, sykepleier, hjelpepleier osv.), med tilhørende data om de kulturelle-, økonomiske- og sosiale kapitalene som har bidratt til at de har de aktuelle posisjonene. Bourdieu fremhever spesielt kjønn og posisjon (Prieur, et al., 2002, s. 116). Data om inntekt og eiendom kan danne underlag for konstruksjoner av økonomisk kapital. Data om familie, venner og nettverk kan bidra til å konstruere sosiale kapitaler. Data om for eksempel utdanning, alder, kjønn, sted man er vokst opp og fritidsaktiviteter kan bidra i konstruksjonen av kulturell kapital (Horne 2016, s. 39-53). De som kommer fra familier med høy utdanning har bedre forutsetninger for å lykkes i skolen enn de som kommer fra familier med lite formell utdanning (Bourdieu & Passeron, 1977). Agentene i det sosiale rom klassifiserer og blir klassifisert og er en del av kampen om makt og prestisje i sosial sammenheng. Den dominerte klassens mangel på kulturell kapital er i følge Bourdieu det som forhindrer gjennomslagskraft i det sosiale liv (Wilken 2008, s. 54-60). Begrepet kapital er i prinsippet et økonomisk begrep, og Bourdieu har sin egen teori om berettigelsen om å bruke økonomiske termer av ikke-økonomiske forhold (Petersen, 1989, s. 17).

2.5 Konstruksjon av feltet

I det sosiale rommet er det flere felt. For eksempel et litterært -, et økonomisk – og et medisinsk felt. Feltet er ikke et fysisk rom, men et område med en relativ autonomi. Konstruksjon av feltet er basert på data om ideologier, fortidige og nåtidige politiske og materielle rammer som kan bidra til å forklare at feltet ser ut som det gjør i nåtiden (Petersen, 1989). Den sosiale arenaen som praksis utspiller seg innenfor, beskrives som feltbegrepet, og er et analytisk begrep som kan brukes til å systematisere studiet av praksisen. I et felt vil det alltid være kamp om retten til definisjonsmakt, og de som har dette er de som har høyest anerkjennelse innenfor feltet (Wilken, 2008, s. 54-60).

Doxa, heterodoxa, ortodoxa

I et felt er det noen uskrevne regler om hvordan man skal agere. En taus konsensus. Et felt er definert ved noen grunnleggende regler som spillerne (vi mennesker) må akseptere, som i operasjonssykepleie. Bourdieu omtaler disse reglene *doxa*. I Bourdieus feltbegrep, er doxa de uttalte premissene og normene som agenter handler overfor, og er kun udiskutabelt innenfor et felt (Wilken, 2008, s. 42-43). Man kan for eksempel ta det for gitt at alle på operasjonsstuen vasker hendene grundig. Det er gjerne harmoni når agentene i feltet har relativt lik bakgrunn. Forskjellig bakgrunn kan legge grunnlag for kamper. Om det oppstår heterodoxe måter å agere på, kan det bli kamper i feltet. De dominerende agentene sitt forsvar for doxa, kalles heterodoxa. Ortodoxi oppstår når de dominerende får revitalisert doxa (Petersen, 1989, s. 47).

2.6 Auto-sosioanalyse av forskers habitus

Bourdieu argumenterer for at forskeren ikke er en objektiv utenforstående aktør, men en agent som påvirker alle deler av studien, derfor må forskeren stille de samme spørsmålene til seg selv som til forskningsobjektet og konstruere sin egen habitus. I den sammenheng gjør forskeren rede for sine egne posisjoneringer overfor praktikken som studeres, sin egen posisjon og sin egen plass i det sosiale rommet og feltet. Auto-sosioanalysen kan gi forskeren innsikt som kan danne grunnlag for å bryte med egne posisjoneringer. For Bourdieu var det en tydelig grense mellom selvrefleksjon og det private. Det viktige er å objektivere sin plass i feltet da denne posisjonen disponerer for bestemte måter å agere på (Bourdieu, 2008; Prieur, et al., 2002, s. 109-117).

2.7 Forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å forklare hvordan det kan ha seg at operasjonssykepleieren som er koordinerende på operasjonsstuen bruker hånddesinfeksjon istedenfor såpe og vann for å holde hendene rene. Dette spørsmålet kan ikke besvares direkte, men jeg har undersøkt spørsmålet indirekte ved hjelp av en praxeologisk analysestrategi (jf. kap. 2.2). I den sammenheng har følgende spørsmål vært sentrale:

1. *Hvordan posisjonerer sykepleiere seg overfor den koordinerende operasjonssykepleiers håndhygiene?*
2. *Hvordan kan det være at sykepleiere har posisjonert seg som de gjør overfor den koordinerende operasjonssykepleiers håndhygiene?*
3. *Hvordan kan et historisk perspektiv på håndhygiene bidra til å forklare håndhygienen til nåtidige koordinerende operasjonssykepleiere på operasjonsstuen?*

2.8 Metode og teknikk

I leting etter svar på forskningsspørsmålet om hvordan sykepleiere posisjonerer seg overfor operasjonssykepleiers håndhygiene, har jeg gjort en registrantanalyse (jf. vedlegg 1, tabell 3), av lærebøker i generell sykepleie og i operasjonssykepleie.

I letingen etter svar på hvordan det kan være at posisjoneringene til håndhygiene er som de er, har jeg gjort en registrantanalyse av sykepleiers posisjon i det medisinske feltet (jf. vedlegg 2, tabell 4), slik det kommer frem i lærebøker i sykepleie. I tillegg har jeg analysert studier om helsevesenets historie, sykepleiens historie og annen aktuell litteratur.

På bakgrunn av de nevnte analysene har jeg drøftet hvordan et historisk perspektiv på håndhygiene kan bidra til å forklare håndhygienen til nåtidige koordinerende operasjonssykepleiere på operasjonsstuen.

2.9 Registrantanalyse

En registrantanalyse er en metode som brukes til å lese, registrere og danne seg et bilde av store tekstmengder, og er en samling av korte referater basert på systematisk lesing av teksten man skal analysere. Ifølge Bourdieu må man se tilbake på historien og rekonstruere denne hvis man ønsker å forstå og forklare sosiale fenomener. Når man systematisk stiller de samme spørsmål til de forskjellige tekstene, kan man på denne måten belyse forskningsobjektene utvikling eller historiske forandring, og man spør gjerne etter hvem agentene er, hva er problemet og initiativets karakter. Metoden er effektiv og anvendelig

hvis man ønsker å studere forandringer i organiseringen av bestemte aktiviteter, og danne seg et overblikk over disse (Kropp, 2009, s. 173-174, s.185).

2.9.1 Tidligere praxeologiske studier basert på registrantanalyser

I mine analyser av koordinerende operasjonssykepleiers håndhygiene, har jeg funnet inspirasjon fra Elin Fjell Kristiansen (Kristiansen, 2020), og Miriam B. Dahl (Dahl, 2020), som begge har brukt registrantanalyse i sine masteroppgaver om operasjonssykepleie. Ved lesing av deres oppgaver fant jeg det lettere å forstå hvordan metoden registrantanalyse brukes og settes opp i tabell, og spesielt ved Kristiansens masteroppgave har det vært inspirerende å lese hvordan hun har valgt å skrive sin praxeologiske oppgave om munnbindpraktikker.

2.9.2 Registrantteknikk

For å kunne få svar på spørsmålet om hvordan sykepleiere posisjonerer seg til operasjonssykepleiers håndhygiene har jeg undersøkt nåtidige posisjoneringer overfor koordinerende operasjonssykepleiers håndhygiene i lys av tidligere posisjoneringer. Jeg har med andre ord forsøkt å forklare nåtidige praktikker i lys av historiske posisjoneringer.

I den sammenheng har jeg analysert lærebøker i generell sykepleie fra den første oppstod i i Norge i 1877 (Nissen, 1877) og frem til den første spesifikke lærebok i operasjonssykepleie ble utgitt i 1955 (Hillestad, 1955). Fra 1955 har analysene vært avgrenset til lærebøker i operasjonssykepleie som har vært i bruk ved operasjonssykepleier-utdanningen i Bergen (jf. tabell 1). Lærebøkene i generell sykepleie har jeg funnet frem til ved hjelp av søk på Nasjonbiblioteket og ved hjelp av lærere i operasjonssykepleie ved Høgskolen i Bergen, Grethe Dåvøy og Petrin Hege Eide.

Tabell 1: Oversikt over lærebøker som er analysert:

Forfatter	Årstall	Tittel
Nissen, Rikke	1887	Lærebog i Sygepleie for Diakonisser

Kaurin, Edvard	1879	Sygepleiersken: Kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd.
Waage, Hans Riddervold	1901	Lærebog i sygepleie
Waage, Hans Riddervold	1914	Lærebok i sykepleie
Grøn, Kristian og Widerøe, Sofus	1921	Haandbog i sygepleien
Grøn, Kristian og Widerøe, Sofus	1926	Lærebok i sykepleie
Jervell, Anton	1941	Lærebok for sykepleiersker
Jervell, Anton	1951	Lærebok for sykepleiere
Hillestad, Borghild	1955	Operasjonsstueteknikk
Hillestad et al	1978	Håndbok for operasjonssykepleiere
Eide, Dåvøy, Hansen	2009	Operasjonssykepleiere
Eide, Dåvøy, Hansen	2018	Operasjonssykepleie

I analysene har jeg registrert bokens tittel, årstall, forfatters navn og posisjon (lege, sykepleier) og posisjoneringene til håndhygiene. For å ha grunnlag for å forklare posisjoneringene overfor håndhygiene, har jeg også registrert posisjoneringer om sykepleiers posisjon i det medisinske feltet både i lys av samfunnet og normer og regler for den tiden det er skrevet i. Jeg har tilstrebet å belyse fremgang, brudd og forandringer i håndhygienens opprinnelse og historie, og prøvd å forklare hvordan disse endringene kunne skje i lys av feltet og det sosiale rommet som sykepleiere agerer i.

Tabell 2: Momenter i registrantanalysen:

Årstall	Bokens tittel	Redaktørens navn og tittel	Forfatters navn og posisjon	Posisjoneringer overfor håndhygiene	Posisjoneringer overfor sykepleiers posisjon i det medisinske feltet	Posisjoneringer overfor operasjonsstuen
---------	---------------	----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	--	---

3.0 ANALYSE DEL I: AUTOSOSIOANALYSE

Siden forskeren påvirker alle deler av en studie, er det viktig at forskeren blir gjennomiktig, både for seg og leser (jf. kap. 2.6), derfor starter analysedelen med en autososioanalyse av forskeren.

Jeg har vokst opp i en arbeiderfamilie i en bygd på Vestlandet. Her bodde flere generasjoner sammen i en liten leilighet. Jeg husker barndommen som lange perioder med godt samhold, mye latter og selvsagt en del krangling, og ikke minst en uendelig kø på toalettet. Dette var en leilighet med 3 soverom. Et rom hadde besteforeldrene mine, og et annet var min mor sitt. Det tredje rommet brukte min tante og min søster mest i perioder da vi ikke var fullt så mange hjemme. De to rommene hadde køyeseng og på et av dem i tillegg en sofa man kunne slå ut til å bli dobbel. To av disse sofaene fantes også på stuen, så vi fikk plass alle sammen samtidig. Vi lå *andføttes*, som det heter. Mine besteforeldre hadde 4 jenter og en gutt. Vi var 5 barn og et barnebarn, og den eneste mannspersonen i huset var min bestefar, og min onkel når han kom på besøk, og ellers mannen til den ene av mine tanter. Min mor giftet seg aldri. Min onkel flyttet til Oslo i tidlig alder etter at han hadde vært på sjøen. Han tok høyskoleutdannelse, når han kom hjem på besøk var han alltid høyt respektert av alle oss andre. Få av oss turte å si ham imot, vi turte knapt å snakke til han. Bestefar, *Besten*, var en rolig og sindig mann. Han hadde opplevd mye under krigen. Besten og Bessa hadde møtt hverandre og giftet seg mot slutten av andre verdenskrig. Besta og besten lærte oss det meste av det vi trengte å vite, og enda litt til. Besten holdt orden i huset i tillegg til min mor, han holdt ellers orden på alt det andre, møblene reparerte han, lappet på sykler, lakket trappeoppgangen og vasket gulvene. Alt dette var jeg med på. Når han gjorde noe, så gjorde han det sakte og grundig. I tillegg var han svært nøye. «Hastverk er lastverk», sa han alltid til meg. Besten var en stolt og sta arbeiderklasse mann. En historie om besten er at naboen vår kom kjørende i bil og stanset da han så besten langs veien bærende på to store, fulle matposer. Han sveivet ned vinduet og ropte: «kom, så får du sitte på» hvorpå min bestefar hadde bøyd seg ned og sagt helt rolig: «har jeg bedt om å få sitte på?». Han gikk hele veien hjem bærende på posene.

Besten lærte meg å «splæsje» iskaldt vann i ansiktet om morgenen, helt *iskaldt* skulle det være, ellers våknet vi ikke, og vi skulle vaske hendene før og etter toalettbesøk og pusse tennene morgen og kveld. Vi dusjet og badet i tur og orden alle mann. Vel gjorde vi det i en

middels stor rød balje, og sistemann oppi var vel kanskje ikke like heldig som førstemann med tanke på rent vann, men vi badet ofte, dette var før vi fikk dusj på badet. Vi skulle te oss skikkelig, og vi skulle alltid spørre om lov uansett hva det gjaldt. Det som var viktig for besteforeldrene mine var at vi skulle ikke lyve, ikke stjele, ikke være slemme med hverandre og ikke gå i kjøkkenskapene uten lov! Besteforeldrene våre var gjestfrie. Vi manglet aldri noe som jeg kan huske, men jeg vet at det ble ofte ble sukket over bussbilletten som på den tiden kostet 1 krone og 50 øre. Men jeg hørte aldri at de klaget. En historie jeg husker om min bestemor var når jeg var ute med en venninne som lot meg smake på en gulostskive som hun hadde med seg ut. Når jeg kom hjem spurte jeg min bestemor om hun kunne kjøpe gulost, hvorfra hun utbrøt høylydt: «hvem har lært deg å spise gulost?». Og dagen etterpå kjøpte hun gulost. Alltid når det kom gjester, serverte min bestemor noe, alltid. Min bestefar lærte i tillegg alle ungene i tur og orden de skolefagene han kunne. Han kunne mye, så sånn sett fikk jeg en god start på førskoletiden. Jeg kan huske at når de større barna gjorde lekser hjemme fikk jeg med en del på kjøpet og kunne litt før jeg selv skulle begynne på skolen. For meg ble det i voksen alder viktig å leve opp til det jeg hadde lært som barn av min bestefar. Skjønt jeg aldri forstod at det å ta utdanning var noe jeg kunne gjøre, det var ikke slik hos oss. Min lillesøster var den første til å ta høyskoleutdanning. Når hun var ferdig skjønte jeg ikke hvor stort dette var eller hva det betydde for henne. Jeg har skjønt det i ettertid og berømmet henne for dette. Av alle oss er det min lillesøster og jeg som nå har høyere utdanning i vår generasjon. Når vi var små var det aldri snakk om utdanning i vår familie. Så når venner spurte hva jeg skulle etter ungdomsskolen hadde jeg ikke noe svar. Jeg mener det ble sagt noe sånt som: «tenk så deilig, nå er du snart ferdig med å gå på skole». Det lå ikke for meg å tenke at jeg skulle gå på skole noensinne etter 9-ende klasse. Jeg skulle bli sangstjerne, og det trodde jeg på ganske lenge. Jeg fikk min første jobb som avisbud da jeg var 13 år, vaskejobb på kolonialen da jeg var 14 og da jeg var 16 år reiste jeg bort for å gå på Folkehøgskole. Det ble to år på to forskjellige Folkehøgskoler. Disse skolene kom til å endre livet mitt på flere måter. For det første fikk musikken en mye større del av meg og for det andre ble jeg sosialisert på en måte jeg ikke hadde blitt før. Jeg møtte mennesker som snakket på en annen måte enn meg selv, og jeg tok lærdom av hvordan man skulle og ikke skulle oppføre seg i samspill med andre, både måten å snakke på, konversere på og møte andre mennesker. På denne tiden var det ganske tydelig at jeg kom fra arbeiderklassen i et lite industrisamfunn, både språkmessig og sosialt sett. Dette følte jeg mye på. Jeg lærte mye

om meg selv på godt og vondt og personlig vokste jeg på veien mot å bli den jeg er i dag. Da jeg var 18 flyttet jeg til en større by, og bodde aldri hjemme med familien etter dette.

Samtidig med at jeg alltid hadde jobb, på travparken, butikk eller barnehage og til slutt yrkesskole og møbeltapetsering i 2 år, holdt jeg på med musikken og jeg hadde en gryende sangkarriere som varte i vel 10 år uten å komme helt i mål, rent personlig sett.

For 14 år siden arbeidet jeg på sentraloperasjonen på byens største sykehus som renholder av operasjonsstuene. I tillegg tok jeg imot og rengjorde operasjonsinstrumenter, pakket og steriliserte dem, rengjorde og vasket operasjonsbord og gjorde dem klare til neste pasient. Her startet et gryende ønske om å ikke bare se «gjennom vinduet» på hva som foregikk på operasjonsstuene, men faktisk være inne på stuen med pasienten. Det ble meg fortalt at jeg da måtte bli sykepleier først, så jeg slo fra meg tanken først som sist. Jeg husker jeg tenkte at det var noe jeg ikke kunne klare, men som jeg nå vet, visste jeg ikke hva konsekvensene av å ta en utdanning innebar. Dette var like før jeg skulle ha sønnen min. Jeg var da 33 år. Når han kom ble fokuset hvordan jeg skulle klare å forsørge han alene, hvordan skulle jeg klare meg, klare å ta vare på oss? Jo, da måtte jeg ha en utdanning. Jeg meldte meg på voksengymnas. Et år etterpå begynte jeg på sykepleierstudiet ved det som den gang het HiB (Høgskolen i Bergen). Når jeg var sykepleier på 6. året hadde jeg enda ikke helt funnet «stedet» mitt og jobbet i bemanningssenteret på byens største sykehus. Jeg tok steget og søkte på videreutdanning som operasjonssykepleier. Jeg var ferdig utdannet desember 2019.

For meg spiller det en rolle hvor jeg kommer fra. Jeg har en hudtone der jeg alltid har blitt spurt hvor jeg kommer fra. Det har ikke alltid vært like lett for rasisme finnes i aller høyeste grad over alt. Min far er fra Sør-Amerika. Jeg fant han like før jeg skulle ha min sønn. Dette forandret livet mitt i positiv forstand. Jeg har flere venninner som i sin tid har sagt: Men du er jo like norsk som noen av oss. Da har jeg tenkt, at nei, jeg er ikke det. To deler av meg som betyr like mye, men mest handler det om hvem jeg er, min identitet, som jeg etter hvert har blitt veldig stolt av.

Som menneske vet jeg at livet ikke alltid er lett, at alle mennesker har sitt, at stort sett ingen slipper unna sorg, savn, sykdom, død, urettferdighet, elendighet. Jeg vet noe om forskjell, jeg vet noe om ulikhet. Jeg vet noe om å være pasient og jeg vet at man skal behandle mennesker likt uansett hvem de er og hvor de kommer fra. Jeg har under utdanning lært og kan noe om sykdommer, om operasjonssykepleie, om måter å leire på, jeg kan noe om å

vaske og dekke sterilt, jeg kan noe om utstyr og instrumenter. I tillegg har jeg opplevd mye på min vei som gjør at jeg har en bakgrunn som gjør at jeg møter mennesker på den måten jeg gjør. Jeg er overbevist om at dette spiller en rolle i hvordan jeg «ter meg» utad mot andre og hvordan andre mennesker ser meg i forskjellige sammenhenger. Jeg er tålmodig av natur, som mine besteforeldre, som min mor, og som min far. Jeg har en del fra hver av dem, samtidig er jeg min egen person. Jeg har alltid tilpasset meg og jeg har alltid fulgt reglene hvor enn jeg har vært. Og jeg har alltid vært pliktoppfyllende, presis og effektiv. Jeg er også en person som sier ifra og som gir beskjed når ting ikke er helt som det skal, og er en person som ikke tåler urettferdighet. I følge Bourdieu handler dette om at vi blir preget av familien, samfunnet og det miljøet vi vokser opp i og at ens habitus er et produkt av sosialisering. Bourdieu sier at tidlig sosialisering er svært viktig i forhold til at vi danner de disposisjonene vi er i besittelse av, i den tidlige barndommen. At uten at det er helt klart at det er en læringsprosess, tilegner vi oss forståelsen av det som er rett og galt og hva som kan være mulig eller ikke mulig å handle etter (Wilken, 2015, s. 37).

Som ferdig skolert operasjonssykepleier begynner jeg nå å finne min plass blant kolleger, i det kirurgiske feltet og ellers i operasjonsavdelingen. Som ny i faget tilpasser jeg meg og prøver å gjøre alt etter boken, jeg lærer og lytter og kommer ikke med innvendinger til hvordan ting blir gjort, men jeg kan tillate meg å spørre hvorfor. Jeg studerer og observerer hvordan alle samhandler og interagerer med hverandre. Ettersom alle tilpasser seg det individet man arbeider sammen med, blir det nå internalisert i meg at jeg skal gjøre det samme. Dette føler jeg er grunnstrukturen i det sosiale fellesskapet på arbeidsplassen.

Det er mye å lære. Og det er alltid noen å spørre. Hvilke svar man får avhenger av det individet jeg spør. Jeg er en del av team og et fellesskap som må fungere for at alt skal gå rundt. Min måte å agere på i et team er høyst sannsynlig preget av mine disposisjoner og at jeg er ny i feltet. Leger og erfarne operasjonssykepleiere er dominante doxabærere som jeg prøver å innrette meg etter.

Oppsummering av auto-sosioanalyse

Jeg har vokst opp i en arbeiderfamilie i en bygd på Vestlandet. Her bodde flere generasjoner sammen i en liten leilighet. For at det ikke skulle bli kaos og skittent, var det stort fokus på orden og renslighet. Dette kan ha disponert for at jeg er opptatt av håndhygiene, men

arbeiderklassebakgrunnen disponerte ikke for at jeg skulle ta høyere utdanning. Det var lite oppfølging av skolearbeid hjemme. Det ble forventet at man tok seg arbeid etter at grunnskolen var avsluttet. Men jeg fikk to år på folkehøyskole betalt av storsamfunnet før jeg begynte i arbeid. Der møtte jeg jevnaldrende som kom fra hjem med mer kapital i form av utdanning og økonomi enn jeg var vant med. Disse erfaringene, sammen med det faktum at jeg har vokst opp i et samfunn der det er lagt til rette for at langt flere kan ta høyere utdanning, enn i min bestefars- og mors generasjon, kan bidra til å forklare at jeg tok sykepleieutdanning i voksen alder og nå tar en mastergrad i operasjonssykepleie.

4.0 ANALYSE DEL II: POSISJONERINGER OVERFOR HÅNDHYGIENE I LÆREBØKER I SYKEPLEIE

For å finne ut hvordan sykepleiefaget har posisjonert seg overfor den koordinerende sykepleiers håndhygiene (jf. forskningsspørsmål 1, kap. 2.7), har jeg analysert posisjoneringer overfor håndhygiene i lærebøker i sykepleie. Analysene starter med Norges første lærebok i sykepleie fra 1877 og avsluttes med en lærebok i operasjonssykepleie fra 2018.

1877

Diakonisse Rikke Nissen (Ulrikke Rikke Eleonore Nissen) var redaktør for den første norske læreboken i sykepleie som kom ut i 1877. Nissen var kjøpmannsdatter og en svært velutdannet kvinne fra borgerskapet (Martinsen, 2000, s. 252-256).

Rikke Nissen var tatt opp som «læresøster» 5 år før hun skrev boken «Lærebog i sykepleie» (1877). Nissen skriver at renslighet må ivaretas like mye hos sykepleier som til sine pasienter, og at renslighet ikke er oppnådd med å ha rent tøy om morgenen, men at hun flere ganger i løpet av dagen må vaske hendene ofte, og helst med varmt vann. I tillegg må hun gjøre alt hun kan for ikke å «tilsmusse» den syke. Ved sårskift må hun vaske hendene mellom hver forbindelse. Om desinfeksjon fortelles kun om desinfisering av gjenstander og sår, sårene skal desinfiseres med karbolsyre. Ved bistand i operasjoner nevnes rene svamper, lerret, og varmt og kaldt vann, men det står ikke noe spesielt om håndhygiene ved kirurgiske inngrep (Nissen, 1887, s. 22, s.49, s. 130-135).

1879

Norges andre lærebok i sykepleie kom ut i 1879. Den var skrevet av legen Edvard Kaurin (Kaurin, 1979). Han påpekte i boken at sykepleieren måtte bestrebe personlig renslighet og renslighet av den syke, samt alt hun hadde i hendene (Kaurin, 1879, s. 7-10). Kaurin sier i boken at man kan bruke karbolsyre mot pasientens utøy. Og skriver at: «For Sygepleiersken skal Renlighet være det bedste Lægemediel, hun kjender» (Kaurin, 1879, s. 10). Kaurin skriver at pasientens munn og hender skal vaskes etter måltidet. Edvard Kaurin skriver at ved smittsomme sykdommer må sykepleieren alltid rense utstyr hun har brukt til den syke pasienten i kokende vann eller med desinfiserende karbolvann, og hun må alltid skifte tøy og vaske hendene med såpe og vann eller karbolvann før hun går fra den syke smittsomme pasienten til en annen (Kaurin, 1979, s. 7-10, s.52). Det står ingenting om kirurgi i boken, dette skyldes antakelig at boken var ment for hjemmesykepleie.

1901/1914

Norges tredje lærebok i sykepleie kom ut i 1901. Den hadde Hans Riddervold Waage som redaktør og eneforfatter (Waage, 1901). Boken kom ut i fem opplag, det siste i 1914. Waage var lege. Han skriver at sykepleieren skal assistere ved operasjoner om nødvendig. Pasientenes hender skal vaskes minst en gang om dagen. Ved smittsomme bakterier bruker man her mekanisk desinfeksjon på hud og slimhinner og man oppnår mekanisk desinfeksjon ved å filtrere drikkevann. Det finnes sterke desinfiserende midler som ikke skal brukes på levende. I denne perioden står det også om aseptisk metode, at kirurgen og hans hjelpere må desinfisere hendene. Her står det også at hovedmiddelet til bruk av desinfeksjon av hud er vasking med såpe og vann. I tillegg står det at man kan vaske med *Nafta, Alkohol, Sæbespirit* og *antiseptiske oppløsninger*. I denne boken beskriver Waage «antiseptik» og «aseptik» og sier at kirurgien har kommet langt i å forebygge sårinfeksjoner grunnet klarhet over bakterienes betydning (Waage 1901, s. 2-12, s. 134-137, s.178, s. 180-181).

I den reviderte utgaven fra 1914 står det at sykepleieren skal iaktta størst mulig renslighet og at hun flittig bør benytte såpe og vann, tannbørste og neglerenser (Waage, 1914, s. 17).

1921/1926

Læreboken av Waage ble erstattet av *Haandbok i sykepleien* i 1921. Overlege Kristian Grøn og Sofus Widerøe var redaktører. De skrev boken sammen med flere leger, en

forstanderinne og en oversykepleier. Andrea Arntzen, kapittelforfatter av «kirurgisk sykepleie», skriver i boken at renslighet er viktig for å unngå smitte og at når man går mellom pasienter, er det enda viktigere å bevare rensligheten. Korte negler og neglebørste bør man bruke for å ikke videreføre smitte. Hendene kan gnis inn med et fettstoff om kvelden for at huden ikke skal sprekke (Arntzen, 1921, s. 8). I denne boken finnes en anbefaling for vask av hendene til kirurgen og hans hjelper, operasjonssøsteren, før kirurgiske inngrep, og hendene må vaskes med såpe og neglebørste i 8-10 minutter i rennende vann hvis det finnes, hvis ikke må vannet i bollen skiftes ut 4-5 ganger. Etterpå desinfiseres hendene med spiritus i 5 minutter. Videre skriver han at assistentene må vite at uvaskede hender ikke er sterile (Widerøe, 1921, s. 148).

Boken fra 1926, *Lærebok i sykepleien*, er en revidert utgave av «*Haandbok i sykepleien*». Her er lite forandret når det gjelder håndhygiene, men når det gjelder den kirurgiske anbefalingen for håndhygiene står det nå at man bør børste hendene med 70% spiritus etter utført håndvask.

1941/1951

I 1941 ble Grøn og Widerøes lærebok i sykepleie erstattet med Anton Jervell. Jervell var redaktør for boken som ble gitt ut i tre bind, til hjelp hadde han leger og sykepleiere. Boken het «Lærebok for sykepleiersker». Han fant det naturlig å ta med sykepleiere som forfattere da boken nettopp dreide seg om sykepleie. I starten av boken legges det vekt på at leger og sykepleieres oppgaver går mer hånd i hånd og at sykepleien beskrives som et fag og ikke bare omsorg og vielse til stell av den syke. Det skrives en del om renslighet og god utluftning og at sykepleiersken må ha orden på hår, tenner, negler og hender, samt at hun må få mosjon. Det står ikke noe om hvordan hun må vaske hendene. Det beskrives også her «kirurgisk håndvask» for de som skal være med i operasjonsfeltet, og den går ut på at man skal vaske hender og underarmer med såpe og rennende vann i fem minutter, klippe negler og skrubbe neglene og fingrenes sider, og så vaske i fem minutter til med rennende såpe og vann, før man til slutt gnir hendene inn med en bomullsdott med sprit (Jervell, 1941, s.3, s. 253-272; Jervell 1951, s. 237-238). Om kirurgisk håndvask står det generelt, det står ikke noe om at den «usterile assistentsøster» skal vaske hendene (Marthinsen & Haffner, 1941, s. 253, s. 266-267).

MKS 591, kandidatnummer 419, innleveringsfrist 19.11.2020.

I den reviderte utgaven fra 1951 skrives det om stell av pasient og utluftning, men det står ikke noe om at sykepleieren selv skal vaske hendene. Under kirurgikapittelet står det samme om kirurgisk håndvask som i 1941-utgaven (Jervell, 1951, s. 1, s. 237-238).

1955

Den første læreboken i operasjonssykepleie ble skrevet i 1955 av sykepleier Borghild Hillestad. «Operasjonsstueteknikk», var lærebokens navn. Boken ble egentlig til da forfatteren skrev notater til eget bruk, men ved utlån av disse oppdaget hun at det var sterkt behov for faglitteratur for de som var spesialelever på operasjonsavdelingen. I boken står det at sprit (alkohol) brukes til kirurgisk håndvask, da brukes 70% sprit som man her mener har best effekt grunnet dens samtidige vanninnhold. Videre beskrives det at man er to operasjonssøstre eller flere inne på operasjonsstuen, en som står sterilt og en som går til «hånde». Det beskrives kirurgisk håndvask for den sterile, samt at de skal bruke sprit i 1 minutt etter håndvask. Håndhygiene for den som går til hånde er ikke beskrevet i boken (Hillestad, 1955, s. 13, s. 44-47, s. 70-76).

1978

Dette er 2. utgave av læreboken «Operasjonsstueteknikk», som ble gitt ut i 1955. Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere og Borghild Hillestad tok initiativet til den reviderte utgaven. Det står ikke noe om hvem som har forfattet hvert kapittel.

Om kirurgisk håndvask står det at den foregår i den sterile sone i korridoren, eller at den utføres i spesielle rom. Høyden på servanten avgjør om den kirurgiske håndvasken utføres stående eller sittende. Vaskemetoden for kirurgisk håndvask er den samme, men her presiseres det at vannet skal renne fra fingre til albue og derfor må servantene være dype nok. Det står at man skal skylle hendene i sprit eller annet desinfeksjonsmiddel i 1 minutt. I denne boken står det utførlig hva sykepleieren som «går til hånde» skal passe på og hva hun skal gjøre. Det står ikke noe om at denne skal vaske hendene (Hillestad, et al., 1978, s. 73-74, s. 77-79).

2009

Læreboken «Operasjonsstueteknikk» erstattes av læreboken «Operasjonssykepleie». Redaktørene er Grethe M. Dåvøy, Petrin H. Eide og Ingeborg Hansen. I denne boken er det et helt kapittel som inneholder hygiene og infeksjonsforebygging generelt, hvor håndvask og desinfeksjon er egne temaer i dette kapittelet.

I kapittelet om håndhygiene og infeksjonsbygging, skriver operasjonssykepleierne Ingeborg Hansen, Liv-Marie E. Loraas og Rigmor Synnøve Brekken (2009) om infeksjonsforebyggende tiltak for å kunne bryte ledd i smittesirkelen. Det påpekes at ringer og klokker skal av, hendene skal være frie for neglelakk og smykker, og at riktig utført håndvask er på minst 30, helst 60 sekunder skal foretas når hendene er synlig tilsølt, eller ved forurensing. Hele hånden fuktes, og man bør være nøye med fingre og fingertupper. De skriver at håndvask fjerner 99 % av den midlertidige hudfloraen. Håndvask beskrives her i flere trinn og det refereres til Nasjonalt Folkehelseinstitutt fra 2004. I kapittelet om desinfeksjon beskrives nå huddesinfeksjonsprosessen, at den dreper de fleste sykdomsfremkallende mikroorganismer som sopp, virus og bakterier, og at man dermed hindrer smittespredning. Beskrivelsen av desinfeksjonen skiller mellom huddesinfeksjon, hånddesinfeksjon og kirurgisk hånddesinfeksjon. Videre skilles det mellom alkoholbasert kirurgisk hånddesinfeksjon for inngrep under 3 timer, og for inngrep over 3 timer, og kirurgisk hånddesinfeksjon ved bruk av desinfiserende, antiseptisk såpe. Til desinfeksjon av operasjonsfeltet brukes eget middel. Forklaringen her er mer generell i boken. For eksempel står det at kirurgisk håndvask skal utføres før alle operasjoner, men at ved små kirurgiske inngrep kan det vurderes om kirurgisk hånddesinfeksjon er nødvendig. Det står ikke hvem som skal utføre hva, og det står ingenting i boken om hvordan den som går til hånde eller den som er koordinerende operasjonssykepleier skal utføre håndhygiene (Hansen et al., 2009, s. 128-139).

2018

I den andre utgaven av læreboken til operasjonssykepleierne Grethe M. Dåvøy, Petrin H. Eide og Ingeborg Hansen (2018), står det heller ikke noe om den koordinerende operasjonssykepleiers håndhygiene, men det står at den koordinerende har ansvaret for å desinfisere feltet som skal opereres (Eide & Dåvøy, 2018, s. 31).

Det står generelt om håndhygiene for personalet på operasjonsavdelingen og at hendene skal være rene og uten smykker og ringer når man ankommer avdelingen (Hansen, Andersen & Loraas, 2018, s. 243).

I læreboken fra 2018 er det også lagt stor vekt på blant annet infeksjonsforebygging og hygiene, og i et eget kapittel har operasjonssykepleier Ingeborg Hansen, lege Bjørg Marit Andersen, og operasjonssykepleier Liv-Marie E. Loraas (2018), beskrevet hvordan man best kan hindre smitte, smittemåter, smittekilder osv. I tillegg er det beskrevet hvordan man utfører korrekt håndhygiene. Denne skal utføres med såpe og vann når hendene er synlig tilsølte, og skal vaskes i 40-60 sekunder i pakt med anbefalingen fra Folkehelseinstituttet fra 2017. Det står at hendene skal være frie for smykker, ringer o.l. Videre står det at hånddesinfeksjon kan, når hendene ikke er synlig tilsølt, være førstevalget for håndhygiene. Anbefalingen er at hånddesinfeksjon skal utføres før og etter bruk av hansker, før og etter urene arbeidsstasjoner. Når hånddesinfeksjonsmiddel påføres, må hendene være synlig rene. Tilstrekkelig mengde hånddesinfeksjon kommer an på produktet og håndens størrelse. For mange desinfeksjonsmidler er det nok at hendene er fuktet i 20-30 sekunder, med desinfeksjonsmiddel tilsatt alkohol, med eller uten klorheksidin, eller bruk av antimikrobiell såpe (Hansen et al., 2018, s. 233-247).

Oppsummering

I dette kapitlet har jeg undersøkt hvordan sykepleiefaget har posisjonert seg overfor den koordinerende sykepleiers håndhygiene. Analysene er basert på norske lærebøker i sykepleie fra perioden 1877 – 2018. I Norges første lærebok i sykepleie fra 1877 argumenteres det for håndvask med såpe og vann. Håndvask ved kirurgiske inngrep er ikke spesifisert. I læreboken fra 1879, som var spesielt beregnet på sykepleie i hjemmet skrives det ikke om kirurgiske inngrep, men det argumenteres for at man i tillegg til såpe og vann også kan rense hendene med karbolsyre. I lærebøkene fra 1901 til 2018 argumenteres det for at kirurgen og hans hjelpere må vaske hendene grundig med vann og såpe, for så å desinfisere hendene. Ingen av lærebøkene fra perioden 1877 til 2018 skriver spesifikt om den koordinerende sykepleiers håndhygiene.

5.0 ANALYSE DEL III: KONSTRUKSJON AV FELTET OG DET SOSIALE ROMMET

I denne delen av studien har jeg konstruert det sosiale rommet og feltet (jf. kap. 2.4 og kap. 2.5) som den koordinerende operasjonssykepleier agerer i, i håp om å generere data som kan bidra til å forklare hvordan det kan være at sykepleiefaget posisjonerer seg som det gjør overfor koordinerende operasjonssykepleiers håndhygiene (jf. forskningsspørsmål 2, kap. 2.7). I den sammenheng har jeg konstruert feltet (jf. kap. 5.1) og det sosiale rommet (jf. kap. 5.2) som rammer inn den koordinerende operasjonssykepleiers håndhygiene. Analysene er basert på data fra registantanalyse av sykepleiers posisjon i det medisinske feltet slik det kommer frem i lærebøker i sykepleie og på posisjoneringer overfor operasjonsstuer i lærebøker (jf. tabell 3 og tabell 4). I tillegg er data basert på andres studier om helsevesenets historie, sykepleiens historie og annen aktuell litteratur.

5.1 Konstruksjon av feltet

Den koordinerende operasjonssykepleierens arbeid med tilhørende håndhygiene finner sted i en spesialisert del av det medisinske feltet (jf. kap. 2.5). For å kunne besvare spørsmålet om hvordan den koordinerende operasjonssykepleiers håndhygiene har blitt som den er har jeg undersøkt hvordan operasjonsstuen er posisjonert i lærebøker i sykepleie. I den sammenheng har jeg spesielt undersøkt posisjoneringer overfor servanter, derfor har jeg også valgt å ta med operasjonsstuenes oppbygning og servantenes plassering.

I siste halvdel av 1800-tallet, da Rikke Nissen agerte som sykepleielærer og forfatter av en lærebok i sykepleie, fantes det ikke spesifikke operasjonsavdelinger i norske sykehus (Nissen, 1877). Dette kan være bakgrunnen for at Nissen skriver om at diakonissen hjelper legen med å gjennomføre operasjoner i hjemmet, på bordet eller i sengen til pasienten. Nissen argumenterer for at diakonissen må kunne litt om operasjoner for å kunne assistere legen. Hvis operasjonen skulle utføres hjemme måtte bordet eller sengen som pasienten skulle ligge i, bygges opp med klosser, og diakonissen måtte sørge for at rommet var tomt for ting man ikke behøvde der, og man måtte ha et bord til instrumenter og godt lys. Servanter blir ikke beskrevet i Nissens lærebok, men det argumenteres for at fat og mugger med varmt og kaldt vann brukes til å vaske hendene, og en bøtte til urent vann trengs ved operasjoner (Nissen, 1877, s. 130-135). Det kan være at operasjoner i hjemmet var nokså uvanlig, for i

læreboken fra 1879 som er spesielt beregnet på sykepleie i hjemmet, nevnes ikke kirurgiske inngrep (Kaurin, 1879).

I læreboken fra 1901 som legen Waage var redaktør for står ikke noe om man opererer hjemme, på legekantor eller sykehus, men det står et avsnitt om hvordan sykepleieren best kan assistere under operasjoner, og her nevner han også sykehus. Det skrives ikke om servanter til vask av hender (Waage, 1901, s. 179-180, s. 183-185). I den reviderte læreboken fra 1914 er det ingenting nytt om dette. Etter hvert som teknologien og den medisinske kunnskapen utviklet seg, ble sykehusene klarere skilt fra omsorgs- og pleieinstitusjonene, og fremstod med tiden som sentrum for prestisjefull og avansert forskning og behandling (Jordåen, 2012, s. 58). Operasjonsavdelingene ble etter hvert flyttet inn i sykehusene og fikk sin egen avdeling, men dette var langt senere og grunnen til dette er at kirurgien ikke hadde etablert seg og var godtatt som medisinsk praksis (Eide & Lockertsen, 2018, s. 18).

I læreboken fra 1921 kan det se ut som om kirurgien har etablert seg på norske sykehus, for lege Sofus Widerøe argumenterer for kirurgi som et håndverk. Han argumenterer for egne operasjonsstuer, og at sykepleier må ha kjennskap til instrumenter og apparater som brukes ved en operasjon. Videre beskriver han at en operasjonsstue bør være ren, lys og rommelig. Den bør helst være rund for å være renest mulig og den bør helst ha overlys. Overflødige ting i rommet, bør tas ut, slik at det ikke samler støv. Hvis man skal operere i et privat hus, bør man velge et litt stort og lyst værelse hvor alle ting kan bringes ut, slik at man får vasket rommet etterpå. Denne boken har et kapittel som heter «Forberedelse til operasjon», men her skrives det heller ikke om servanter i operasjonsavdelingen (Widerøe, 1921, s. 141-209).

Bilder fra sent 1800-tall viser at sykehusene ikke hadde egne avdelinger beregnet til operasjon, disse kom senere, og fikk en sentral plass i avdelinger tilpasset kirurgi (Eide & Lockertsen, 2018, s. 20-21). Dette kan ha sammenheng med at det før dette hadde vært svært farlig å operere. Kirurgiske inngrep var forbundet med stort ubehag og det var vanlig at en operasjon forårsaket dødelige postoperative infeksjoner. Etter hvert utviklet faget seg til å bli mindre farlig og man opplevde en høyere overlevelsesrate (Uddenberg, 2018, s. 257-258, s. 597). Mot siste del av 1800-tallet ble det større fokus på å få bort smitte og urenheter og antiseptikk, aseptikk og kirurgi ble gjort til dagligdagse gjøremål i sykehusene. Kirurgien ble også mer skånsom med innførelsen av bedøvelse (Moseng, 2012, s. 24).

Widerøe argumenterer for at aseptikk er helt vesentlig i arbeidet på operasjonsstuen. Enhver berøring av kirurgisk utstyr, kan ødelegge hele aseptikken. Men det skrives ikke om servanter. Legen og hans assistenter skal bære en kappe som er steril og gummihansker, og alle skal ha tettsittende hette eller hodetørkle. Høye kalosjer brukes hvis man har støvler som ikke er rene. På sykehus er den sykepleieren som står ved instrumentbordet oftest kirurgisk desinfisert, mens noen foretrekker at man ikke er det, og sykepleieren må da rekke instrumentene med sterile tenger til kirurgen. Hun bør i tillegg gjette kirurgens ikke uttalte ønsker og hele teamet på stuen bør arbeide sammen som en eneste tenkende organisme (Widerøe, 1921, s. 141-152).

Også i læreboken fra 1941 skrives det spesifikt om operasjonsavdelinger. Det som er nytt i denne læreboken er at sykepleiere er medforfattere i tekster om operasjonsavdelinger. Her argumenterer legen Anton Jervell og sykepleier Marit Berg Domaas for at størrelsen på operasjonsavdelingen er avhengig av hvor stort og nytt sykehuset er. Så beskrives det hvordan operasjonsavdelingen er utformet, at man steriliserer instrumenter og utstyr i egne rom og at renholdet av disse er svært viktig (Domaas et al., 1941 s. 3-5; Jervell, 1941, s. 253-272). Oversykepleier Maren Marthinsen, og legen Johan Haffner har skrevet kapitlet «Pleie ved kirurgiske sykdommer». Marthinsen og Haffner skriver at kirurgiske behandlinger og undersøkelser foregår i egne rom på en «operasjonsavdeling». Denne ligger gjerne i en annen fløy, eller litt vekk fra sykehusavdelingene, slik at en unngår støy og unødig tråkk inn på operasjonsavdelingen. Avhengig av sykehusets størrelse, finnes det normalt stuer, en for rene tilfeller og en for infiserte tilfeller. I tillegg finnes det forrom med servant hvor kirurgisk håndvask kan foretas (Marthinsen & Haffner, 1941, s. 253, s. 266-267). I den reviderte utgaven fra 1951 står det at i forganger eller forrom er det oftest plassert en servant som brukes til kirurgisk håndhygiene (Jervell, 1951, s. 44).

Fra 1955 har det vært spesifikke lærebøker for norske operasjonssykepleiere. Disse lærebøkene har hatt operasjonssykepleiere som redaktører.

I læreboken fra 1955 argumenteres det for at operasjonsstuer bør ha en viss størrelse og utforming, temperatur og ventilasjon, og ikke minst at det må være gode lysforhold. Utstyret på stuen bør være så enkelt som mulig, slik at den blir lett å holde ren. Borghild Hillestad argumenterer for at operasjonsstue bør omfatte et tilhørende vaskerom til å utføre håndhygiene. Det beskrives at vaskene må være dype nok, ha kaldt og varmt vann, og i

MKS 591, kandidatnummer 419, innleveringsfrist 19.11.2020.

tillegg skriver sykepleier og redaktør Hillestad at «beholdere for flytende såpe og sprit har som regel fotpedal» (Hillestad, 1955, s. 13, s.70- 74).

I 1978 skriver Borghild Hillestad en ny lærebok i operasjonssykepleie, for øvrig et samarbeid med Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere. Denne betegnes som en bok *for* sykepleiere *av* sykepleiere. Operasjonsstuene blir nå presentert som mest hensiktsmessige om de er firkantede eller rektangulære. Og på grunn av hensynet til hygiene plasseres operasjonsstuene med skyllerom, forberedelsesrom, frakturnom og cystoskopirom mellom to korridorer, mens anestesiorom og bøtterom samt lager for forskjellige instrumenter plasseres mot den ytterste korridoren, slik at all trafikk ledes bort fra den «sterile» delen av operasjonsavdelingen. I den sterile sonen plasseres også servanten hvor man utfører kirurgisk håndvask. Operasjonsavdelingen utstyres med minst mulig utstyr, slik at den er lett å holde ren (Hillestad, Gjendem, Hansen, Olsen & Sverresson, 1978, s.23, s. 72-79).

Grethe Myklestul Dåvøy, Petrin Hege Eide og Ingeborg Hansen er operasjonssykepleiere, Hansen er i tillegg redaktør for boken «Operasjonssykepleie» som kommer ut i 2009. Operasjonsavdelingen blir beskrevet som «en høyteknologisk avdeling». Spesielle krav til merking av utstyr som skal inn på operasjonsstua skal godkjennes av EU (Den europeiske union) med CE (Conformité Européenne)-merking som godkjenning. Pasienten kan skades av utstyr og personell, og dette må hele tiden forebygges. Operasjonsavdelingen er et lukket område, men selv om den må skjermes for andre avdelinger, må den ha tilgang til røntgen-intensiv- og akuttavdeling. Krav til en operasjonsavdeling ved norske sykehus beskrives i kapitlet. Blant annet må gulv og vegger bestå av et glatt materiale som er enkelt å holde rent, og plassering av utstyr i forhold til pasienten må nøye vurderes grunnet høy brannfare. En tegning av operasjonsstuen er tatt med på side 85 i boken, hvor servanten er tegnet inn utenfor operasjonsstuen. Det står ikke spesifikt beskrevet at den er det.

Operasjonssykepleieren er ansvarlig for at stuen er i forskriftsmessig stand og har ansvaret for å rapportere om dette ikke er tilfelle (Brekken & Dåvøy, 2009, s. 84-86).

I den reviderte utgaven av boken «*Operasjonssykepleie*» som kom i 2018, skriver operasjonssykepleier Grethe Myklestul Dåvøy og lege Bjørg Marit Andersen igjen om operasjonsavdelingen som «en høyteknologisk avdeling». Spesielle krav til innhold og utforming kreves derfor. Operasjonsavdelingens beliggenhet når det gjelder skjerming og

tilgang til andre avdelinger er like viktig nå. Spesielle krav til operasjonsstuens fysiske utforming er av stor betydning for at den skal være lett å holde ren, og for at den skal tåle desinfeksjonsmidler. Servantenes plassering er ikke beskrevet (Dåvøy & Andersen, 2018, s 220-221).

Operasjonsstuene skal ha så lite møblering som mulig og operasjonssøstrene tar bort alt som ikke har noen funksjon. Operasjonsstuene bør ha glatte vaskbare flater, riktig lys og god ventilasjon blir viktigere. Det argumenteres for at man trenger å vite litt om kirurgisk teknikk for å kunne utforme en operasjonsstue (Eide & Lockertsen, 2018, s. 18).

Oppsummering av feltet

Før 1921 var det relativt lite skrevet om spesifikke operasjonsstuer i lærebøker i sykepleie. Dette kan ha sammenheng med at sykehusene på denne tiden ikke ble laget med tanke på kirurgi. Fra 1921 ser det ut som at kirurgien har gjort sitt inntog i norske sykehus, siden det blir argumentert for at kirurgi er et håndverk og at sykepleieren må ha kjennskap til utstyr og instrumenter som brukes ved en operasjon.

I 1941-1951 ser det ut til å ha skjedd en utvikling i kirurgien, og det blir skrevet spesifikt om operasjonsavdelinger, hvordan man bør kle seg og hvor operasjonsstuene mest hensiktsmessig er plassert i sykehuset. Dette kan ha sammenheng med at kirurgi ble mindre farlig og overlevelsesraten ble høyere.

I lærebøker fra 1955-2018 ser det ut for at operasjonsavdelingen for alvor har gjort sitt inntog i norske sykehus og at det stilles store krav til utforming og til at de skal være lette å holde rene, samt at de skal skjermes, men ha tilgang til visse avdelinger i sykehuset. Servanter blir kun nevnt i forbindelse med kirurgisk håndhygiene, som regel i et forrom, bortsett fra i 2009 hvor servanten er tegnet inn utenfor operasjonsstuen.

5.2 Konstruksjon av det sosiale rommet

For å forklare sykepleiefagets posisjoneringer overfor håndhygiene, har jeg konstruert det sosiale rommet som sykepleierne agerer i (jf. kap. 5.2).

Et felt er en del av et større sosialt rom. De som agerer i feltet har ulike posisjoner i det sosiale rommet (Wilken, 2008, s. 54-60). I arbeidet på operasjonsstuen er leger og

sykepleiere sentrale agenter. Tradisjonelt har leger vært menn fra øvre sosiale lag. Sykepleiere har gjerne hatt en middelklassebakgrunn (Schiøtz, 2003, s. 164-167; Moseng, 2012, s. 13). Menn har tradisjonelt dominert over kvinner og agenter fra høyere sosiale lag har vært dominante i forhold agenter fra lavere sosiale lag. Nedenfor ser vi at slike dominansforhold kommer tydelig frem i analyser av sykepleieres og legers posisjoneringer overfor sykepleie(r).

1877-1940: Sykepleier er underordnet legen

Rikke Nissen (1834-1892) som skrev Norges første lærebok i sykepleie (Nissen, 1877) var sykepleielærer i Norges første sykepleieutdanning som oppstod i 1868. Nissen var en velutdannet og bereist sykepleier fra det norske borgerskapet (Martinsen, 2000, s. 252-257).

I læreboken fra 1877 er det tydelig at legen er den dominante som sykepleier skal innordne seg etter (jf. konstruksjon av habitus kap. 2.3). Selv om Rikke Nissen var en velutdannet kvinne som argumenterte for at sykepleie burde være et embete på lik linje med prester og leger, var det tydelig at hun også anså leger for å være dominante over sykepleiere (jf. konstruksjon av habitus kap. 2.3). Sykepleie beskrives som å lindre den sykes lidelser og å følge legens anordninger, og det å skulle gi legen beskjed om hvordan den syke hadde det. Det blir argumentert for sykepleie som en kristelig barmhjertighetsgjerning, men allerede i 1877 spør man seg om man kan bli en god sykepleier kun ved å være kristelig og barmhjertig, eller trenger man utdanning? Som sykepleier skulle man være sindig og ha godt mot. Man skulle assistere ved livsfarlige operasjoner, og dette skulle man gjøre uten frykt. Sykepleieren skulle ikke bare være barmhjertig, modig og renslig, mot legen skulle hun også være både lydig og taus, og hun skulle ikke arbeide selvstendig eller blande seg i legens behandling av pasienten (Nissen, 1877, s. 19-23).

I læreboken fra 1879 er legens dominante posisjon (jf. kap. 2.3 om habituskonstruksjon) overfor sykepleier også tydelig uttalt. Legen Kaurin skriver at sykepleiersken nøyaktig skal følge legens anvisninger i behandlingen av de syke, og ikke handle på egen hånd, men alltid snakke med legen først. Sykepleiersken skal være mild og blid i hele sitt vesen, hun skal være punktlig og pålitelig, og aldri skjule noe for legen. Hun skal være vennlig, men bestemt. En kvinne som har alle disse egenskaper, vil være godt skikket til sykepleier, og vil selv få det godt av sin ansvarsfulle gjerning (Kaurin, 1879, s. 7-16).

I 1901 argumenterer legen Waage for at en sykepleier har to plikter. Den ene er å pleie den syke, den andre er å gi legen beskjed om den sykes tilstand. Sykepleieren skal opptre slik at pasienten skal føle seg trygg og like å ha henne rundt seg. Hun må opptre bestemt, men fattet og rolig. Waage skriver at vel skal hun være vennlig, men at hun bør kunne ha makt og myndighet nok til at pasienten blir lydige. Hun skal ikke være fortrolig med pasienten. Hun skal være imøtekommende og høflig og aldri opptre rastløs. I denne boken står det at hvis det opptrer noe uventet, kan sykepleieren fravike legens anordninger, men hun bør helst prøve å få tak i legen først. Hun må alltid spørre legen til råds om hun skulle være i tvil om noe. Når hun gir legen beskjed om pasientens tilstand, skal hun kun snakke om vesentlige forhold (Waage, 1901, s. 1-17).

Grunnen til at man skriver som man gjør om sykepleiere og sykepleierfaget i perioden 1877 – 1901 kan være at kvinner er underlagt mannen. I det medisinske feltet er hun legens assistent. Sykepleie var en barmhjertighetsgjerning. Men mot slutten av 1800-tallet oppstod det feministiske bevegelser i hele den vestlige verden. Det manifesterte seg i dannelsen av flere organisasjoner, noe også sykepleierne gjorde. Kvinnene var på denne tiden økonomisk og juridisk underlagt mannen og kvinnen skulle være hjemme og stelle hus og ta vare på barna. Velutdannede kvinner etter tidens forhold og middelklassemiljøer var der kvinnebevegelsen startet. Kvinnene forlangte, på lik linje med menn, å delta i offentligheten, de ønsket rett til utdanning, rett til å bruke utdannelsen og rett til å delta i det politiske liv (Erichsen, s. 65-69).

I annen halvdel av 1800-tallet tok sykepleien utgangspunkt i et religiøst verdigrunnlag hvor underordning var et av elementene i sykepleierens yrkesidentitet. Etableringen av sykepleierutdanningen rundt århundreskiftet gjorde det mer legitimt å kjempe for egeninteressene, og sjelden ble det reist tvil om at egenskapene hennes, som innlevelse, medfølelse og omsorgsevne, var kvinnelige. Mer sjeldent ble det reist tvil om sykepleierens underordning ovenfor legene, og de fysiske rammene begrenset sykepleierens yrkesrolle og mulighet til virksomhet utenfor eget yrkesfelt. Godt inn på 1900-tallet ble sykepleien derfor sett på mer som et livskall enn yrke. Usedvanlige krav, sett med dagens øyne, ble stilt sykepleieren og hun skulle ha et liv innenfor institusjonens vegger. Privatliv og arbeid gikk omtrent i ett, og arbeidet som sykepleierske var ikke forenlig med familieliv. Om hun giftet

seg, ble hun tatt ut av lønnet arbeid, og kunne tas opp igjen til nød hvis mannen skulle falle bort eller om hun ble skilt (Schiøtz, 2003, s. 454).

Legenes utgangspunkt var fra første stund å forme sykepleiernes roller og funksjoner i legens bilde – som hans assistent. Dette målet stod i motsetning til sykepleiernes profesjonelle strategier i utviklingen av blant annet spesialisering, kompetanseøkning, videreutdanning og fagets selvstendighet. Det var en konfliktfylt prosess og sykepleiernes tvetydige forhold til fagets grunnlag kom frem i dagen (Moseng, 2012, s. 21).

Norsk Sykepleierforbund (NSF) ble startet i Kristiania i 1912. 44 av landets ledende sykepleiere, som alle var ugifte, fra middelklassen og innstilte på og kjempet en hard kamp for et slagkraftig forbund, etablerte en organisasjon som i ettertid aldri har fått noen reell konkurranse innenfor det nasjonale, faglige samlingspunktet når det kommer til posisjon (Moseng, 2012, s. 13).

NSFs kamp for sykepleiefaget kan være bakgrunnen for at sykepleier Andrea Arntzen har fått en sentral plass i læreboken fra 1921 som legene Grøn og Widerøe var redaktører for. Arntzen argumenterer for at leger har en overordnet posisjon overfor sykepleiere. Som legene før henne argumenterer hun for å unngå familiaritet med pasienten og for at all nærgåenhet er forbudt, at man skal være høflig og bestemt, og at man har taushetsplikt overfor pasienten og dens familie. Arntzen skriver at hvis man tar seg jobb som sykepleier kun som et levebrød, vil man raskt bli trøtt på grunn av vanskeligheter og utakknemlighet som ofte møter en i arbeidet, det trengs tålmodighet og mot for å kunne være sykepleier. I et sykehus hvor det alltid er lege, plikter sykepleieren lydighet mot legen. I privat virksomhet kan sykepleieren tillate seg å fravike legens forordning, men dette er kun når det er helt nødvendig (Arntzen, 1921, s. 1-9).

Selv om Arntzens posisjoneringer overfor sykepleie på mange måter er sammenfallende med argumentasjonen i lærebøkene som kom ut i 1877, 1879 og 1901, så legger Arntzen større vekt på det faglige enn det barmhjertige. Vektleggingen av det faglige kan ha sammenheng med at Arntzen var en sentral agent i NSFs kamp for at sykepleie skulle bli en profesjon, med tilhørende teoretisk skolering og offentlig godkjenning (Mathisen, 2009). Profesjonaliseringskampen kan være bakgrunnen for at Arntzen skriver at Norske Røde Kors og Den Norske Sanitetsforening nå har skoler for sykepleiere, som de også har i kommunale

MKS 591, kandidatnummer 419, innleveringsfrist 19.11.2020.

sykehus i Bergen og Kristiania. Videre skriver hun at Det Norske Diakonhjem nå har begynt å utdanne menn til sykepleiere, og at leger og samfunnet ellers ser behovet for en faglig utdanning for sykepleiere. I den reviderte utgaven fra 1926 er det ingen forskjell i posisjoneringene om sykepleie (Arntzen, 1921, s. 1-9).

1941-1950: Leger og sykepleiere samarbeider

I læreboken som kommer ut i 1941 ser det ut for at profesjonsidéene til NSF har fått et visst gjennomslag. Som i 1921, har læreboken fra 1941 flere sykepleiere som forfattere, selv om mannen og legen Jervell er redaktør (Jervell, 1941). Der argumenterer sykepleier og forstanderinne Marit Berg Domaas, instruksjonssykepleierskene Aslaug Heggenhougen og Ingrid Wyller, og legen Anton Jervell for at sykepleieres og legers oppgaver går mer hånd i hånd, det er et samarbeid. Sykepleien beskrives som et fag og ikke bare omsorg og vielse til stell av den syke, men at den har alt å si, ikke bare for individet, men for samfunnet generelt. Videre står det at sykepleierens forstand må være god, hun bør være fullt utviklet, og det er viktig at hun har normal bygning, føttene må være sterke. Sansene må være normale, og hun bør ikke være nervøs av natur. Sykepleieren må kunne ta vare på sine egen helse, hun må mosjonere, sove og spise godt. Vennlighet, høflighet og taktfullhet er viktig. Sykepleiersken bør ha et sinn som er jevnt og balansert og hun må være pålitelig (Domaas et al., 1941 s. 3-5, Jervell, 1941, s. 253-272).

Samfunns- og utdanningsperspektivet kommer enda tydeligere til uttrykk i den reviderte utgaven fra 1951 hvor Anton Jervell er redaktør (Jervell, 1951). Her beskrives sykepleie ikke bare som en humanitær handling, men også at den har en stor samfunnsmessig betydning. Sykepleien har kommet til å bli noe som krever full faglig opplæring og ikke bare en barmhjertighetsgjerning, og at sykepleiere verden over nå har organisert seg. I denne boken skriver sykepleiere om sykepleie og leger om sykdomslære og boken med de forskjellige kapitler er forfattet av leger, instruksjonssykepleiere og oversykepleiere (Jervell, 1951).

1955-2018: Operasjonssykepleier er overordnet legen

I 1955 oppstår «Operasjonsteknikk», den første norske læreboken spesielt for operasjonsfaget. Den ble skrevet for de sykepleierne som jobbet på operasjonsstuene og for dem som skulle utdanne seg til dette. Borghild Hillestad var redaktør. Nedenfor skal vi se at

senere lærebøker i operasjonssykepleie også har hatt operasjonssykepleiere som redaktører, men først skal vi se nærmere på samfunnskonteksten som gjorde det mulig for sykepleiere å posisjonere seg som redaktører i lærebøker i sykepleie.

Som vi har sett var sykepleiere til å begynne med likt nonnelivet og var mer et kall som innebar et liv innenfor institusjonens vegger hvor arbeid og privatliv gikk i ett (Schiøtz, 2003, s. 456). Medlemmene i NSF ønsket etter hvert å bedre lønns- og arbeidsvilkårene slik at sykepleieryrket ble mer likt andre yrker. Institusjonen og organisasjonen som ga sykepleierne arbeid ga dem kortere arbeidstider, bedre bosted og lønn, de fikk frihet til å gifte seg og i tillegg kunne de velge hvor de ville arbeide. I 1948 nedfelte sykepleierforbundet et krav om 3-årig utdanning i kraft av autorisasjonsloven og teoretisk kunnskapsgrunnlag ble et viktig aspekt. Det ble argumentert for mer teoretisk undervisning som skulle gjøre sykepleiefaget til et selvstendig fag med høy status, og i 1960 ble det vedtatt en lov som gjorde skolene økonomisk uavhengige av sykehusene, slik at utdanningen av sykepleierne kunne formes uavhengig av sykehusene og legene. Det ble også klarere grenser mellom sykepleiere og annet pleiepersonale. Det ble i 1962 lovfestet at sykepleierne selv skulle stå for over halvparten av teoriundervisningen og timetallet i teori ble doblet (Boge, 2008, s. 57-58).

I læreboken fra 1955 argumenteres det ikke for at sykepleier er underlagt legen. I stedet vektlegges operasjonssøsterens ansvar for operasjonsstuen, det vektlegges at den ledende operasjonssøsteren har ansvaret for infeksjonsforebygging, ansvaret for pasienten og for å assistere kirurgen under operasjonen (Semb, i Hillestad, 1955, s. IX). Til operasjonssøsteren stilles det store krav, hun må være våken, ha evne til å mestre nye situasjoner, handle raskt, ha ordenssans og selvkontroll. På operasjonsstuen står mye på spill, og et øyeblikks uoppmerksomhet kan koste pasientens liv. Ofte må en stå i timevis uten mat og drikke, så det er viktig at operasjonssøsteren har god helse. Har man alle disse egenskapene som sykepleier, så er man den fødte operasjonssykepleier. Villighet til å lære, sunn fornuft og intenst arbeid kommer man langt med på operasjonsstuen, en må dømme seg selv og strebe etter å bli så perfekt så mulig. Samtidig skal man huske at man fremdeles har taushetsplikt og at pasienten er fokuset. Selv om operasjonssøsteren har mange bud og påbud, har hun lov til å kreve punktlighet og høflig behandling fra kirurgens side. Hillestad skriver her at

operasjonsstuen er operasjonssøsters domene, og at denne har hele ansvaret for operasjonsstuen (Hillestad, s. IX). Boken er omfattende og inneholder tegninger.

I læreboken fra 2009 som sykepleier Grethe Myklestul Dåvøy, Petrin Hege Eide og Ingeborg Hansen er redaktører for, argumenteres det tydelig for operasjonssykepleiers mange selvstendige arbeidsområder og for at operasjonssykepleieren må ha kompetanse som gir myndighet i tillegg til funksjonsansvar i utøvelsen av yrket. Operasjonssykepleieren må tilpasse møtet etter hver enkelt pasient, at hun har et terapeutisk ansvar og hun avkreves omfattende fagkunnskap. Videre argumenteres det for at medmenneskelighet, omsorg, viten og klokskap alle er viktige egenskaper i møtet med pasienten. Det blir argumentert for kunnskapsbasert praksis og at operasjonssykepleierens faglige fundament skal synliggjøres, at operasjonssykepleie innenfor profesjonen sykepleie er et eget kompetanseområde (Dåvøy et al., 2009, s. 18-20; Bäckström, s. 26).

I 2018-utgaven av Dåvøy, Eide og Hansens lærebok står det mye av det samme som i 2009-utgaven, at operasjonssykepleierens funksjons- og fagområde beskrives som en som tilbyr avansert klinisk fagutøvelse som krever årvåkenhet og avansert sykepleie til pasienter som potensielt er i en livstruende situasjon. I boken fra 2018 er det nå tatt med rammer for tjenesten med en rekke lover og regler. Pasientens spesifikke situasjon krever at operasjonssykepleieren må kunne foreta kyndig vurdering av denne, og passe på pasientens behov for sikkerhet og velvære. Operasjonssykepleieren må kunne bryte smittkjeden og forebygge infeksjoner, assistere kirurgen og koordinere driften av operasjonsstuen, samt ha evne til å handle raskt og kunne prioritere i akutte situasjoner (Eide & Dåvøy, 2018, s. 28-29).

Oppsummering av det sosiale rommet

I lærebøkene i sykepleie fra 1877-1920 er *doxa* at sykepleier skal ha en underordnet feminin posisjon overfor legen som har en overordnet posisjon. Egenskapene hennes ser ut til å være viktigere enn fagkunnskap. Dette gjelder uavhengig av om læreboken har hatt en sykepleier eller en lege som redaktør.

Fra 1921 til 1940 forfatter sykepleierne selv de delene av lærebøkene som spesielt handler om sykepleie, men redaktøren er lege. I denne perioden er *doxa* at sykepleiers posisjon er lavere enn legens posisjon. Sykepleiers egenskaper er sentrale, men det argumenteres mer for fagkunnskap enn i lærebøker fra perioden 1877-1920.

Lærebøker i sykepleie fra 1941-1950 har også leger som redaktører. Her er doxa at leger og sykepleiere er likeverdige. Sykepleiers egenskaper er sentrale, men det argumenteres mer for fagkunnskap enn i tidligere lærebøker.

I perioden 1955-2018 er operasjonssykepleiere redaktører for norske læreverker i operasjonssykepleie. I disse lærebøkene er doxa at sykepleier har en selvstendig posisjon på operasjonsavdelingen. Det argumenteres for at operasjonsavdelingen er hennes domene. Legens posisjon på operasjonsavdelingen er ikke nevnt. Som i tidlige lærebøker har sykepleiers egenskaper en sentral plass, men fagkunnskap ser ut til å være mer sentralt enn i tidligere lærebøker.

6.0 OPPSUMMERING AV DEN KOORDINERENDE OPERASJONSSYKEPLEIERS HÅNDHYGIENE I LYS AV FELTET OG DET SOSIALE ROMMET

Bakgrunnen for at jeg har konstruert feltet og det sosiale rommet (jf. kap. 2.4 og 2.5), er at jeg håpet at slike konstruksjoner kunne bidra til å forklare hvordan det har seg at det ikke er fokus på den koordinerende operasjonssykepleiers håndhygiene i lærebøker i sykepleie, mens det er detaljerte forskrifter for håndhygienen til operasjonssykepleier som arbeider i det sterile feltet ved kirurgiske inngrep.

Analysene av det sosiale rommet viser at leger har ansett sykepleiere som sine hjelpere, med unntak av en lærebok på 1940-tallet, hvor det argumenteres for at sykepleier og lege arbeider side om side (Jervell, 1941). I forbindelse med profesjonaliseringen av sykepleiefaget på midten av 1900-tallet, overtok sykepleiere redaktøransvaret for lærebøker i operasjonssykepleie. Her framheves sykepleiers selvstendige posisjon på operasjonsstuen. Operasjonsstuen er sykepleiers domene (jf. kap. 5.2). Det drøftes ikke om det er konsensus mellom leger, anestesipersonell og sykepleiere om at operasjonsstuer er operasjonssykepleiers domene. Men på bakgrunn av lærebøker i sykepleie som har hatt leger som redaktører (Waage, 1901; 1914, Grøn & Widerøe, 1921; 1926, Jervell, 1941; 1951), antar jeg at leger posisjonerer seg som de dominante på operasjonsstuen og at alt som finner sted på stuen er strukturert for at han/hun skal få best mulig hjelp til å utføre det kirurgiske arbeidet sitt. Legens dominante posisjon kan også være bakgrunnen for at det er håndhygienen til sykepleier som arbeider tettest på legen i det sterile området som blir

vektlagt i lærebøker i sykepleie. Det er selvsagt viktig at sykepleier som assisterer kirurgen under en operasjon er så ren som mulig på hendene, men det er etter mitt skjønn viktig at den koordinerende operasjonssykepleiers hender er rene, for det er han/hun som bringer utstyret som kirurgen bruker under inngrepet. Koordinerende skal med andre ord håndtere både sterilt og usterilt utstyr med sine hender. At lærebøker fra 1877-2018 ikke skriver om den koordinerende operasjonssykepleiers sin håndhygiene, kan være uttrykk for at det er arbeidet nærmest kirurgen, den dominante, som vektlegges av både leger og sykepleiere.

7.0 ET HISTORISK PERSPEKTIV PÅ HÅNDHYGIENE KAN BIDRA TIL Å FORKLARE NÅTIDIGE PRAKTIKKER

I denne delen av studien har jeg argumentert for at et historisk perspektiv på håndhygiene kan bidra til å forklare håndhygienen til nåtidige koordinerende operasjonssykepleiere på operasjonsstuen (jf. forskningsspørsmål 3, kap. 2.7).

På bakgrunn av analysene av posisjoneringer overfor den koordinerende operasjonssykepleiers håndhygiene (jf. analyse del II) og på bakgrunn av analysene av feltet og det sosiale rommet (jf. analyse del III), har jeg argumentert for at operasjonsstuene er strukturert rundt kirurgens arbeid, og det er den sykepleieren som assisterer kirurgen direkte under operasjoner som står nærmest den dominante. Den koordinerendes håndhygiene har ingen plass i faglitteraturen (jf. analyse del II). Det er som om man har glemt at det er andre som arbeider på operasjonsstuen enn kirurgen og hans/hennes nærmeste assistent under inngrepet. Dette viser seg ikke bare i faglitteraturen men også i måten operasjonsstuen er konstruert på. I omtalen av operasjonsstuer i lærebøker (jf. feltet kap. 5.1), blir det ikke argumentert for at det skal være servant inne på operasjonsstuen. Det kan være hygieniske grunner for at det ikke blir argumentert for servant på operasjonsstuer, men fraværet av servant inne på stuen gjør det umulig for den koordinerende sykepleier å vaske hendene sine. Den koordinerende kunne gått ut i gangen for å vaske hendene sine der, men det er ofte ikke tillatt under operasjoner, fordi åpning av dører kan bidra til forurensing av luften inne på operasjonstuen.

Det er med andre ord ikke underlig at den koordinerende operasjonssykepleieren bruker hånddesinfeksjon i stedet for såpe og vann for å holde hendene rene (jf. kap. 1.0), for

operasjonsavdelinger er strukturert slik at den koordinerende operasjonssykepleieren ikke har mulighet for å vaske hendene med vann og såpe under kirurgiske inngrep.

Innenfor disse strukturene agerer den koordinerende operasjonssykepleieren i pakt med sin praktiske sans (Callewaert, 2014, s. 166), og bruker hånddesinfeksjon i stedet for såpe og vann, fordi dette er den eneste mulighet den koordinerende operasjonssykepleier har til å holde hendene rene selv om hendene kan kjøles og urene etter flere runder med hånddesinfeksjon og selv om det kan være vondt å puste akkurat i det man gnir spriten på hendene (jf. kap. 1.0.).

8.0 AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Avslutningsvis vil jeg argumentere for at denne studien om håndhygiene har bidratt med ny kunnskap (jf. kap. 8.1), og at Bourdieus teoretiske perspektiv har fungert godt som ramme rundt studien (jf. kap. 8.2). Videre har jeg argumentert for mulig videre forskning (jf. kap. 8.3), for etiske utfordringer (jf. kap. 8.4) og for mulig formidling av studien (jf. kap. 8.5)

Analysene viser at den koordinerende operasjonssykepleiers håndhygiene ikke nevnes i lærebøker i sykepleie. Grunnen later til å være at den dominerende i feltet er legen og hans assistent i det sterile området. Denne dominansen har nedfelt seg i konstruksjonen av operasjonsstuer, i form av at det er umulig å vaske hendene inne på operasjonsstuen, det er ingen servanter der. For at luften i rommet skal være så ren som mulig, kan ikke den koordinerende sykepleieren gå ut i gangen og vaske hendene i servanten som er plassert der. Dette bidrar til å forklare at den koordinerende operasjonssykepleieren vasker hendene med hånddesinfeksjon i stedet for såpe og vann.

8.1 Hvilken ny kunnskap kan studien bidra med til operasjonssykepleierfaget

I denne oppgaven har jeg konstruert sykepleiefagets posisjoneringer til håndhygiene i et historisk perspektiv og jeg har gjort historiske konstruksjoner av feltet og det sosiale rommet. Bakgrunnen for analysene er at jeg ønsket å finne svar på hvordan det kunne ha seg at den koordinerende operasjonssykepleieren bruker hånddesinfeksjon i stedet for såpe

og vann når han/hun vasker hendene på operasjonsstuen. Analysene av lærebøker i sykepleie viser at fokuset har vært på legen og hans assistent i det sterile området. Lærebøkene skriver ikke om hvordan den koordinerende operasjonssykepleieren skal vaske hendene, og operasjonsavdelinger er konstruert slik at den koordinerende operasjonssykepleieren ikke har mulighet for å vaske hendene når hun arbeider på operasjonsstuen. Dette har ikke blitt vist eller problematisert i tidligere studier (jf. kap. 1.3.4). Således bidrar studien med ny kunnskap i operasjonssykepleie. Tidligere studier om håndhygiene har ikke brukt Bourdieu sine teorier som ramme for studien. Således bidrar oppgaven også med et nytt perspektiv på operasjonssykepleie.

8.2 Teori, analysestrategi, metode og teknikk

Ved hjelp av systematikken som er innbakt i praxeologiske registrantanalyser, oppdaget jeg til min store forundring at den koordinerende operasjonssykepleierens håndhygiene ikke ble omtalt i lærebøker i sykepleie. Jeg oppdaget spenninger mellom legers og sykepleiers posisjoner og jeg oppdaget at spesifikke operasjonsavdelinger ser ut for å være et relativt nytt fenomen. Det er selvsagt en begrensning at studien bare er basert på lærebøker i sykepleie og på litteratur om sykepleiens historie, helsevesenets historie og annen aktuell litteratur.

8.3 Videre forskning

For å få mer kunnskap om hvordan utforming av operasjonsstuer strukturerer den koordinerende sykepleiers mulighet for å bruke såpe og vann til å rense hendene, kan det gjøres analyser av tegninger av operasjonsavdelinger, bilder og lignende.

For å få mer kunnskap om dominansforhold mellom leger og sykepleiere, kunne det gjøres observasjoner på operasjonsstuer.

Ellers blir det spennende å følge med på den Covid-19 relaterte studien som pågår, og eventuelt hvordan utstrakt bruk av desinfeksjonsmidler som *antibac* (jf. kap. 1.3) påvirker oss, da denne studien har stor relevans for sykepleiere generelt og for den koordinerende operasjonssykepleieren spesielt.

8.4 Etiske vurderinger

Jeg trengte ikke søke REK (Regionale komitéer for helsefaglig og medisinsk forskningsetikk) eller Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) da mitt prosjekt er en registrantanalyse og all litteratur er offentlig tilgjengelig og inneholder ikke sensitive personopplysninger. Men det er etiske fordringer ved litteraturstudier også. Det er blant annet viktig at man ikke moraliserer overfor den som har skrevet teksten, men prøver å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at vedkommende posisjonerer seg som han/hun gjør på det aktuelle tidspunktet.

8.5 Formidling

Formidling av denne studien vil være en elektronisk tilgjengelig monografi på HVL Open.tillegg ønsker jeg skrive monografien om til en artikkel som kan publiseres i et praxeologisk tidsskrift. Videre håper jeg at norske utdanninger i operasjonssykepleie kan bruke studien i undervisning om den koordinerende operasjonssykepleierns håndhygiene.

REFERANSER

- Andersen, B. M. (2016). Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus; Del 2 praksis og teori (s. 93-104). Moss: Elefantus Forlag.
- Andersen, B. M., Hansen, I., Loraas, L-M. E. (2018). Hygiene og infeksjonsforebygging. I I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 233-306). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Andersen, B. M., Dåvøy, G. (2018). Operasjonsavdelingen. I I. Hansen (Red), *Operasjonssykepleie*. (s. 220-232). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Andersson, A. E., Frödin, M., Dellenborg, L., Gillespie, B. M., Høk, J., Wikström, E. (2018). Iterative co-creation for improved hand hygiene and aseptic techniques in the operating room: experiences from the safe hands study. *BMC Health Services Research*, 18:2. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2783-1>
- Antibac (2019). Krav og standarder. Hentet 10. september fra <https://antibac.no>
- Antibac (2019). Ofte stilte spørsmål: anvendelse. Hentet 10. september fra <https://antibac.no/ofte-stilte-sporsmal/#content>
- Arntzen, A. (1921). Kirurgisk sykepleie. I K. Grøn, & S. Widerøe (Red.), *Haandbok i Sykepleien* (1. utg., s. 8). Kristiania: H. Aschehoug & co.
- Barzoloski-O'Connor, B. (2007). From scrub to rub: Hand hygiene in the OR. *OR Nurse* (Ambler, Pa.), 2007-01, Vol.1 (1), p. 10. <https://doi.org/10.1097/01271211-200701000-00002>
- Bäckström, G. (2018). Operasjonssykepleierens myndighetsområde og funksjonsansvar. I I.Hansen (Red.). *Operasjonssykepleie*. (s. 26-31). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bjerke, Nancy B. (2004). The Evolution; Handwashing to Hand hygiene Guidance. Hentet fra <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.418.7845&rep=rep1&type=pdf>
- Bjørneboe, J. (1995). Samlede Skuespill. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Boge, J. (2008). *Kroppsvask i sjukepleia*. (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen, Bergen.

MKS 591, kandidatnummer 419, innleveringsfrist 19.11.2020.

Boge, J., Elstrøm, P., Klepp, I., G., Sanderød, A. (2013). Bakterieangst skaper farlige bakterier: vi vasker oss syke. *Bedre Helse*. 29 (1), 68-71. Hentet fra

<https://www.nb.no/nbsok/nb/f7302a902be6001057e75f206b7a0ce7>

Bordvik, M. (2020, 28. oktober). Undersøker om sædceller blir påverka av korona. *Bergens Tidende*. Hentet fra <https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/PR9WMX/kan-korona-gjere-framtidige-generasjonar-betre-rusta-mot-sjukdommar-d>

Bourdieu, P., Passeron, J. C. (1977). *Reproduction in education, society and culture*. London: Sage.

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.

Boyce, J., M., Pittet, D. (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. *Hospital of Saint Raphael, New Haven, Connecticut. University of Geneva, Geneva Switzerland*. Hentet fra <https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>

Brekken, R. S., Dåvøy, G. M. (2018). Operasjonsavdelingen. I I.Hansen (Red.) *Operasjonssykepleie* (s. 84-93). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Callewaert, S. (2014). Habitus. I L. B. Brønsted, C. Jørgensen, M. Mottelson, & L. Muschinsky (Red.), *Ny pædagogisk opslagsbog* (s. 165-170). København: Hans Reitzels Forlag.

Domaas, M. B., Heggenhougen, A., Wyller, I. (1941). Alminnelig sykepleie: Sykepleiersken. I A. Jervell (Red.). *Lærebok for sykepleiersker* (s. 1-3). Oslo: Fabritius og Sønners Forlag.

Domaas, M. B., Heggenhougen, A., Wyller, I., Lindstrøm, A., Vogt, A. (1951). Alminnelig sykepleie: Innledning. I A. Jervell (Red.). *Lærebok for sykepleiersker* (s. 1). Oslo: Fabritius og Sønners Forlag.

Dåvøy, G., Eide, P. H. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. I I.Hansen (Red.) *Operasjonssykepleie* (s. 28-33). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

MKS 591, kandidatnummer 419, innleveringsfrist 19.11.2020.

Dåvøy, G. M., Eide, P. H., & Hansen, I. (Red.). (2009). *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dåvøy, G. M. (2009). Faglig skjønn i operasjonssykepleien. I I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie*, (s. 49-65). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, P. H. (2009). Håndlag i operasjonssykepleien. I I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 66-83). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, P. H., Lockertsen, J-T. (2018). Operasjonssøstrene og operasjonsstuene. I I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 18-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, P. H, Dåvøy, G. M. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. I I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 27-33). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Egge, J. H., Tagseth, T. (2020). Mannen bak håndvasken ble latterliggjort selv om han reddet liv. Hentet fra <https://www.nrk.no/viten/ignaz-semmeleweis-fant-ut-at-handvask-kunne-redde-liv-1.14991289>

Erichsen, B. C. (2017). Norske kvinners liv og kamp. Bind I. Oslo: Res Publica.

Etikkom. (u.å). Helseforskning. Hentet 15. september 2019 fra https://helseforskning.etikkom.no/forside?_ikbLanguageCode=n

Folkehelseinstituttet (oppdatert 14. februar 2017). Håndhygieneveilederen: Veilederens kunnskapsgrunnlag. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/handhygiene/kunnskapsgrunnlag/kunnskapsgrunnlag/>

Folkehelseinstituttet (2009). Preoperativ Hånddesinfeksjon. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/trykksaker/handhygiene/preoperativ-handdesinfeksjon.pdf>

Folkehelseinstituttet (2014). Preoperativ håndhygiene. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/handhygiene/anbefalinger/preoperativ-handhygiene/>

Folkehelseinstituttet (oppdatert 14. februar 2017). Håndhygieneveilederen. Hentet fra <https://fhi.no/nettpub/handhygiene/>

MKS 591, kandidatnummer 419, innleveringsfrist 19.11.2020.

Folkehelseinstituttet (2014). Håndvask med såpe og vann. Hentet fra

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/trykksaker/handhygiene/handhygiene--handvask-plakat-bokmal-pdf.pdf>

Folkehelseinstituttet (oppdatert 27. oktober 2020). Håndhygiene, hostehygiene, rengjøring og klesvask. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/renhold-og-hygiene/>

Folkehelseinstituttet (oppdatert 15.02.2017). Preoperativ hånddesinfeksjon. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/plakat/handhygiene-preoperativ-handdesinfeksjon-plakat-a4/>

Folkehelseinstituttet (oppdatert 15.02.2017). Preoperativ håndhygiene. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/handhygiene/anbefalinger/preoperativ-handhygiene/>

Folkehelseinstituttet (2020). Statistikk om koronavirus og covid-19. Hentet 11. november 2020 fra <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/>

Folkehelseinstituttet (oppdatert 16. november 2020). Koronavirus – temaside. Hentet fra <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/>

Hansen, I., Loraas, L-M, E., & Brekken, R. S. (2009). Håndhygiene og infeksjonsforebygging. I I.Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 128-139). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haffner, J., Marthinsen, M. (1941). Pleie ved kirurgiske sykdommer. I A. Jervell (Red.). *Lærebok for sykepleiersker* (s. 253-270). Oslo: Fabritius og Sønners Forlag.

Haffner, J., Marthinsen, M. (1951). Arbeidet i operasjonsstuen. I A. Jervell (Red.). *Lærebok for sykepleiersker* (s. 236-241). Oslo: Fabritius og Sønners Forlag.

Helsebiblioteket. (u.å). Kirurgi. Hentet 10. september 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kirurgi>

Hillestad, B., Gjendem, S., Hansen, R. K., Olsen, K. U., & Sverreson, E. (Red.), (1978). *Håndbok for operasjonssykepleiere* (2. utg.). Kragerø: Fabritius Forlagshus.

MKS 591, kandidatnummer 419, innleveringsfrist 19.11.2020.

Hillestad, B. (1955). *Operasjonsstueteknikk*. Oslo: Fabritius og Sønners Forlag.

Holck, P. (2020, 1. april). Joseph Lister. Hentet fra [https://snl.no/Joseph Lister](https://snl.no/Joseph_Lister)

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* (2. utg., Vol. 1). Oslo: Fabritius og Sønners Forlag.

Jervell, A. (Red.). (1951). *Lærebok for sykepleiere* (2. utg., Vol. 1). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.

Jordåen, R. (2012). Helsebygg i Noreg: ei historisk oversikt. I E. Hammer (Red.), *Rom for helse: hovedtrekk i spesialisthelsetjenestens bygningshistorie* (s. 29-74). Trondheim: Helse- og omsorgsdepartementet.

Karbolvann (2020). I *Store medisinske leksikon*. Hentet 27. oktober 2020 fra <https://sml.snl.no/karbolvann>

Kropp, K. (2009). Registantanalyse; Historiseringen af et felt via dokumenter. I O. Hammerslev, J. A. Hansen, og I. Willig (Red.), *Refleksiv sociologi i praksis* (173-189). København: Hans Reitzels Forlag.

Kaurin, E. (1879). *Sygepleiersken: Kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd*. Kristiania: Alb. Cammermeyer.

Kristoffersen, N. J. (Red.). (1996). *Generell sykepleie* (Vol. 1-3). Oslo: Universitetsforlaget.

Lid, R., Aasbrenn, M., (2009). *Korleis kan sjukepleiarstudentar erfare at retningslinjene for handhygiene er korrekte?* (Mastergradsavhandling, VID vitenskapelige høgskole, Oslo). Hentet fra <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/bitstream/handle/11250/98917/279258.pdf?sequence=7&isAllowed=y>

MKS 591, kandidatnummer 419, innleveringsfrist 19.11.2020.

Lister, J. (2006). Encyclopedia Britannica. Hentet fra <http://www.britannica.com/eb/article-048498/Joseph-Lister-Baron-Lister>

Mathisen, J. (2009). *Andrea Arntzen* i *Norsk biografisk leksikon* på snl.no. Hentet 12. november 2020 fra https://nbl.snl.no/Andrea_Arntzen

Moseng, O. G. (2012). *Framvekst og profesjonalisering: Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)*. Oslo: Akribe.

Martinsen, K. (2000). Kjærlighetsgjæringen og kallet. I R. Nissen, *Lærebog i Sygepleie* (s. 243-291). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nissen, R. (1877/2000). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Kristiania: U. J. Rolstad.

Norsk Rikskringkasting. (2020, 24. april). Nordmenn har vært mindre syke under koronapandemien. Hentet fra <https://www.nrk.no/osloogviken/nordmenn-har-vaert-mindre-syke-under-koronapandemien-1.14993172>

Norsk Rikskringkasting. (2020, 13. november). Status koronaviruset. Hentet fra https://www.nrk.no/korona/status/?utm_campaign=korona-ministatus&utm_source=button&utm_medium=status-i-norge

Oksavik, W., S. (2018). Samarbeid i team. I I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 203-217). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Petersen, K. A & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab: Hvad er det? En diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. Danmark: Hexis.

Petersen, K. A. (1996). *Hvorfor Bourdieu?* København: Munksgaard.

Petersen, K. A. (1989). Den praktiske sans – sygeplejens skjulte principper. *Faglig profil 4, delrapport 12*(Issue).

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* (s. 109-134). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

MKS 591, kandidatnummer 419, innleveringsfrist 19.11.2020.

Prieur, A., Kristiansen, S. & Jacobsen, M. H. (2002). Liv, fortelling, tekst: streiftog i kvalitativ sociologi. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

Semb, C. (1955). Forord. I Hillestad, B. *Operasjonsstueteknikk*. Oslo: Fabritius og Sønners Forlag.

Schiøtz, A. (2003). *Det offentlige helsevesenet i Norge 1606-2003: Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850*. Oslo: Universitetsforlaget.

Schøyen, R. (2011). *Mikroorganismer og sykdom* (9.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Uddenberg, N. (2018). *Medisinens historie. Lidelse og helbredelse*. Oslo: Dreyers Forlag

Waage, H. R. (1914). *Lærebok i sykepleie* (4. utg.). Kristiania: H. Aschehoug & co.

Widerøe, S. (1921). Kirurgisk sykepleie. I K. Grøn, & S. Widerøe (Red.), *Haandbok i Sykepleien* (s. 141-165). Kristiania: H. Aschehoug & co.

Widerøe, S. (1926). Kirurgisk sykepleie. I K. Grøn, & S. Widerøe (Red.), *Lærebok i sykepleien* (2. utg., s. 108-109). Oslo: H. Aschehoug & co.

Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

World Health Organization (2007, oppdatert 5. mars 2019). *My five moments for handhygiene*. Hentet 3. november 2020 fra <https://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/5moments/en/>

Vedlegg 1:

Tabell 3 - Registrantanalyse om håndhygiene

Forfatter	Årstall	Tittel	Posisjon	Posisjoneringer overfor håndhygiene
Nissen, Rikke	1887	Lærebog i Sygepleie for Diakonisser	Diakonisse/læresøster	Den sykes ansikt og hender må vaskes minst 1 gang pr uke. Man må vaske hendene om morgenen og ellers flere ganger om dagen etter å ha stelt den syke og etter forbindelse av sår, vaske hendene mellom hver forbindelse. Ved sår på hendene, bør man desinfisere dem etter at man er ferdig med å stelle den syke.
Kaurin, Edvard	1879	Sygepleiersken: Kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd.	Lege	Sygepleieren må bestrebe renslighet av den syke, samt alt hun har i hendene. Det brukes karbolsyre mot pasientens utøy. Pasientens munn og hender skal vaskes etter måltid. Ved smitte må hun vaske hendene med karbolvann.
Waage, Hans Riddervold	1901	Lærebog i sygepleie	Lege	Pasientens hender vaskes minst en gang om dagen. Ved smitte brukes mekanisk desinfeksjon, altså filtrert drikkevann. Aseptisk metode står her for første gang, desinfeksjon er såpe og vann, ellers «Nafta, Alkohol, Sæbespiritus, antiseptiske oppløsninger»
Waage, Hans Riddervold	1914	Lærebok i sykepleie	Lege	Størst mulig renslighet med såpe og vann, sykepleieren bør bruke tannbørste og neglerenser flittig.
Grøn, Kristian og Widerøe, Sofus	1921	Haandbog i sygepleien	Leger Forstanderinne og oversykepleier var med å skrive boken.	Renslighet er viktig for å unngå smitte. Korte negler og neglebørste er viktig. Anbefaling for vask av hendene til kirurgen og hans hjelper med såpe og vann og desinfeksjon med spiritus.
Grøn, Kristian og Widerøe, Sofus	1926	Lærebok i sykepleie	Overleger	Her står anbefaling om å børste hendene med 70% spiritus etter håndvask for kirurg og assistent.

MKS 591, kandidatnummer 419, innleveringsfrist 19.11.2020.

Jervell, Anton	1941	Lærebok for sykepleiersker	Overlege Kvinner med sykepleierbakgrunn var i redaksjonen	Sykepleieren anbefales mosjon, rene tenner, negler og hender, men ikke hvordan hun vasker hendene..
Jervell, Anton	1951	Lærebok for sykepleiere	Overlege	Ikke noe nytt om håndhygiene i denne utgaven.
Hillestad, Borghild	1955	Operasjonsstueteknikk	Sykepleier	Vaskene må ha kaldt og varmt vann og pedaler til flytende såpe og spritdispensere. Sprit brukes til kirurgisk håndvask, 70% og at 95% ikke fungerer pga manglende vanninnhold. Det beskrives nå at det er to op.søstre, en steril og en som går en til hånde. Kirurgisk håndvask beskrives kun for den sterile op.søster, og man skal sprite hendene i 1 minutt. Det er beskrevet instruksjoner for kirurgisk håndvask og kirurgisk håndvask med <i>sterilan</i> (antiseptisk såpe), og hvor lang tid en bruker på håndvasken varierer. Med såpe og vann fra 5-15 minutt, og sprit i et minutt
Hillestad og Norsk Sykepleiers Landsforbund for Operasjonssykepleiere	1978	Håndbok for operasjonssykepleiere	Sykepleier og operasjonssykepleiere	Kirurgisk håndvask foregår i egne rom, servantens høyde utgjør om kirurgisk håndvask kan gjøres stående eller sittende. Presiseres at vaskene skal være dype nok til at vannet renner riktig vei, fra fingre til albu. Skyld hendene med sprit eller annet desinfeksjonsmiddel i 1 minutt.
Eide, Dåvøy, Hansen	2009	Operasjonssykepleiere	Operasjonssykepleiere	Infeksjonsforebyggende tiltak beskrives. Ringer og klokker skal av, fri for neglelakk og smykker. Riktig håndvask utføres i 30-60 sekunder. Anbefalinger fra fhi fra 2004, beskrivelse av de forskjellige metodene for hånddesinfeksjon, kirurgisk hånddesinfeksjon, huddesinfeksjon. Står ingenting om den som «går til hånde» her. Mer generelt om hygiene.

Eide, Dåvøy, Hansen	2018	Operasjonssykepleie	Operasjonssykepleiere	For første gang står det om den koordinerende op. spl. at den har ansvaret for å vaske op. feltet, men ingenting om hvordan denne skal vaske hendene sine. Stor vekt på infeksjonsforebygging. Korrekt håndhygiene er nå 40-60 sekunder med såpe og vann og minst 20-30 sekunder med hånddesinfeksjon med alkohol, med eller uten klorheksidin. Kirurgisk håndvask med antimikrobiell såpe.
------------------------	------	---------------------	-----------------------	---

Vedlegg 2:

Tabell 4 - Registrantanalyse om sykepleiers posisjon i det medisinske feltet og posisjoneringer overfor operasjonsstuen

Årstall	Bokens tittel	Redaktørens navn og tittel	Forfatters navn og posisjon	Posisjoneringer overfor sykepleiers posisjon i det medisinske feltet	Posisjoneringer overfor operasjonsstuen
1887	Lærebog i Sygepleie for Diakonisser	Rikke Nissen, Diakonisse/lære-søster	Eneforfatter	Sykepleieren skal innordne seg etter legens anbefalinger og gi beskjed om pasientens tilstand. Diakonissen skulle ikke bare være barmhjertig og renslig, men være lydlig og taus mot legen.	Ikke spesifikke rom for operasjoner. De kunne utføres på et bord, i hjemmet eller i en seng oppbygget med klosser. Diakonissen skulle assistere kirurgen uten frykt.
1879	Sygepleiersken: Kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd.	Edvard Kaurin, lege	Eneforfatter	Sykepleier skal nøyaktig følge legens anvisninger og aldri handle på egen hånd. Hun skal være punktlig og pålitelig og mild og blid i sitt vesen.	Ikke beskrevet da boken var myntet på hjemmesykepleie.
1901	Lærebog i sygepleie	Hans Riddervold Waage, lege	Eneforfatter	En sykepleiers to plikter er å stille den syke og gi legen beskjed om den sykes tilstand. Hun skal være bestemt, fattet og rolig, ikke ha nervøse tendenser. Sykepleier kan fravike legens anordning, men bør forsøke å snakke med legen først.	Det står ikke noe om hvor operasjoner foregår. Men det står beskrevet hvordan sykepleier kan assistere, sykehus blir her nevnt.
1914	Lærebok i sykepleie	Hans Riddervold Waage	Eneforfatter	Samme som i forrige utgave.	Samme som i forrige utgave.
1921	Haandbog i sygepleien	Kristian Grøn og Sofus Widerøe, leger (overleger)	Andrea Arntzen , forstanderinne skrev kapittelet om kirurgi. Det var med en oversykepleier i boken også.	Norske Røde Kors og Den Norske Sanitetsforening har nå skoler for sykepleiere. Leger og samfunnet har behov for å skolere sykepleiere da behovet er stort. Man bør ha kjennskap til det faglige mer enn det barmhjertige. Pliktene er overfor legene, kollegene, pasientene og seg selv. Sykepleieren plikter lydighet	Kirurgi beskrives som et håndverk. Egne operasjonsstuer blir det nå skrevet om, men også at man opererer i private hus. Aseptikk er helt nødvendig. Assistentene må vite at urene hender ikke er sterile. I sykehus er den sykepleieren som står ved instrumentbordet oftest desinfisert, men noen

				mot legen, men kan fravike dette om det er nødvendig.	foretrekker at denne ikke er det. Sykepleier bør kunne gjette kirurgens ønsker og sammen er man en tenkende stor organisme.
1926	Lærebok i sykepleie	Kristian Grøn og Sofus Widerøe, leger (overleger)	Oversykepleier og forstanderinne var med på boken	Ingen forskjell fra forrige utgave.	Ingen forskjell fra forrige utgave.
1941	Lærebok for sykepleierker	Anton Jervell, lege (overlege)	Flere leger og kvinner med sykepleierbakgrunn var i redaksjonen. Maren Marthinsen , oversykepleier og Johan Haffner , lege har skrevet kapittelet om pleie ved kirurgiske sykdommer.	Sykepleier og legers oppgaver går mer hånd i hånd. Et samarbeid. Sykepleier bør ha god forstand, være fullt utviklet og ha sterke føtter. Hun må ikke være nervøs, ha et jevnt og balansert sinn og ha normale sanser.	Operasjonsavdelingene har egne avdelinger etter størrelsen på sykehuset. Her beskrives nå «kirurgisk håndvask» og metode. Sterilisering i egne rom, viktig med renhold. Normalt med to stuer, en for rene og en for infiserte tilfeller.
1951	Lærebok for sykepleiere	Anton Jervell, lege (overlege)	Flere leger og kvinner med sykepleierbakgrunn var i redaksjonen	Sykepleie beskrives nå som et fag og ikke en barmhjertighetsgjerning. Stor samfunnsmessig betydning. Sykepleiere verden over har organisert seg. Sykepleiere skriver om sykepleierfaglige emner og legene skriver om medisin.	Ikke noe nytt under kirurgi i denne utgaven.
1955	Operasjonsstueteknikk	Sykepleier	Eneforfatter	Operasjonsstuen er operasjonssøsters domene og denne har hele ansvaret. Operasjonssøsteren må være våken, ha selvkontroll, kunne mestre nye situasjoner, handle raskt og ha ordenssans. En må kunne stå i timevis uten mat og drikke. Operasjonssøsteren har rett il å kreve punktlighet og	Den første boken spesielt for operasjonssykepleie. Operasjonsstuene beskrives i størrelse og utforming, riktig lys og luftforhold, samt temperatur. Enkelt utstyr, rene og glatte. Derfor er ofte operasjonsstuene runde og glatte.

				høflig behandling fra kirurgens side. Villighet til læring, intenst arbeid og sunn fornuft kommer man langt med på operasjonsstuen.	
1978	Håndbok for operasjonssykepleiere	Operasjonssykepleiere	Sykepleier Hillestad i samarbeid med NSFs landsgruppe for operasjonsspl.	En bok for sykepleiere av sykepleiere. Samme krav som i foregående bok, men man er nå en del av et team inne på stuen. Beskrivelse av to operasjonssøstre på stuen.	Det er nå hensiktsmessig at operasjonsstuene er firkantet eller rektangulære. Med hensyn til hygiene plasseres operasjonsstuene med skyllerom, forberedelsesrom, frakturrom og cystoskopirom mellom korridorene og lagre og anestesi samt bøtterom plasseres ytterst. All trafikk dirigeres dermed bort fra den sterile delen av operasjonsavdelingen.
2009	Operasjonssykepleiere	Operasjonssykepleiere	Gabriella Bäckström, operasjonssykepleier, flere forfattere til flere kapitler. De fleste er operasjonssykepleiere, sykepleier og anestesisykepleier er med og forfatter.	Nå kalles det operasjonssykepleier, ikke operasjonssøster. Operasjonssykepleieren skal ha kompetanse som gir myndighet i tillegg til funksjonsansvar. Krav til fagkunnskap, selvstendighet, medmenneskelighet, omsorg og viten. Er innenfor profesjonen sykepleie et eget kompetanseområde.	Operasjonsavdelingen er beskrevet som en høyteknologisk avdeling med spesielle krav til utforming og innhold. Skjermet og lukket område med tilgang til intensiv- akutt- og røntgenavdeling. Skal være lett å holde ren og skal tåle desinfeksjonsmidler.
2018	Operasjonssykepleie	Operasjonssykepleiere	Eide, Dävøy og Lockertsen er kapittelforfattere til teksten. Operasjonssykepleiere, leger, anestesi og sykepleiere har forfattet boken.	Står mye det samme som i 2009 utgaven, men rammer og lover for tjenesten er nå tatt med. Sikkerhet og velvære er viktig. Må kunne assistere kirurgen og drifte koordineringen av stuen.	Operasjonsstuene utformes etter bestemte regler og skal ha så lite møblering som mulig for å holde det rene så mulig. Man bør vite litt om kirurgisk teknikk for å kunne utforme en operasjonsstue.

MKS 591, kandidatnummer 419, innleveringsfrist 19.11.2020.

MKS 591, kandidatnummer 419, innleveringsfrist 19.11.2020.