



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

MKS591-O-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	12-05-2021 09:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	26-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 MKS591 1 O 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	463
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	14667
----------------------	-------

Egenerklæring \*: Ja

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

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**

# MASTEROPPGÅVE

## Ivaretaking av sjukepleiaren

*Ein praxeologisk studie om korleis lærebøker i sjukepleie har  
posisjonert seg om ivaretaking av sjukepleiar*

## Care of the nurse

*A praxeological study of how nursing textbooks have  
positioned themselves on care of the nurse*

30 studiepoeng

26.mai 2021

## Lene Andreassen

Kandidatnummer: 463

Master i klinisk sjukepleie – intensivsjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Høgskulen på Vestlandet (HVL)

### Rettleiar:

Jeanne H. Boge,

Professor, Master i klinisk sjukepleie, HVL

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Forord

At eg skulle utforme ei mastergradsoppgåve i intensivsjukepleie, var ikkje sjølvsgagt. Det å utforme ei masteroppgåve på slutten av intensivsjukepleieutdanninga er valfritt ved Høgskulen på Vestlandet, og per dags dato får ein ikkje økonomisk stønad av Helse Bergen som arbeidsgjevar til denne delen av utdanninga. Som ein agent i det sosiale rom vert eg forma av dette og kan berre utvikle meg i den konteksten eg oppheld meg i. Det har difor vore avgjerande med støtta eg har fått av mine næraste til å utføre dette arbeidet, det hadde ikkje vore mogleg å få til utan deira støtte. Den første og største takken går difor til dei eg bur med, Ronja, Kristina og Roy. Takk for at de har ivareteke meg i denne perioden, no gleder eg meg til å fokusere på oss.

Takk til nær familie og gode vener, for oppmuntrande ord og for dykkar tru på mi evne til å skape noko i ei ukjend akademisk verd! Eg er den eg er på grunn av dykk.

Ei særskild takk skal rettast til min dyktige rettleiar Jeanne H. Boge. Arbeidet har vore krevjande og utfordrande, og eg hadde ikkje klart det utan ditt brennande engasjement, og kyndige rettleiing. Du har vore tilstades for dei små og store tinga, og har opna opp for ei interesse for ei praxeologisk forskingsverd som er samansett, kompleks og lærerik.

## Samandrag

Dette er ein samfunnsvitskapleg studie om korleis det norske sjukepleiefaget har posisjonert seg til ivaretaking av sjukepleiar. Bakgrunnen for studien er undringa over manglande undervisning om ivaretakingspraktikkar i bachelorutdanning i sjukepleie og under mastergradutdanning i intensivsjukepleie, trass i at det er velkjend at virket som sjukepleiarar generelt og intensivsjukepleiarar spesielt, kan vere belastande. Formålet med studien er å forstå og forklare korleis det kan ha seg at intensivsjukepleieutdanningar ikkje utdannar intensivsjukepleiarane i å ivareta seg sjølve.

Studien er basert på ei antaking om at posisjoneringane til dei som skriv lærebøker i intensivsjukepleie er fundert i den praktiske sansen som dei har inkorporert i det sosiale rommet og feltet som dei agerer i. Analysane som er fundert i Bourdieu sin teori om praktisk sans, praxeologisk vitskapsteori og ein praxeologisk analysestrategi, er basert på ein registrantanalyse av norske lærebøker i sjukepleie generelt og intensivsjukepleie spesielt. Følgjande forskingsspørsmål har strukturert analysane:

*Korleis posisjonerer forfattarar av lærebøker i sjukepleie seg i forhold til ivaretaking av sjukepleiar? Korleis kan det ha seg at forfattarar av lærebøker i sjukepleie posisjonerer seg som dei gjer i forhold til ivaretaking av sjukepleiar? Korleis kan eit historisk perspektiv på posisjoneringar om ivaretaking av sjukepleiar bidra til å forstå og forklare at eg ikkje har fått undervisning om ivaretaking av sjukepleiar i intensivsjukepleie-studiet?*

Analysane visar at det generelt har vore lite fokus på ivaretakingspraktikkar i lærebøker i sjukepleie. Men ivaretaking er nemnt. I lærebøker frå 1877-1940 ser det ut for at det er dei rette eigenskapane og det å underordne seg Gud og legen som bidreg til å ivareta sjukepleiar. I perioden 1941-1984 ser det ut for at det er profesjonell ansvarleg sjukepleie med teoretisk skulering, og arbeidervernlova og arbeidsmiljøet som bidreg til å ivareta sjukepleiar. I perioden 1985-2004 vert det forventat at sjukepleiar tek vare på seg sjølv. I læreboka i intensivsjukepleie som har kome ut i ulike versjonar i perioden 2005 – 2020, er ikkje ivaretaking nemnt. Det kan sjå ut for at lærebokforfattarane av lærebøker i intensivsjukepleie er blitt så vande med at det er lite fokus på ivaretaking av sjukepleiaren, at dei ikkje kjem på at det kunne vere nyttig for intensivsjukepleiarane å lære korleis

ivaretaking av sjukepleiar kan gjerast i intensivavdelingar. Lærebøker har ein dominant posisjon i det pedagogiske feltet, dei er på mange vis doxa-berarar, så det at læreboka i intensivsjukepleie ikkje skriv om ivaretaking av sjukepleiaren kan bidra til å forstå og forklare at eg ikkje har fått undervising om ivaretaking av sjukepleiar i samband med intensivutdanning, verken via lærebøker, førelesingar, arbeidskrav eller eksamenar.

**Nøkkelord:** sjukepleie, intensivsjukepleie, praktikk, praxeologi, Bourdieu, ivaretaking, registrantanalyse

## Abstract

In this social science master's study, I have investigated how the Norwegian nursing subject has positioned itself about care of the nurses. The background for the study is the researcher's curiosity about the lack of teaching about care practices in bachelor's degree in nursing and during master's degree in critical care, despite the fact that it is well known that working as a nurse in general and a critical care nurse in particular can be stressful. The purpose of the study is to understand and explain how it can be that the critical care nursing degree does not educate the critical care nurses in taking care of themselves.

The study is based on the assumption that the positionings of those who write textbooks in critical care are based on the practical sense that they have incorporated in the social space and field in which they act. The analyzes, which are based on Bourdieu's theory of practical sense, praxeological science theory and a praxeological analysis strategy, are based on a registrant analysis of Norwegian nursing textbooks in general and critical care textbooks in particular. The following research questions have structured the analyzes:

*How do textbook authors in nursing position themselves in relation to care of the nurse? How can it be that the nursing textbooks authors positions themselves as they do in relation to care of the nurse? How can a historical perspective on positions about care of the nurse help to explain that I have not been taught about care of the nurse in the critical care nursing program?*

The analyzes show that there is generally little focus on care practices in nursing textbooks. But care of nurses is mentioned. In textbooks from 1877-1940, it seems that it is the right qualities and submission to God and the doctor that helps to take care of the nurse. In the period 1941-1984, it appears that professional responsible nursing with a theoretical education and the "Occupational Safety and Health Act" and the working environment will contribute to the care of the nurse. In the period 1985-2004, it is expected that the nurse will take care of her/himself. In the critical care textbook that has been published in different versions in the period 2005-2020, care of the nurse is not mentioned. It may seem that the textbooks authors of critical care textbooks have become so accustomed to the fact that there is little focus on care of nurses, that they do not realize that it could be useful for

critical care nurses to learn how care of the nurse can be done in intensive care units. Textbooks have a dominant position in the pedagogical field, they are in many ways the doxa-bearers, so the fact that the critical care textbook does not write about care of the nurse can help to understand and explain that I have not been taught about care of the nurse during the critical care nursing education, neither via textbooks, lectures, work requirements or exams.

**Keywords:** nursing, critical care, practice, praxeology, Bourdieu, care, registrant analysis



# Innholdsliste

<b>1.0.</b>	<b>INNLEIING</b> .....	<b>9</b>
1.1.	STUDIENS RELEVANS .....	9
1.2.	IVARETAKINGSPRAKTIKKEN .....	11
1.2.1.	<i>Tidlegare studiar om ivaretaking</i> .....	12
1.3.	FRAMVEKSTEN AV SJUKEPLEIARUTDANNINGA OG INTENSIVSJUKEPLEIARUTDANNINGA .....	12
1.3.1.	<i>Tidlegare studiar om innhaldet i norsk sjukepleieutdanning</i> .....	15
1.4.	OPPSUMMERING .....	15
<b>2.0.</b>	<b>TEORETISK PERSPEKTIV</b> .....	<b>16</b>
2.1.	PRAKTIKK .....	16
2.2.	PRAXEOLOGISK VITSKAPSTEORI OG ANALYSESTRATEGI .....	17
2.2.1.	<i>Habitus</i> .....	17
2.2.2.	<i>Sosialt rom</i> .....	18
2.2.3.	<i>Felt</i> .....	18
2.3.	AUTOSOSIOANALYSE .....	19
<b>3.0.</b>	<b>FORSKINGSSPØRSMÅL</b> .....	<b>20</b>
<b>4.0.</b>	<b>METODE OG TEKNIKK</b> .....	<b>20</b>
4.1.	REGISTRANTANALYSE .....	20
4.1.1.	<i>Teknikkar ved gjennomføringa av registrantanalysen</i> .....	21
4.2.	EMPIRI OG AVGRENSING .....	22
<b>5.0.</b>	<b>ETISKE VURDERINGAR</b> .....	<b>23</b>
<b>6.0.</b>	<b>ANALYSE DEL 1: AUTO-SOSIOANALYSE</b> .....	<b>23</b>
<b>7.0.</b>	<b>ANALYSE DEL 2: ANALYSE AV IVARETAKING AV SJUKEPLEIAR I LÆREBØKER I SJUKEPLEIE</b> .....	<b>25</b>
7.1.	LÆREBØKENE 1877 – 1940 OM IVARETAKING AV SJUKEPLEIAREN .....	25
7.1.1.	<i>Om ivaretaking i lærebøker som var i bruk i perioden 1877 - 1940</i> .....	26
7.1.2.	<i>Konstruksjon av feltet og det sosiale rommet</i> .....	27
7.1.3.	<i>Doxa</i> .....	32
7.2.	LÆREBØKENE 1941 – 1984 OM IVARETAKING AV SJUKEPLEIAREN .....	32
7.2.1.	<i>Om ivaretaking i lærebøker som var i bruk i perioden 1941-1984</i> .....	32
7.2.2.	<i>Konstruksjon av feltet og det sosiale rommet</i> .....	35
7.2.3.	<i>Doxa</i> .....	40
7.3.	LÆREBØKENE 1985-2004 OM IVARETAKING AV SJUKEPLEIAREN .....	40
7.3.1.	<i>Om ivaretaking i lærebøker som var i bruk i perioden 1985-2004</i> .....	40
7.3.2.	<i>Konstruksjon av feltet og det sosiale rommet</i> .....	43
7.3.3.	<i>Doxa</i> .....	46

**8.0. ANALYSE DEL 3: FORSTÅING AV - OG FORKLARINGAR PÅ AT EG IKKJE HAR FÅTT UNDERVISING OM IVARETAKING I INTENSIVSJUKEPLEIEUTDANNING ..... 46**

8.1 LÆREBOKA I INTENSIVSJUKEPLEIE POSISJONERER SEG IKKJE OM IVARETAKING AV SJUKEPLEIAREN ..... 46

8.2 TEORI OM KORLEIS DET KAN HA SEG AT EG IKKJE HAR FÅTT UNDERVISING OM IVARETAKING AV INTENSIVSJUKEPLEIAREN ..... 48

**9.0. VIDARE FORSKING ..... 49**

**REFERANSELISTE ..... 50**

**LISTE OVER VEDLEGG ..... 55**

**Vedlegg 1:** Registrant (11 sider)

**Vedlegg 2:** Søkeshistorikk i Cinahl

**Vedlegg 3:** Utfyllande om tidlegare forskning (2 sider)

**OVERSIKT OVER TABELLAR:**

**Tabell 1:** Registrantens innhald

**Tabell 2:** Oversikt over analyserte lærebøker frå perioden 1877-2004

**Tabell 3:** Om ivaretaking av sjukepleiar i analyserte lærebøker frå perioden 1877-1940

**Tabell 4:** Om ivaretaking av sjukepleiar i analyserte lærebøker frå perioden 1941-1984

**Tabell 5:** Om ivaretaking av sjukepleiar i analyserte lærebøker frå perioden 1985-2004

**Tabell 6:** Om ivaretaking av sjukepleiar i analyserte utgåver av læreboka i intensivsjukepleie i perioden 2005-2021

## 1.0. Innleiing

Dette er ein studie om korleis det norske sjukepleiefaget har posisjonert seg i høve til ivaretaking av sjukepleiaren.

Bakgrunnen for studien er at eg ikkje, verken i bachelorutdanning i sjukepleie eller under mastergradutdanninga i intensivsjukepleie, har erfart å få undervisning om ivaretaking av sjukepleiaren, utover forflyttingsteknikk. Eg antok at ivaretaking av sjukepleiaren var eit tema i intensivutdanninga, då dette var fråverande i bachelorutdanninga. Det var difor overraskande då eg opplevde at ivaretaking av intensivsjukepleiaren ikkje har vore tema i intensivsjukepleiarutdanninga. Andre, både nyutdanna og erfarne intensivsjukepleiarar, fortel at dei heller ikkje opplever at dei har blitt førebudd på korleis ein som intensivsjukepleiar kan ivareta seg. Fleire har fortalt at dei kan ha problem med å legge vekk tragediane dei erfarer i pleia av akutt-kritisk sjuke på intensivavdelinga når dei dreg heim.

Formålet med studien er å forstå og forklare korleis det kan vere at intensivsjukepleieutdanningar ikkje utdannar intensivsjukepleiarane i å ivareta seg sjølve.

Studien er basert på ein registrantanalyse (Kropp, 2009) av lærebøker i sjukepleie generelt og intensivsjukepleie spesielt. Analysane omhandlar lærebøker frå den fyrste norske læreboka i generell sjukepleie kom ut i 1877 og fram til lærebøker som er i bruk i norske intensivsjukepleieutdanningar i 2021 (jf. kap. 7.0.). Analysane er fundert i den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1930-2002) sin teori om praktisk sans (Callewaert, 1997, s.13-26, jf. kap. 2.1.), og gjennomført ved hjelp av ein praxeologisk vitskapsteori og ein praxeologisk analysestrategi med tilhøyrande habituskonstruksjonar (jf. kap.2.2.).

### 1.1. Studiens relevans

På bakgrunn av undringa over manglande utdanning i ivaretaking, vil eg i dette kapitlet argumentere om kvifor ivaretaking av intensivsjukepleiar er spesielt viktig.

Intensivsjukepleiaren arbeidar med pasientar med alvorlege, ofte livstrugande skadar og sjukdommar, der det ofte er det små marginar mellom liv og død. Kvardagen til intensivsjukepleiaren er prega av intensitet, krav om årvakent blick, presisjon og evna til å

prioritere (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2004, Stubberud, 2015a, s. 29-39). Intensivsjukepleiaren er skulert for å arbeide i ei intensivavdeling. Intensivavdelingane er avgrensa einingar i sjukehuset som er bemanna av spesialutdanna sjukepleiarar og har avansert medisinsk teknisk utstyr (Norsk anesthesiologisk forening og NSFLIS, 2014, s.9). Det høg-intense miljøet og akutt-kritisk sjuke pasientar – gjer at ein vil oppleve mange tragediar som intensivsjukepleiar ved ei intensivavdeling.

Ei undersøking gjort av Statistisk sentralbyrå i 2017 viser at 49% av norske intensivsjukepleiarar ynskjer å slutte, eller vurderte å slutte (Statistisk sentralbyrå, 2017). Dette ynskje kan ha samband med stort arbeidspress på grunn av mangel på intensivsjukepleiarar og tøffe turnusar. Mangelen på intensivsjukepleiarar er blitt tydeleg i samband med Covid-19-pandemien, men den var velkjend i Noreg også før pandemien oppstod (Tønnessen, 2020).

Ein kan ikkje sjå bort i frå at ynskje om å slutte også har samband med at intensivsjukepleiaren ikkje får hjelp til å handtere eigne reaksjonar på tragediane hen møter som intensivsjukepleiar. Tidlegare forskning (jf. vedlegg 2) visar at **stress** (Papathanassoglou & Karanikola, 2018; Saravanabavan et al., 2020; Salimi et al., 2020), **utbrenthet** (Filho et al., 2019; Saravanabavan et al., 2020; Salimi et al., 2020), **medkjensle-trøyttheit** (Alharbi et.al., 2019), **depresjon** (Papathanassoglou & Karanikola, 2018), **moralsk naud** (Papathanassoglou & Karanikola, 2018) og **angstrelaterte somatiske symptom** (Alharbi et.al, 2019) er kjende og vel dokumenterte utfordringar som intensivsjukepleiaren møter i arbeidet sitt. For utfyllande beskriving av studiane, sjå vedlegg 3. Desse studiane har utspring frå andre land enn Noreg, det vil sei at bemanning og materielle rammer kan vere annleis. Eg vil likevel argumentere for at studiane kan ha ein relevans, då den menneskelege reaksjonen kring pleie av akutt og/eller kritisk sjuke menneske kan ha felles trekk, uavhengig av kva land ein arbeidar i.

Norske studiar som omhandlar intensivsjukepleiarane sine utfordringar, er knytt til Covid-19 pandemien, og eg har såleis ikkje inkludert desse i mi studie. Men Faktabok om arbeidsmiljø og helse i Noreg (STAMI-rapporten) som vert utgjeve annakvart år av Statens arbeidsmiljøinstitutt, viser at det ikkje er berre intensivsjukepleiaren som opplever

sjukepleieryrket som utfordrande (STAMI, 2018). STAMI-rapporten visar at sjukepleiarprofesjonen hamnar i toppsjiktet på blant anna skiftarbeid/nattarbeid, hyppig omorganisering, høge jobbkraav (for mykje arbeid, høgt jobbtempo), høg grad av rollekonflikt, høgast førekomst av arbeidsrelaterte sømnvanskar, høgast førekomst av legemeldt sjukefråvær grunna høgt blodtrykk, fare for konsekvensar for liv dersom ein gjer feil, og yrket hamnar som nr.2 på lista over høgast sjukefråvær – her med muskel-skjelettplager og psykiske diagnosar som hovudårsak.

Med forankring i forskingsbasert kunnskap, ser me at det å utdanne intensivsjukepleiarar i ivaretaking av seg sjølv er spesielt viktig.

## 1.2. Ivaretakingspraktikken

I denne studien er det ivaretakingspraktikken som er forskingsobjektet. Me kallar det for ein praktikk – då det er den sosiale praktikken som vert utforska (jf. kap. 2.1.). Forskingsobjektet er konstruert fram i kapittel 7.0 og kap. 8.0. Nedanfor har eg gjort ein førebels konstruksjon av forskingsobjektet, ein såkalla prekonstruksjon. Alle tema er prekonstruerte, i den forståinga at det er bestemte måtar å oppfatte ulike tema på. Ein prekonstruksjon skriv fram det «sjølvsaagte», og analyserer vår forståing av objektet. Dette gjer ein for å skape ein viss avstand mellom forskar og objektet, også fordi det er naudsynt å analysere vår forståing av noko for å kunne problematisere det «som er» (Prieur, 2002, s. 118-120).

Denne studien er basert på ei forventing, om at undervising om ivaretaking av sjukepleiar omfattar undervising om alle former for praksis som direkte eller indirekte kan bidra til å verne hjelparar mot skader og slitasje i jobben. Slik undervising bør meir konkret omfatte kunnskap om kva belastingar som finst i yrket, kunnskap om kva det er som gjev risiko for skadar, kunnskap om kva som er teikn på slitasje, og kunnskap om kva det er som beskyttar hjelparen. Denne forståinga av ivaretaking er basert på psykologane Marie Haavik og Siri Toven (2020) sine studiar om ivaretaking av menneske i helse- og omsorgsyrka (t.d. sjukepleiaren). Dei påstår at ein hjelpar som vert ivareteken, og som varetek seg sjølv, har mindre risiko for sjukdom og skade på bakgrunn av smerten hen tek innover seg på jobb (Haavik & Toven, 2020, s. 9-13). Dei argumenterer for at det å knytte band om og om igjen, det å lytte til historia medan ein er empatisk nær, det å ha ideal, forventingar og rollekonfliktar, moralsk stress, høge jobbkraav,

emosjonelle krav og eigne kjensler, og manglande støtte og hemmande arbeidskulturar, er alle faktorar som kan skade hjelparen (Haavik og Toven, 2020 s. 25-37). Desse faktorane såg me dokumenterte i tidlegare forskning om kjende belastningar i sjukepleie/intensivsjukepleie (jf. kap.1.1).

I forlenginga av Haavik og Toven (2020) sine utleggingar om ivaretaking har eg undersøkt korleis sjukepleiefaget posisjonerer seg til ivaretaking av sjukepleiaren, om sjukepleiaren/intensivsjukepleiaren vert undervist om kva belastningar som finst i sjukepleieyrket, kva som gjev risiko for skadar, kva som er teikn på slitasje, og kva som beskyttar hen (jf. forskingsspørsmål kap.3.0., jf. analysar i kap.7.0 og kap. 8.0.).

#### 1.2.1. Tidlegare studiar om ivaretaking

Det har ikkje lukkast å finne forskning på ivaretaking av sjukepleiaren. Derimot finn ein i Tidsskriftet Sykepleien frå august 2018 ein artikkel med namnet «Sykepleiere må lære å ta vare på seg selv» (Tandberg, 2018). Artikkelen handlar om at sjukepleiarar har høg grad av utbrenthet i yrket, at ein ofte ikkje er førebudd på «trykket» og ansvaret som kvilar på sjukepleiaren med dagens utdanningssystem, og at ein står åleine med påkjenningane når ein reiser heim til privatlivet. Med dette spør ho om eigenomsorg bør bli eit eige tema i utdanninga (Tandberg, 2018). Det vart også i juni 2020 i Tidsskriftet Sykepleien publisert eit intervju med psykolog Siri Toven (Fonn, 2020), som saman med Marie Haavik står som forfattarar bak boka «Ivaretakelse av hjelpe», som er nytta som forståing av ivaretaking i denne studien (jf. kap. 1.2.). Intervjuet visar til at ein som nyutdanna sjukepleiar ikkje er førebudd på kor vanskeleg arbeidet eigentleg er, og ein kan tenke at det er eit privat problem, då ein ikkje har blitt utdanna i å handtere belastningane yrket medfører.

Artiklane visar at sjukepleiarar ikkje vert utdanna i ivaretakingspraktikkar, og fokus på ivaretaking av sjukepleiar gjennom utdanninga er høgaktuelt.

#### 1.3. Framveksten av sjukepleiarutdanninga og intensivsjukepleiarutdanninga

I dette kapitlet presenterer eg ein prekonstruksjon av feltet (felt som teoretisk omgrep, jf. kap. 2.2.3) og det sosiale rommet (sosialt rom som teoretisk omgrep, jf. kap. 2.2.2.) kor studien oppheld seg i. Ivaretaking av sjukepleiaren er analysert som ein kamp mellom ein

medisinsk og ein pedagogisk logikk. Dette fordi legar med tilhøyrande medisinsk logikk har hatt ein sentral plass i sjukepleieutdanningar (jf. kap. 1.4.), og fordi store delar av sjukepleieutdanningar på ulike nivå finn stad i det medisinske feltet (jf. kap. 1.4.).

I dette pedagogisk/medisinske feltet er det fleire sosiale rom (jf. kap. 2.2.2.). For eksempel sjukepleielærarar, legar og intensivsjukepleiarar. Denne studien har hovudfokus på dei som har agert som lærebokforfattarar i sjukepleie generelt og i intensivsjukepleie spesielt (jf. kap. 7.0. og 8.0.). Tidlegare studiar viser at både legar og sjukepleiarar har agert som lærebokforfattarar i sjukepleie (Kristiansen, 2020).

Noregs fyrste sjukepleiarskule vart etablert i 1868 (Kristoffersen, 1996, s.156), og oppstod på bakgrunn av legane sitt ynskje om faglærde medhjelparar (Moseng, 2012, s.24-29). Det viser seg at legane har hatt ein dominerande plass i norske sjukepleieutdanningar (jf. kap. 7.1.2.3.).

Sjukepleie var i starten var rekna for å vere eit livskall (jf. kap. 7.2.2.1.) Norsk sjukepleiarforbund (NSF) har stått i spissen for sjukepleiarane sin kamp om å sikre sjukepleias framsteg og utvikling. Då det var ulik utdanning på sjukepleiarane i hundreårskiftet (frå korte kurs, til treårig utdanning), var målet om ei treårig utdanning eit ufråvikeleg krav frå NSF frå etablering i 1912. Ikkje før i 1948 vann ein fram med autorisasjonslova. Lova regulerte utdanningstilbodet, og ein laut ha treårig utdanning for å oppnå autorisasjon, lova påla også offentlege sjukehus å utdanne sjukepleiarar (Schiøtz, 2003, s.450-453).

Innhaldet i sjukepleiarutdanninga, og spørsmålet kring fordeling av timetal på teori og praksis har vore ein kamp i samfunnet generelt og i sjukepleia spesielt (jf. kap. 7.2.2.1.). Til tross for at sjukehusa vart fråteken ein økonomisk ressurs om ein kutta ned på praksisundervisninga, såg sjukehuset behovet for ei auka teoretisk skulering, og det vart difor i 1962 bestemt ei dobling av teoriundervisninga (Schiøtz, 2003, s.450-453).

Ved å forfatte lærebøker, ha meir ansvar for undervisninga, og ved å sjå sjukepleiarane som fagets kunnskapsbaserarar – tok sjukepleiarane gradvis kontrollen over

kunnskapsproduksjonen og formidling av faget. Dette gjorde at legane sin dominante posisjon i sjukepleiefaget vart redusert (Schiøtz, 2003, s.450-453).

Frå 1970-åra ville den nye generasjonen sjukepleiarar modernisere utdanninga. Sjukepleiarane ville forankre sjukepleia i ei vitenskapleg forståing av faget sin eigenart og oppgåver, og å byggje utdanninga på vitenskaplege funderte resultat og funn. Sjukepleiarane sin motivasjon var ikkje lenger «kallet», men motivasjonen for å arbeide med menneske, og styrke samfunnsmedisinen (Schiøtz, 2003, s.464).

Striden mellom legar og sjukepleiarar, eit ynskje frå sjukepleiarane om å frigjere seg frå legens dominans, med likestillingsorienteringa, og ein meir sjølvbevisst sjukepleiarstand, vart særleg uttalt frå 1970-talet. Særleg understreka sjukepleiarane fagets ulikskap ved spesielt fagets humanistiske verdigrunnlag og omsorgsorientering (Schiøtz, 2003, s.493). Ei konsekvens av utviklinga kring 1985-2003 var at legane mista både makt og posisjonar, medan sjukepleiarane oppnådde ein meir autonom posisjon i helsevesenet på denne tida. Sjukepleievitenskap oppstod, og sjukepleiarane tok fleire leiarposisjonar i samfunnet, til dømes er ikkje legeutdanning lenger eit krav for å leie sjukehusavdelingar (Schiøtz, 2003, s.545).

Den medisinsk-tekniske utviklinga i sjukehusa etter andre verdskrig medførte eit behov for avansert sjukepleie, og intensivutdanningane oppstod for å kvalifisere sjukepleiar til å arbeide med dei sjukaste pasientane i sjukehusa (Stubberud, 2015b, s. 44).

Frå 1950 til 1970-talet byrja ein med sjukehusintern undervisning, ofte med legane i spissen for både teori og praktisk opplæring for å kvalifisere sjukepleiarar til arbeid ved intensivavdelingar. Etterkvart fekk ein meir komprimerte kurs med ein avsluttande eksamen, for å bli godkjent som intensivsjukepleiar (Gundersen & Skoglund, 2018, s.15).

Då det i starten stort sett var legar som utdanna intensivsjukepleiaren, var det ein sterk medisinsk og teknisk kunnskapstradisjon som dominerte utdanninga (Stubberud, 2015b, s. 45), og den mangla forankring i sjukepleiefaget (Gundersen & Skoglund, 2018, s. 15-17).



Intensivsjukepleie vart ei eiga sjukepleiespesialitet i Noreg på slutten av 1970-talet, og opplæringa vart formalisert i form av sjukehusinterne utdanningar (Stubberud, 2018, s. 3-5).

I 1986-2005 har vidareutdanninga av intensivsjukepleiarar vore eit samarbeid mellom sjukepleieskular og sjukehusa. Frå 1989 resulterte vidareutdanninga i intensivsjukepleie 30 vekttal (Gundersen & Skoglund, 2018, s.20), medan rammeplan for vidareutdanning i intensivsjukepleie gjort at det genererast 90 studiepoeng frå 2006 (Forskrift til rammeplan for intensivsykepleie, 2005, § 1), og vidareutdanning i intensivsjukepleie er driven av høgskulane åleine (Gundersen & Skoglund, 2018, s.23-26).

Frå hausten 2015 var det 8 av 15 studiestadar i Noreg som utdanna intensivsjukepleiarar, som gav mogelegheita å utvide vidareutdanninga til ein mastergrad i form av ei mastergradsoppgåve på 30 studiepoeng (Skogsaa & Karlsen, 2015). Veggen fram mot mastergrad i intensivsjukepleie har med andre ord vore ein lang kamp mellom sjukehus og utdanningsinstitusjonar, det vil seie mellom ein medisinsk og pedagogisk logikk.

#### 1.3.1. Tidlegare studiar om innhaldet i norsk sjukepleieutdanning

Ovanfor såg me at den norske medisinske historikaren Aina Schiøtz argumenterte for at sjukepleiefaget har frigjort seg frå legane og har oppnådd meir autonomi i etterkrigstida. Men professor i sjukepleie Jeanne Boge og professor i sjukepleievitskap, Karin Anna Petersen sine analysar av fagpolitiske dokument og forslag (1921-1928) og statlege retningslinjer for norsk sjukepleieutdanning (1950-2019), visar at staten sine retningslinjer for norsk sjukepleieutdanning har vore dominert av ein medisinsk logikk. Det har vore lite rom for humanistiske fag (Boge og Petersen, 2020).

#### 1.4. Oppsummering

Dette er ein studie om korleis det norske sjukepleiefaget har posisjonert seg i høve til ivaretaking av sjukepleiaren. Ivaretaking er forstått som det som direkte eller indirekte kan bidra til å verne hjelparar mot skadar eller slitasje i jobben. Studien har utspring i ei undring over at eg, verken i bachelorutdanninga i sjukepleie eller mastergradutdanning i intensivsjukepleie, har erfart å få undervisning om ivaretaking av sjukepleiaren. Formålet

med studien er å forstå og forklare korleis det kan vere at intensivsjukepleieutdanningar ikkje utdannar intensivsjukepleiarane i å ivareta seg sjølve.

## 2.0. Teoretisk perspektiv

Dette kapittelet presenterer studia sitt teoretiske rammeverk. På bakgrunn av prekonstruksjoner av forskingsobjektet (jf. kap. 1.2.), feltet og det sosiale rommet (jf. kap. 1.3.), er denne studien om ivaretakingspraktikkar fundert i den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1930 - 2002), sin teori om praktisk sans/praktikkteorien (Callewaert, 1997, s.13-26,). Eg har nytta Bourdieu sitt teoretiske univers, fordi Bourdieu har teoriar som gjer det mogleg å begripe, analysere og diskutere ivaretakingspraktikken av sjukepleiaren (Petersen & Callewaert, 2013).

### 2.1. Praktikk

I denne studien har eg studert ivaretaking som ein praktikk. Ein praktikk er det me gjer i praksis, og praktikkteorien gjev perspektiv på korleis sosiale praktikkar vert framkalla og forma (Horne, 2016, s. 40). Teorien prøver å fjerne seg frå førestillinga om at praksis er ei tilpassing av teoretisk kunnskap, men at menneske er agentar med ibuande praktisk sans. Bourdieu argumenterer for at individ handlar ut frå sin praktiske sans, og beskriv denne som *kroppslig viten*. Bourdieu meiner med dette at praktisk sans er vilje og handlingar som bur i kroppen. Han beskriv menneske som agentar som agerer utan å tenkje over kva dei gjer (t.d. sykle, skrive – som først blir lært, deretter tenkjer ein ikkje over kva ein gjer). Han kallar handlemåtene for praktikkar, og nyttar ordet *mimesis* for dette – som tyder at ein mimar, ikkje etterliknar (Callewaert, 1997, s. 13-26). Det vil seie at Bourdieu argumenterer for at handlemåten, er meir adekvat enn taleuttrykk – vanane sit i kroppen, og sit i strukturane; utan at det er medvite med bakgrunn i teoretisk kunnskap – men ein ibuande kroppslig måte å agere på.

Ved å nytte praktikkteorien har eg sett på korleis sjukepleiefaget er blitt forma med tanke på ivaretaking av sjukepleiaren, dette er vitskapleg undersøkt ved bruk av Bourdieu sin praxeologiske analysestrategi.

## 2.2. Praxeologisk vitenskapsteori og analysestrategi

Bourdieu argumenterer for at praktikkar (jf. kap. 2.1.) kan studerast ved bruk av praxeologisk analysestrategi (Petersen & Callewaert, 2013, s. 110). I følge Bourdieu eksisterer tre former for teoretisk vitenskap, den fenomenologiske – som tek utgangspunkt i individet sine subjektive erfaringar og ikkje kontekst, den objektivistiske – som ser menneskeleg handling i lys av objektive strukturar, og den praxeologiske. Bourdieu sin praxeologiske vitenskapsteori er basert på ein teori om at menneske sin måte å agere på er ein praktikk som vert forma i samspel mellom objektive strukturar og subjektivismefenomenologi (Wilken, 2015, s. 42-43, Bourdieu, 1998, s.72-86, Petersen, 1996). Bourdieu meiner at ein ikkje berre kan sjå på subjektivismen eller objektivismen åleine for å forstå sosial praksis (Callewaert, 2013, s. 95, Wilken, 2015, s. 29).

### 2.2.1. Habitus

Konstruksjon av habitus er sentralt i praxeologisk analysestrategi. Ein kan i praxeologisk forskning ikkje svare direkte på forskingsspørsmåla, men indirekte ved konstruksjonar av habitus (Boge, 2021, s.5). Habitus teorien er eit analytisk verktøy som kan nyttast for å fatte den praktiske sans (Callewaert, 1997, s. 13-26). Habitusomgrepet er den fyrste byggestein i Bourdieu sin teori om praksis. Habitus er ein teori om korleis det har seg at me posisjonerer oss som me gjer i ord og handlingar, og habitus skapast av, og skapar sosiale strukturar (Wilken, 2015, s. 44-46). I følge Bourdieu er habitus eit produkt av sosialisering, og seier me i barndommen tileignar oss kunnskap gjennom erfaring heller enn forklaring. Karakteristisk for habitus er at den er tileigna utan at me hugsar korleis, Bourdieu kallar det difor ikkje ein sinnstilstand, men ein kroppstilstand (Wilken, 2006, s. 44). Val av handlingar vert difor generert av internaliserande disposisjonar. Bourdieu kallar habitus for stabile livsvarige disposisjonar, men som kan endrast (Wilken, 2015, s. 44-49).

Konstruksjon av habitus omfattar analyse av agentar sine notidige og fortidige posisjoneringar (Callewaert, 2014). For å forklare posisjoneringane må ein konstruere feltet (jf. kap. 2.2.2.), og det sosiale rommet (jf. kap. 2.2.3.) agentane posisjonerer seg i (Bourdieu, 1998, s. 72-86). Først må ein konstruere posisjoneringar, dette er data som data om tankar, erfaringar og meiningar, som dei kjem til uttrykk i språk og handling i notid og fortid (Petersen & Callewaert, 2013, s. 98-110, Boge, 2021, s.5). Når ein har konstruert

posisjoneringane, forklarar ein desse i lys av feltet og det sosiale rommet. Då historiseringa er sentral i praxeologiske historiske analysar, leitar ein etter endringar og brot i ein praktikk. Når ein oppdagar brot og endringar, undersøker ein om dette kan forklarast i lys av felt (jf. kap. 2.2.2.) og/eller i lys av det sosiale rommet (jf. kap. 2.2.3.) (Petersen & Callewaert, 2013, s. 98-110, Boge, 2021, s.5). For å konstruere det sosiale rom og feltet som praktikkane utfaldar seg i – kan ein utføre ein registrantanalyse (Kropp, 2009, s.182, jf. kap. 4.1.).

### 2.2.2. Sosialt rom

For å konstruere fram individets/gruppa sin habitus (jf kap.2.2,1.), argumenterer Bourdieu (1998, s. 72-86) for at forskar må konstruere det sosiale rom dei agerer i. Det sosiale rom er orientert mot to polar, eine polen er tydeleg økonomisk hierarki, medan andre polen er dominert av kulturelle hierarki. Agentar nær kvarandre i det sosiale rom har meir felles enn dei langt frå kvarandre. Bourdieu omtalar kroppen som ein hugselapp for sosiale erfaringar, og styrar handlingane våre. Ved å konstruere agentar sin plass i det sosiale rom, kan ein bidra til å forklare at agentane posisjonerer seg som dei gjer (Horne, 2016, s. 39-53). For eksempel kan sjukepleiarar vere eit sosialt rom, også legar, lærebokforfattarar, pasientar etc. kan vere sosiale rom. For å konstruere aktuelle posisjonar, treng ein data om agentane sitt kjønn og posisjonen deira (t.d. yrket), ein treng også tilhøyrande data om *kulturelle kapitalar* – som utdanning, alder, kjønn, oppvekststad og fritidssyslar, *sosiale kapitalar* – som familie, nettverk og vener, og *økonomiske kapitalar* – som inntekt og eigedom, som har bidrege til dei aktuelle posisjonane (Horne, 2016, s. 39-53, Boge, 2021, s. 5).

### 2.2.3. Felt

Som ein del av praxeologisk analysestrategi er det sentralt å konstruere feltet.

Det sosiale rommet (jf. kap. 2.2.2.) innehar fleire felt. Feltomgrepet beskriv sosiale arenaer kor praksis skjer, og felt refererer ikkje til faktiske oppdelingar i samfunnet – men refererer til relasjonar mellom agentar som kjempar om spesifikke former for kapital. Felta blir definerte breitt, eller snevert, til dømes medisinsk felt, og sjukepleiefaget kan forståast som eit subfelt til det medisinske feltet. Kriteriet for å definere eit felt, er at ein kan vise til at «det er noko på spel» som agentar finn verd å kjempe for/om. Ulike felt blir konstituert relasjonelt, og hierarkisk innan eit større sosialt system (Wilken, 2006, s. 46-48). Ei feltanalyse vil i følge Bourdieu alltid innehalde identifikasjon av «kampen», og kartlegging av

relasjonar mellom agentane som er involverte. Vidare seier han at feltanalysar nesten alltid har ein historisk dimensjon – og er dynamiske. Analysen konstruerer utviklingshistorie og historiske føresetnader for kampane i feltet (Wilken, 2015, s. 52). Felt er med andre ord eit analytisk omgrep som kan avdekke og forklare praktikkar i ei avgrensa gruppe menneske.

#### 2.2.3.1. *Doxa*

I eit felt er det gjerne mange uskrivne reglar/oppfatningar som agentane i feltet må akseptere og som ifølgje Bourdieu gjer kampen i feltet meningsfull, desse usagte og udiskutable premissane omtalar Bourdieu som feltet sin doxa (Wilken, 2015, s.42, Wilken, 2006, s. 51). Doxa er det som i eit samfunn er sjølv sagt og usagt, det som ikkje kan diskuterast. Omgrepet vert nytta for å mekle mellom agentens habitus (jf. kap. 2.2.1.) og posisjon (jf. kap. 2.2.1.). Doxa vert skildra som den grunnleggjande sanning som sosial orden vert bygd på, og vert difor relatert både til moglegheiter og avgrensingar. Kvar einskild felt har sin doxa, og for at agentar skal kunne delta i feltet må denne doxa vere inkorporert i agentens habitus og praktiske sans. Doxa konstituerer dermed feltet, og gjer feltet sin kamp meningsfull (Wilken, 2015, s. 55 - 56). Det vil seie at ein analytisk må interessere seg like mykje for det som ikkje vert sagt, som det som vert sagt – og relatere det til agenten sin posisjon i feltet.

### 2.3. Autososioanalyse

Bourdieu argumenterer for at forskar ikkje er ein objektiv utanforståande aktør, men ein agent som påverkar studien. Han meiner forskar må stille seg sjølv spørsmåla som ein gjer til forskingsobjektet for å konstruere eigen habitus, han kalla dette å gjere ein autososioanalyse. I denne samanheng klargjer forskar eigne posisjoneringar i høve praktikken som vert studert, eiga posisjon, eigen plass i det sosiale rom, og eigne relasjonar til feltet (Horne, 2016, s. 53, Boge, 2021, s. 8). Eg har som forskar i denne studien difor utført ein kortfatta autososioanalyse (jf. kap. 5.0.), dette for å gjere meg merksam på korleis eigen habitus fargar arbeidet med studien. Om studien skulle vidareutviklast vil det verte naudsynt å gjere ei fullstendig autososioanalyse.

### 3.0. Forskingsspørsmål

For å forstå og forklare korleis det kan ha seg at intensivsjukepleieutdanningane ikkje utdannar intensivsjukepleiarane i å ivareta seg sjølve, med bakgrunn i ovannemnte teoretiske forankring, har eg stilt fylgjande praxeologiske forskingsspørsmål i min studie:

1. *Korleis posisjonerer forfattarar av lærebøker i sjukepleie seg i forhold til ivaretaking av sjukepleiar?*
  - a) *Bidreg læreboka med kunnskap om belastningane som fins i yrket?*
  - b) *Bidreg læreboka med kunnskap om kva som gjer risiko for skadar?*
  - c) *Bidreg læreboka med kunnskap om teikn på slitasje?*
  - d) *Bidreg læreboka med kunnskap om kva som beskyttar?*
  
2. *Korleis kan det ha seg at forfattarar av lærebøker i sjukepleie posisjonerer seg som dei gjer i forhold til ivaretaking av sjukepleiar?*
  
3. *Korleis kan eit historisk perspektiv på posisjoneringar om ivaretaking av sjukepleiar bidra til å forstå og forklare at eg ikkje har fått undervising om ivaretaking av sjukepleiar i intensivsjukepleie-studiet?*

### 4.0. Metode og teknikk

Bourdieu (jf. kap. 2.0.) argumenterer for at ein må forstå og forklare menneskelege handlingar i notida i lys av fortidige måtar å agere på. Difor har eg valt å svare på forskingsspørsmåla ved hjelp av ein registrantanalyse. Dette fordi ein registrantanalyse er eit verktøy som kan bidra til lage ein oversikt over korleis sjukepleiefaget har posisjonert seg i høve til ivaretaking av sjukepleier i eit historisk perspektiv, med tilhøyrande oversiktar over endringar og brot, og med dette kan gjere at ein forstår dagens praktikk (Kropp, 2009). Analysane baserer seg på andre sitt arbeid.

#### 4.1. Registrantanalyse

Då ingen av dei analytiske omgrepa (jf. kap. 2.0.) kan observerast direkte, må konstruksjonen av feltet ta utgangspunkt i deskriptive metodar, som ei registrantanalyse (Kropp, 2009, s. 182).

Ein registrantanalyse er ein systematisk måte å lese og registrere ulike dokument på – samt skaffe seg eit overblikk over store tekstmengder. Ein registrant består av ei samling korte referat, kor ein systematisk stiller dei same spørsmåla til dei ulike tekstane. Registrantens formål er å belyse forskingsobjektets opphav eller historisk endring, og hjelpe forskar å forstå kvifor notida oppfører seg som den gjer. Samstundes kan ein registrantanalyse bidra til alternative forståingar. Ved å historisere og rekonstruere feltets historie, vil ein kunne forklare og forstå bestemte sosiale fenomen, korleis dei er oppstått og endra – ein skaffar seg eit overblikk over endringane som er skjedd (Kropp, 2009, s. 173-181).

I følgje Kropp (2009, s. 180-182) har registranten to formål, det første er å analysere fram ulike posisjonar; dei implisitte (dominerande) og dei artikulerte. Ved å sjå til feltets historie saman med notidig organisering – sett ein det saman til eit heilskapleg bilete. Med dette kan ein generere kunnskap om feltets kamp og doxa (jf. kap. 2.2.3.1.). Registranten sitt andre mål er å konstruere historias kronologi, og ved å registrere små og store endringar og brot spore kva/kven som sette i gang bestemte historiske prosessar. Det er med andre ord **brota** i historia registrantanalysen er spesielt oppteken av. Metoden er effektiv for å studere små og store endringar i måten å organisere bestemte aktivitetar på (Kropp, 2009, s. 173).

#### 4.1.1. Teknikkar ved gjennomføringa av registrantanalysen

For å finne ut korleis forfattarane av lærebøkene posisjonerer seg til ivaretaking av sjukepleiaren, har eg gjort ein registrantanalyse av ivaretakingspraktikken i lærebøker frå 1877 – 2021, eg såg til lærebøkene om desse bidreg med kunnskap om ivaretaking jamfør kap. 3.0. forskingsspørsmål 1a - 1d. Eg har også sett på posisjonen dei ulike lærebokforfattarane har – og korleis det kan ha seg at dei posisjonerer seg som dei gjer (jf. forskingsspørsmål 2, kap. 3.0.). Når eg oppdaga endringar og brot i ivaretakingspraktikken, søkte eg til historiske verk for å sjå om brota/endringane kunne forklarast i lys av feltet (jf. kap. 2.2.3.) og/eller det sosiale rommet(jf. kap. 2.2.2.). Eg har henta inspirasjon til registrantanalysearbeidet frå Kristiansen (2020) si masteroppgåve i klinisk sjukepleie, som også funderte studia si i Bourdieu sine teoriar, og nytta registrantanalyse som metode.

Eg har i registrantanalysen nytta Haavik og Toven (2020) si forståing av kva som er eit ivaretakande system (jf. kap.1.3., jf. kap.3. underspørsmåla til forskingsspørsmål 1), og nytta dei systematisk som spørsmål i registranten som visa til i tabell 1 (jf. registrant i vedlegg 1).

**Tabell 1:** Registrantens innhald

<p><b><i>Forfattar (posisjon) – læreboknamn/ årstal</i></b></p> <p><b><i>Doxa om ivaretaking</i></b></p> <p>a) <i>Bidreg læreboka med kunnskap om belastningane som fins i yrket?</i></p> <p>b) <i>Bidreg læreboka med kunnskap om kva som gjer risiko for skadar?</i></p> <p>c) <i>Bidreg læreboka med kunnskap om teikn på slitasje?</i></p> <p>d) <i>Bidreg læreboka med kunnskap om kva som beskyttar?</i></p> <p><b><i>Eigenskapar som krevjast for å bli sjukepleiar</i></b></p>
--

#### 4.2. Empiri og avgrensing

Halvparten av intensivutdanninga finn stad i praksis, medan halvparten er teoretiske studiar. Dette er ikkje ei studie som ser på praksisdelen av utdanninga, ei heller ei studie som undersøker lærarane ved utdanningsinstitusjonars posisjoneringar i forhold til ivaretakingspraktikkar, studien tek heller ikkje for seg rammeplanar/politiske føringar som er styrande for utdanningane, studien analyserer heller ikkje intensivstudentane si oppfatning av ivaretakingspraktikken i utdanninga, men dette er ei studie som omhandlar **analysar av norske lærebøker i den teoretiske delen av grunnleggjande sjukepleie, i sjukepleiarutdanninga generelt og intensivsjukepleieutdanninga spesielt.**

Registrantanalysen byrja med den fyrste norske læreboka i sjukepleie som kom ut i 1877 av Rikke Nissen (Martinsen, 2000, Moseng, 2012, s.142, jf. tabell 2). Eg har deretter sett på lærebøker i sjukepleie fram til det har oppstått spesifikke lærebøker i intensivsjukepleie i 2005 (jf. tabell 6). Lærebøker i sjukepleiefaget er avgrensing til å omfatte lærebøkene som er publiserte i Nasjonalbiblioteket – fordi dette kan vitne om at desse bøkene er dei dominante. Lærebøkene i intensivsjukepleie er avgrensa til å gjelde norske lærebøker.



For å svare på forskingsspørsmål 2 (jf. kap. 3.0.) har eg forstått og forklart posisjoneringane i lærebøker i sjukepleie ved å konstruere posisjonane til lærebokforfattarane i det sosiale rommet (jf kap. 2.2.2.) og ved å konstruere feltet (jf kap. 2.2.3.).

For å finne data om feltet og det sosiale rommet har eg sett til dei analyserte lærebøkene (jf. tabell 2). Eg har i tillegg nytta studiane til Aina Schiøtz (Schiøtz, 2003) og Ole Georg Moseng (Moseng, 2003) som omhandlar det offentlege helsevesenet i Noreg frå 1603 – 2003. Studien lener seg også på Moseng (2012) & Ellen Cathrine Lund (2012) sine studiar om framveksten av sjukepleiarfaget og profesjonaliseringa av faget i perioden 1850-1960 (Moseng, 2012), og utviklinga innan sjukepleiarfaget i perioden 1960-2012 (Lund, 2012).

## 5.0. Etiske vurderingar

Denne studien inneheld ikkje personopplysningar eller sensitive data, og det har difor ikkje vore naudsynt å søkje om godkjenning hos Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Norsk senter for forskningsdata, 2019), som er Høgskulen på Vestlandet sitt personvernombod. Dei vurderer prosjekt som skal oppbevare, innhente og behandle sensitive av data. Det er heller ikkje ein studie som gjeld medisinsk eller helsefagleg forskning på menneske, og eg har difor heller ikkje søkt godkjenning frå Regional Etisk Komité (REK) i forhold til om forskinga har vorte utført forsvarleg, om nytte/risiko og om personvern vert ivareteke (REK, 2020). Då oppgåva baserer seg på allmenne og offentleg tilgjengelege lærebøker, treng ein ikkje innhente informert, forstått samtykke.

Sjølv om det ikkje er naudsynt å søkje til NSD og REK, er det etisk viktig at forfattarane i dokumenta som er nytta er korrekt referert, og at tekstar vert kontekstualisert.

## 6.0. Analyse del 1: Auto-sosioanalyse

Eg vil i denne analysen presentere ein kortfatta auto-sosioanalyse (jf. kap. 2.3.).

### **Posisjon**

Eg er ein sjukepleiar som har gjort denne studien om ivaretaking i samband med ei

masterutdanning i intensivsjukepleie. Det vil sei at eg har ein relativt høg posisjon i det medisinske feltet som eg agerer i.

### **Disposisjonar**

Eg vaks opp i ein middelklasseheim i ei trygg bygd med jamnaldrande vener i nærleiken. Eg budde i ein større einbustad med gifte foreldre, ein eldre bror og ei yngre syster. Far er ingeniør, og har arbeidd offshore sidan midten av 80-talet, medan mor var heimeverande når me var born, og utdanna seg i vaksen alder til omsorgsarbeidar. Far er den som har sytt for den økonomiske kapitalen, og har alltid eit svar på «alt». Mor har sytt for den trygge, velduftande, gode heimen. I oppveksten min ynskja eg som vaksen å inneha begge mine føresette sine kvalitetar.

Ei interesse for medmenneske og humanbiologi avgjorde vegen inn i helsevesenet. Etter studiekompetanse vart arbeidet ved ei korttidsavdeling på sjukeheim avgjerande for yrkesvalet om å studere sjukepleie. Her møtte eg sjukepleiarar med hjarte, hovudet og hendene på rette staden – og dei som ikkje hadde det – og avgjersla kring yrkesvalet vart teken med ynskje om å bli ein av dei gode i yrket.

Vidareutdanning har alltid vore planen. Kvifor intensivsjukepleie? Krava til høg medisinsk-teknisk kompetanse, den varierte kvardagen, ei avgjerande rolle i arbeidet med akutt og kritisk sjuke, utfordringa til eit høgt kunnskapsnivå, og trua på at ein som intensivsjukepleiar kan inneha både høg fagleg kunnskap og teknisk dyktige kvalifikasjonar, og i tillegg ha omsorg for heile mennesket.

### **Posisjonering i høve til ivaretaking**

Halvparten av intensivutdanninga finn stad i praksis. I praksisperiodane erfarte eg at det var belastande å arbeide som intensivsjukepleiar, men det var uklårt for meg kva som var teikn på slitasje, risiko for skade, og kva som kunne beskytte meg.

## 7.0. Analyse del 2: Analyse av ivaretaking av sjukepleiar i lærebøker i sjukepleie

Dette kapittelet er ein presentasjon av posisjoneringar om ivaretaking av sjukepleiaren i lærebøker i sjukepleie frå perioden 1877-2004 (jf. tabell 2). Det vil sei ein presentasjon av korleis lærebøkene har posisjonert seg til kunnskap om belastningane som finst i sjukepleieyrket, - kva som gjer risiko for skadar, - teikn på slitasje, og i forhold til kva som beskyttar (jf. kap. 3.0. forskingsspørsmål 1a – 1d). Det oppstår brot/endingar i lærebøkene sine posisjoneringane om ivaretaking av sjukepleiaren i 1941 og 1985. Desse brota/endingane har strukturert oppbygginga av kapittelet. Brota/endingane er forstått og forklart i lys av feltet (jf. kap. 2.3.3.) og i lys av det sosiale rommet (jf. kap. 2.3.2.) og jamfør forskingsspørsmål 2 om korleis det kan ha seg at forfattarar av lærebøker i sjukepleie posisjonerer seg som dei gjer i høve til ivaretaking av sjukepleiaren (jf. kap. 3.0).

**Tabell 2:** Oversikt over analyserte lærebøker frå perioden 1877–2004.

Årstal	Forfattar	Posisjon	Namn på lærebok (om fleire bind)
<i>Analyserte lærebøker frå 1877-1940</i>			
1877	Rikke Nissen	Sjukepleiar	Lærebog i sygepleje for diakonisser
1879	Edvard Kaurin	Distriktslege	Sygepleiersken
1901	Hans R. Waage	Lege	Lærebog i sygepleie
1921	Kristian Grøn Sofus Widerøe	Overlege Overlege	Haandbok i sykepleien
<i>Analyserte lærebøker frå 1941-1984</i>			
1941	Anton Jervell	Overlege	Lærebok for sykepleiersker (3 bind)
1951	Anton Jervell	Overlege	Lærebok for sykepleiersker (2 bind)
1960	Anton Jervell	Overlege	Lærebok for sykepleiere (8 bind)
1967	NSF/ Kjellaug Lerheim	Sjukepleiar	Lærebok for sykepleieskoler (12 bind)
<i>Analyserte lærebøker frå 1985-2001</i>			
1985	Hallbjørg Almås	Sjukepleielærer	Medisinsk og kirurgisk sykepleie
1992	Hallbjørg Almås	Sjukepleielærer	Klinisk sykepleie
1996	Nina J. Kristoffersen	Sjukepleielærer	Generell sykepleie (3 bind)
2001	Hallbjørg Almås	Sjukepleielærer	Klinisk sykepleie (2 bind)

### 7.1. Lærebøkene 1877 – 1940 om ivaretaking av sjukepleiaren

I dette kapittelet vert det argumentert for at i lærebøkene i sjukepleie frå perioden 1877-1940 er det hovudsakleg er underordning under Gud og underordning under legen Gud som skal ivareta sjukepleiaren (jf. kap. 7.1, tabell 3). Posisjoneringane er forklart i lys av feltet (jf. kap.2.3.3.) og det sosiale rommet (jf. kap.2.3.2.).

### 7.1.1. Om ivaretaking i lærebøker som var i bruk i perioden 1877 - 1940

I dette kapittelet har underspørsmåla til forskingsspørsmål 1 (jf. kap.3.0.) strukturert analysane av posisjoneringar om ivaretakingspraktikkar.

#### **Posisjoneringane til kunnskap om belastningane som fins i yrket (jf. forskingsspørsmål 1a)**

I perioden 1877-1940 vert det argumentert for at det kan vere belastande å bistå ved livsfarlege operasjonar, belastande å behandle avskrekkande og smittsame sjukdommar, belastande å takle raserianfall, belastande å takle vemmelege situasjonar og belastande å vite at pasientar døyr om sjukepleiaren ikkje er dyktig nok. Det er også belastande å vite at ein ikkje vil få påskjønning for det anstrengande, daglege strevet som ein utfører under vanskelege tilhøve (Nissen, 1877, s. 21-25, Kaurin, 1879, s. 7, Waage, 1901, s. 1-17, Arntzen, 1921, s. 1-9, jf. tabell 3, jf. registrant i vedlegg 1).

#### **Posisjoneringane til kunnskap om kva som gjer risiko for skadar (jf. forskingsspørsmål 1b)**

Lærebøkene frå 1877-1940 argumenterer for at nattarbeid er risikabelt, at sjukepleiar kan risikere å misse fingrar, risikerer å bli smitta av sjukdommar og ho risikerer og bli nedstemt, sløv og engsteleg og få eit innsnevra syn på livet om ho berre tenkjer på sjukepleie (Nissen, 1877, s.23, Kaurin, 1879, s.56, Waage, 1901, s. 14-17, Arntzen 1921, s. 1-9, jf. tabell 3, og jf. registrant i vedlegg 1).

#### **Posisjoneringane til kunnskap om teikn på slitasje ( jf. forskingsspørsmål 1c).**

Lærebøkene i sjukepleie som er utgjeve i perioden 1877 – 1940 (jf. tabell 3, jf. registrant i vedlegg 1) har ikkje posisjonert seg i høve til teikn på slitasje.

#### **Posisjoneringane til kunnskap om kva som beskyttar (jf. forskingsspørsmål 1d)**

Alle lærebøkene frå 1877-1940 argumenterer for at det å underordne seg Gud og underordne seg legen beskyttar sjukepleiaren (jf. tabell 3, jf. registrant i vedlegg 1, jf. Nissen 1877, s. 21-23, Kaurin, 1879, s.56, Waage, 1901, s.1-6, 14-17 og Arntzen 1921, s. 1-9). I læreboka frå 1901 vert også utdanning argumentert som beskyttande (Waage, 1901, s. 14-17) og i læreboka frå 1921 vert det argumentert for at sjukepleiaren også bør sysle med andre ting enn sjukepleie om ho skal halde seg frisk (Arntzen 1921, s.1-9).

**Tabell 3:** Om ivaretaking av sjukepleiar i analyserte lærebøker frå perioden 1877-1940

Årstal/ Forfatter	Belastingane i yrket	Kva gjer risiko for skadar	Teikn på slitasje	Det som beskyttar
1877 Nissen	Bistå ved livsfarlege operasjonar Smittsame sjukdommar Rasande pasientar Vemmelege opplevingar Avgjerande for pasientens liv eller død	Dersom fråvær av handvask – kan miste ein finger	Ikkje nemnt	Underordne seg Gud Underordne seg legen
1879 Kaurin	Avgjerande for pasientens liv eller død	Å vere nedstemt	Ikkje nemnt	Underordne seg Gud Underordne seg legen
1901 Waage	Anstrenging og sakk Kan bli sløv Inga forventingar om påskjønning Dagleg strev Vanskelege forhold Avgjerande for pasientens liv eller død	Sjukepleie som berre er valt som levebrød	Ikkje nemnt	Underordne seg Gud Underordne seg legen Sterk helse Ofre seg for pasientane God utdanning
1921 Grøn & Widerøe	Motbydeleg arbeid Avgjerande for pasientens liv eller død	Nattarbeid Mangel på fritidssystemer	Ikkje nemnt	Underordne seg Gud Underordne seg legen Mot og uthaldenhet Eigenomsorg

### Oppsummering

I lærebøker frå 1877-1940 vert det argumentert for at sjukepleie er eit belastande og risikabelt virke (jf. forskingsspørsmål 1a). Lærebøkene posisjonere seg lite om kunnskap om kva som gir risiko for skadar (jf. forskingsspørsmål 1b), og har ingen posisjoneringar om kunnskap om teikn på slitasje (jf. forskingsspørsmål 1c). Når det gjeld kunnskap om kva som beskyttar (jf. forskingsspørsmål 1d), er det hovudsakleg underordning under Gud og underordning under legen som beskyttar sjukepleiaren. I tillegg kan utdanning-, sterk helse og det å ofre seg for pasienten vere beskyttande. I læreboka frå 1921 vert det også argumentert for at eigenomsorg kan beskytte sjukepleiar.

#### 7.1.2. Konstruksjon av feltet og det sosiale rommet

I dette kapittelet er posisjoneringane (jf. kap. 7.1.1) om ivaretaking i perioden 1877-1940, forstått og forklart i lys av feltet (jf. kap.2.3.3) og det sosiale rommet (jf. kap.2.3.2.), jamfør forskingsspørsmål 2 (jf. kap. 3.0.).

##### 7.1.2.1. Logikkar i feltet

Nedanfor har eg argumentert for at både ein kristen - og ein økonomisk logikk kan bidra til å forklare posisjoneringane om ivaretaking av sjukepleiar i perioden 1877-1940.

##### *Ein kristen underordnings-logikk*

Sentrale element i oppstoda av sjukepleiarutdanninga var eit religiøst verdigrunnlag som

forma yrkesidentiteten (Schiøtz, 2003, s. 454). Med stor vekt på det religiøse elementet i diakonisseutdanninga (Schiøtz, 2003, s. 157), med bakgrunn i legane sitt behov for danna og utdanna assistentar, og med den djupt truande lutherske kvinna Cathinka Guldborg som leiar av den fyrste diakonisseanstalten i 1866 (Martinsen, 1984, s.313), vart den lutherske tankegangen om at kvinna skulle vere lydige og underordna mannen, fundament for dei fyrste sjukepleieskulane (Schiøtz, 2003, s. 158). Fundamentet for sjukepleia vart underordningsideologi, kall og kjærleiksgjeringa. Sjukepleie kunne samanliknast med ei morsrolle; ueigennyttig, tenande, tilstades, kjærleg, streng og oppdragande. Yrkesrolla med sine kvinnelege kjenneteikn og fysiske rammer, gjorde at sjukepleie eit godt stykke inn på 1900-talet, var meir eit livskall enn eit vanleg yrke (Schiøtz, 2003, s. 454).

Sjukepleiaren skulle vere tenleg for samfunnet. Arbeidsliv og privatliv var vanskeleg å skilje – og sjukepleiarlivet kunne samanliknast med nonna sitt. Sjukepleiaren skulle både personleg, og moralsk, vere garantist for reinheits- og hygieneideala (Schiøtz, 2003, s. 454).

Det religiøse verdigrunnlaget i sjukepleia, kan bidra til å forklare posisjoneringane om ivaretaking (jf. kap. 7.1.1.). Posisjoneringa om at kunnskap om belastningar i yrket (jf. forskingsspørsmål 1a) kan skrivast fram som «skremmande», kan forklarast i lys av at Gud vil beskytte den kalla sjukepleiaren til tross for mindre attraktive yrkesforhold. Gudstrua kan òg forklare kvifor forfattarane av lærebøkene posisjonerer seg lite til risiko for skadar (jf. forskingsspørsmål 1c) og at ein ikkje posisjonerer seg til kunnskap om teikn på slitasje (jf. forskingsspørsmål 1c), då underordninga under Gud vil beskytte mot desse. At sjukepleie er eit nytt yrke kan òg bidra til å forstå og forklare kvifor ikkje risiko for skadar og teikn på slitasje blir nemnt, då det kan vere manglande kunnskapar om sjukepleiaren sin helsetilstand. Men som me skal sjå i avsnitt under argumenterer sjukepleiar, filosof og historikar, Kari Martinsen (1984, s. 100-101) for at teikn på slitasje og risiko for skadar var kjende.

### *Ein økonomisk logikk*

Martinsen (1984, s. 93-110) argumenterer for at det allereie i 1871 var kjend ved diakonisseanstalten at helsetilstanden til sjukepleiarelevane var dårleg. Søstrene sende fleire brev til leiinga, og bad om betre kosthald, lettare pleie og fleire bad om permisjonar. Leiinga

svara krass attende, og møtte dei med at det var den kristne sitt lodd på jorda å lide. Søstrene vart truleg utnytta maksimalt, fordi leiinga ville etterkomme ein stigande etterspurnad i samfunnet generelt, og fordi diakonisseinstitusjonen var avhengige av inntektene frå søstrenes sjølvoppofrande kallsarbeid. Teoretisk skulering kunne bli avbroten eller nedkorta dersom dei anten var behøvd arbeidskraft, eller ikkje evna følgje med i timen grunna overarbeiding. Martinsen (1984, s. 196-209) argumenterer for at det økonomiske perspektivet var avgjerande for diakonisseanstaltens utvikling – frå å vere for dei fattige, skulle ein etterkvart møte den private (betalte) pasientgruppas behov, og diakonissenes arbeidsinntekter frå arbeid utanom anstalten var den dominerande inntekta. Det var truleg naudsynt for diakonisseanstalten å behalde diakonissene som ei audmjuk og underdanig arbeidskraft for å behalde mest mogleg inntekt til drift, og ha minst mogleg utgifter på arbeidskrafta. Såleis kan den økonomiske logikken bidra til å forklare posisjoneringane til underordning som ivaretakingspraktikk i lærebøkene.

#### *7.1.2.2. Kampar i feltet*

Medan diakonisseanstalten kunne kjempe for å få mest mogleg økonomisk utbytte av sjukepleiarane dei hadde utdanna, kunne legane kjempe for sjukepleiesaka for å få avlastning. Sjukepleiesaka vart snakka fram allereie kring hundreårskiftet av Edvard Kaurin, og han oppmoda andre legar til delta i kampen (Schiøtz, 2003, s. 161-162).

Medan legane kjempa for sjukepleiesaka for å få avlastning, kjempa sjukepleiarane for høgare posisjon enn ikkje-utdanna pleiarar, og for betre arbeidstilhøve. Den verdslege etableringa av sjukepleiarutdanninga rundt hundreårskiftet gjorde det meir legitimt å kjempe for eigeninteressene (Schiøtz, 2003, s. 454). Sjukepleiarane såg ikkje ut for å vere nøgde med sin underordna posisjon. I 1912 etablerte dei Norges sykepleierforbund (NSF) kor dei kjempa for at utdanninga skulle bli offentleg godkjend, for betre arbeidstilhøve, auka kunnskap og meir samfunnsinnflytelse (Schiøtz, 2003, s.123-124). NSF manifesterte eit skilje mellom den utdanna og dei uskikka kvinnene. Samstundes som sjukepleiarane organiserte seg for å styrke faget, statusen sin, framheve eigenarten og vidareutvikle sjukepleie som profesjon, hadde mange gått inn i sjukepleiefaget for å tene Gud. Tvitydigheita mellom kallet og faget skulle sjukepleia bere med seg lenge (Moseng, 2012, s.13).

Ei av dei viktigaste sakene til NSF var kampen for autorisasjonsloven (jf. kap. 1.3.). Autorisasjonslova representerte kjernen i arbeidet for at sjukepleie skulle bli ein profesjon, då tilfredsstillande utdanning og fagleg kompetanse var det fremste teiknet på profesjonell sjukepleie. Kampen om arbeidsvilkår, lønn og arbeidstid vart av mange oppfatta som provoserande og som ei utholing av idealismen. Kampen om arbeidstida var første gong kallet tydeleg måtte vike (Moseng, 2012, s. 341-350, jf. kap. 7.2.2.1.).

Sjølv om arbeidsoppgåvene i sjukepleia kunne minne om dei tradisjonelle kvinnelege arbeidsoppgåvene, var fagutdanning og ynskje om å forsørgje seg sjølv eit brot med den rådande kjønnsideologien. Helsevesenet vart ein kamparena for kvinnefrigjering (Schiøtz, 2003, s.170).

*7.1.2.3. Diakonisser, sjukepleiarar og lærebokforfattarar sin posisjon i det sosiale rommet*  
I dette kapitlet har eg argumentert for at posisjoneringane om ivaretaking av sjukepleiar også må forståast og forklarast i lys av den posisjonen som diakonisser, sjukepleiarar og lærebokforfattarar hadde i det sosiale rommet i perioden.

Som me såg tidlegare i kapittel 7.1.2.1. og i prekonstruksjonen av feltet og det sosiale rom (jf. kap. 1.3.) oppstod sjukepleiarutdanninga i forlenginga av legane sin etterspurnad etter danna, underordna assistentar. Boge (2008, s. 39) argumenterer for at dei som tidlegare arbeidde ved hospitala, var kvinner frå lågare sosiale lag som hadde ei umenneskeleg arbeidsbyrd og manglande fritid, og gjerne kjende for sitt alkoholmisbruk.

Diakonisseanstaltane vaks fram for å skulere danna sjukepleiarar. Legane føretrakte sjukepleiarane med si underordna rolle, dei truga ikkje legens posisjon, aksepterte dårlegare løn, og ikkje minst beherska dei arbeidet (Moseng, 2012, s. 23-24).

Forfattar av den første norske læreboka i sjukepleie som kom ut i 1877 (jf. tabell 2), diakonisse Rikke Nissen, var frå høgare sosiale lag. Ho var spesielt interessert i den sterkt luthersk prega diakonisseanstalten i Bayern. Til tross for at Nissen var oppteken av likeverd, og argumenterte for at diakonissene skulle få bestemme over eigne oppgåver (Martinsen, 2000, s. 252-257), argumenterer Rikke Garcia Eri (2020, s. 42-50) i si masteroppgåve i operasjonssjukepleie, for at Nissen, til tross for å vere ein velutdanna og vidfaren sjukepleiar,



såg ho på legane som dominante. Nissen (1877, s. 21-22) argumenterer for at sjukepleiaren skal vere lydige mot legen uansett eigne meininger. Legane Kaurin, Waage og sjukepleiar Andrea Arntzen i Grøn og Widerøe si lærebok, argumenterer alle for at sjukepleiarar skal vere underordna og lydige under legen (Kaurin, 1879, s.1-8, Waage, 1901, s. 1-6, Arntzen, 1921, s. 2-4, Moseng 2012, s. 184-186, jf. tabell 3).

I Grøn og Widerøe si lærebok frå 1921 (jf. tabell 2) fekk sjukepleiar og forstandarinne Andrea Arntzen og oversjukepleiar Aagot Larsen plass som lærebokforfattarar i ein liten del av læreboka. Dette var kvinner som hadde høge posisjonar i det sosiale rommet (Moseng, 2012, s. 32, Moseng, 2012, s.137, s.150, s.193, Arntzen, 1921, s. 1-4, Larsen, 1921, s. 10-27). Men også desse høgt rangerte sjukepleiarane var underlagt legane. Legane kom som oftast frå høgare samfunnslag, og den sterkt teoretisk funderte langvarige utdanninga gav legane ein høgt rangert posisjon i det sosiale rommet. Legane styrte i tillegg utviklinga til sjukepleia eit stykke inn på 1900-talet, ved å definere utdanninga sine opptakskriterier, rekrutteringa og undervisninga. Administrativt og fagleg var legane sjukepleiarens overordna (Schiøtz, 2003, s.170). Eri (2020, s. 42-50) argumenterer for at menn tradisjonelt sett har dominert over kvinner, og agentar frå høgare sosiale lag har vore dominante over agentar frå lågare lag.

At redaktørane av sjukepleiefagets lærebøker i perioden 1877 – 1940 bestod av legar, og ei velutdanna diakonisse (jf. tabell 2) som også ser på legen som dominant, kan bidra til å forstå og forklare at lærebøkene skriv fram legen som ei overmakt – ein som kan reknast for å vere ein ivaretaking av sjukepleiaren.

Men på denne tida var det ikkje berre sjukepleiarar som agerte i det medisinske feltet som var underordna menn, norske kvinner var generelt underordna menn. Kvinner var umyndige i alle forhold, og tradisjonelt skulle dei å ha ansvaret for born og husstell, medan mannen var i lønna arbeid (Duckert, 2021, s. 68). Kvinner generelt organiserte seg, og kjempa for ein posisjon i det sosiale rommet. Kvinna sin posisjon vart gradvis styrka, dette kan ein til dømes sjå av at kvinner i 1913 fekk stemmerett på lik linje med menn (Ryste & Kåss, 2013).

### 7.1.3. Doxa

Doxa (jf. kap. 2.2.3.1.), den uartikulerte forståinga i lærebøkene om ivaretaking i perioden 1877-1940 er at det spesielt er underordning under Gud, men også underordning under legen som er ivaretakande praktikkar. Dette synet på sjukepleie er forståelege i lys av dei inkorporerte kristne-, kjønna- og økonomiske logikkane som var rådande i det sosiale rommet og i feltet som lærebøker i sjukepleie agerte i perioden 1877-1940. Slike logikkar ser ut for å ha forma den praktiske sansen (Callewaert, 1997, s.13-26, jf. kap. 2.1.) til dei som i 1877-1940 har agert som lærebokforfattarar i sjukepleie og bidratt til at dei skriv om ivaretaking av sjukepleiaren som dei gjer. Men samstundes som sjukepleiarane underordna seg dei rådande kristne-, og kjønna- og økonomiske logikkane, kjempa dei for at utdanning skulle gje dei høgre posisjon i feltet og det sosiale rommet.

## 7.2. Lærebøkene 1941 – 1984 om ivaretaking av sjukepleiaren

I dette kapittelet har eg argumentert for at ivaretakingspraktikkane som kjem til uttrykk i lærebøker i sjukepleie i perioden 1941 – 1984, inneber endringar og brot med posisjoneringane om ivaretakingspraktikkar i lærebøkene frå perioden 1877 – 1940 (jf. kap. 7.1). Brota og endringane er forklart i lys av feltet (jf. kap. 2.3.3.) og det sosiale rommet (jf. kap. 2.3.2.).

### 7.2.1. Om ivaretaking i lærebøker som var i bruk i perioden 1941-1984

I dette kapittelet har underspørsmåla til forskingsspørsmål 1 (jf. kap.3.0.) strukturert analysane av posisjoneringar om ivaretakingspraktikkar, med særleg fokus på endringar og brot i posisjoneringane.

#### **Posisjoneringane til kunnskap om belastningane som fins i yrket (jf. forskingsspørsmål 1a)**

Professor i medisin Haakon Natvig har i alle lærebøkene i sjukepleie i 1941-1984 (jf. tabell 2) argumentert om belastande fysisk arbeidsmiljø i sjukepleia, og argumentert om belastande forhold som støvhandtering (sengereing, husstell), belastande smittehandtering, og belastande giftstoffhandtering (Natvig, 1941, s. 56-60, Natvig, 1951, s.504-509, Natvig, 1960, s. 119-125, Natvig, 1967, s. 97-104, jf. tabell 4, registrant i vedlegg 1).

Det skjer ei endring i lærebøkene frå 1941 til 1951. Posisjoneringane endrar seg frå at sjukepleia er så belastande at det må ha ei høgare betyding i form av ei levande interesse og

medkjensle til medmenneske, og ein skriv fram fysiske og psykiske eigenskapar som er naudsynte hos sjukepleiaren, til at sjukepleia er eit fagarbeid som krev ei sunn og humanitær innstilling (Domaas et al., 1941, s. 1-5, Domaas et.al, 1951, s. 1-3, jf. tabell 4, registrant i vedlegg 1). Frå 1967 møter me argumentasjon om belastinga i profesjonell sjukepleie med ansvar for at pasienten får fullverdig pleie, belastinga med å delegere, og belastinga med å ha det sjukepleiefaglege ansvaret ovanfor pasienten. Her møter me og posisjoneringa til belastinga i intensivsjukepleie og barnesjukepleie med at dette er spesialiseringar som har mange og store krav ved seg, og belastinga med å arbeide under stress utan å miste det medmenneskelege siktet (Hauen, 1967, s. 11-14, s. 30-34, s. 94-96, Andersen, 1968, s. 318-321, jf. tabell 4, registrant i vedlegg 1).

#### **Posisjoneringane til kunnskap om kva som gjer risiko for skadar (jf. forskingsspørsmål 1b)**

I lærebøkene 1941-1984 møter me argumentasjon om at det er risikabelt å arbeide med støv, giftstoff og smitte. Det blir også argumentert for at det er risikabelt med dårleg fottøy, risikabelt med for lang arbeidstid og det er risikabelt med for lite kvile då det kan føre til overanstrenging (Natvig, 1941, s. 56-60, Natvig, 1951, s.504-509, Natvig, 1960, s. 119-125, Natvig, 1967, s. 97-104, jf. tabell 4, registrant i vedlegg 1).

#### **Posisjoneringane til kunnskap om teikn på slitasje ( jf. forskingsspørsmål 1c).**

Lærebøkene i 1941 – 1959 posisjonerer seg ikkje til kunnskap om teikn på slitasje, men frå 1960 vert det argumentert om teikn på slitasje som at sjukepleiar vert rastlaus, uroleg, nervøs, og fornemmer «alskens smerter og uvelbefinnande» dersom ho er overanstrengt. Teikn på slitasje kan også vere sømnlause, som igjen kan føre til samanbrot (Natvig, 1960, s.63, Natvig, 1973, s. 34-38, jf. tabell 4, registrant i vedlegg 1).

#### **Posisjoneringane til kunnskap om kva som beskyttar (jf. forskingsspørsmål 1d)**

Samstundes som læreboka i 1941 argumenterer for at sjukepleia er eit fagarbeid som krev dyktighet, kunnskap og erfaring, møter me argumentasjon på at det er beskyttande for sjukepleiaren å ha ei djupare meining (ei levande interesse, medkjensle med medmenneske, og iherdig arbeid på eiga utvikling), og beskyttande fysiske og psykiske eigenskapar som trengs i virket (Domaas et al., 1941, s. 3-5, jf. tabell 4, registrant i vedlegg 1). Her skjer ei endring til lærebøkene i 1951-1984, som argumenterer om at sjukepleia er eit yrke som krev

full fagleg opplæring, og omgrepet profesjonell sjukepleie som beskyttande for sjukepleiaren (Domaas et. al., 1951, s. 1-3, Hoven, et.al, 1960, s. 9, Hauen, 1967, s.14, jf. tabell 4, jf. registrant i vedlegg 1).

Sjølv om lærebøkene i 1941-1984 ikkje argumenterer innleiingsvis om at sjukepleiaren bør underordne seg Gud, argumenterer likevel sjukepleiar Gunda Jahr for kristendommens plass som beskyttande i sjukepleiefaget i lærebøkene i 1941-1951, ho argumenterer for vernet Mesteren gjer den «kalla» sjukepleiaren (Jahr, 1941, s. 213 – 218, Jahr, 1951, s. 180-223, jf. tabell 4, registrant i vedlegg 1). Frå 1960 får me eit brot med livskallet sin beskyttande plass i sjukepleia (jf. tabell 4, jf. registrant i vedlegg 1).

Lærebøkene i 1941-1984 argumenterer for at det er beskyttande med eit godt arbeidsmiljø (rom, arbeidsbelysning, reinsemd), samt er arbeidervernlova (arbeidstid og kvile) beskyttande for sjukepleiaren (Natvig, 1941, s. 56-60, Natvig, 1951, s.504-509, Natvig, 1960, s. 119-125, Natvig, 1967, s. 97-104, jf. tabell 4, registrant i vedlegg 1).

**Tabell 4:** Om ivaretaking av sjukepleiar i analyserte lærebøker frå perioden 1941 - 1967

Årstal/ Forfatter	Belastingane i yrket	Risiko for skader	Slitasje	Det som beskyttar
1941 Jervell	Fysisk arbeidsmiljø Krev høgare betyding Overanstrenging	Arbeidsforhold/ arbeidsoppgåver	Ikkje nemnt	Arbeidsmiljø Arbeidervernlova Djupare betyding Fagarbeid Underordne seg Gud
1951 Jervell	Fysisk arbeidsmiljø Overanstrenging	Arbeidsforhold/ Arbeidsoppgåver	Ikkje nemnt	Arbeidsmiljø Arbeidervernlova Fagarbeid Underordne seg Gud
1960 Jervell	Fysisk arbeidsmiljø Overanstrenging	Arbeidsforhold/ Arbeidsoppgåver Overanstrenging gjer fare for samanbrot	Symptomn på overanstrenging	Arbeidsmiljø Arbeidervernlova Yrkesval krev full fagleg opplæring
1967 NSF/ Lerheim	Fysisk arbeidsmiljø Overanstrenging Sjukepleiefagleg ansvarleg Intensivpleie og barnesjukepleie som spesielt krevjande	Arbeidsforhold/ Arbeidsoppgåver Overanstrenging gjer fare for samanbrot	Symptom på overanstrenging	Arbeidsmiljø Arbeidervernlova Profesjonell sjukepleie

## Oppsummering

I lærebøker frå 1941–1984 vert det argumentert for at det er belastande å vere sjukepleiar

(jf. forskings spørsmål 1a), men posisjoneringane har endra seg frå å gjelde direkte beskriving, til ei gradvis innføring av ansvarsomgrepet som styrande for sjukepleia. Lærebøkene posisjonerer seg til arbeidsforhold som kunnskap om kva som gir risiko for skader (jf. forskings spørsmål 1b), og frå 1960 møter me argumentasjon om at overanstrenging gjer risiko for skadar. Lærebøkene frå 1941-1959 posisjonerer seg ikkje til teikn på slitasje (jf. forskings spørsmål 1c), medan me frå 1960 ser ei posisjonering til dette i forhold til overanstrenging. Gjeldande spørsmålet om kva som beskyttar (jf. forskings spørsmål 1d), skjer det eit brot, og doxa ser ut til å ha endra seg frå å vere det å ha dei rette eigenskapane og det å underordne seg Gud og legen, til at det som beskyttar er profesjonell ansvarleg sjukepleie med teoretisk skulering og arbeidervernlova og arbeidsmiljøet som beskyttande ivaretakingsspraktikkar for sjukepleiaren.

#### 7.2.2. Konstruksjon av feltet og det sosiale rommet

I dette kapittelet er posisjoneringane (jf. kap. 7.2.1.) om ivaretaking i perioden 1941-1984, med særleg fokus på brota og endringane, forstått og forklart i lys av feltet (jf. kap.2.3.3) og det sosiale rommet (jf. kap.2.3.2.), jamfør forskings spørsmål 2 (kap. 3.0.).

##### 7.2.2.1. Logikkar i feltet med tilhøyrande kampar

Nedanfor har eg argumentert for at både ein pedagogisk – og ein profesjonell logikk, med tilhøyrande kampar, kan bidra til å forklare posisjoneringane om ivaretaking av sjukepleiar i perioden 1941-1984.

##### ***Ein pedagogisk logikk - Kampen mellom kallet og profesjonen***

Som me såg i førre epoke (jf. kap. 7.1.2.2.) og i prekonstruksjonen (jf. kap. 1.4.) kjempa sjukepleiarane med NSF i spissen for ein posisjon i det pedagogisk feltet allereie i 1912. NSF var sentrale i kampen om kunnskap som basis for faget, og sjukepleiaranes kamp om kontroll over eige fag. I samfunnet generelt og blant sjukepleiarane spesielt utspela det seg ein kamp mellom kallet og profesjonen, då kampen om lønn, arbeidstid og arbeidsvilkår vart oppfatta som ei utholing av idealismen for mange (Moseng, 2012, s. 577-518).

Professor i sjukepleie Jeanne H. Boge (2008, s. 56-59) argumenterer i si avhandling som omhandlar kroppsvask i sjukepleia, for at den store sjukepleiarmangelen i etterkrigstida kunne ha samanheng med dårlege arbeidsvilkår - då sjukepleie ikkje var rekna for eit vanleg

yrke, men eit livskall. Ho argumenterer for at medlemmane i NSF kravde at sjukepleie vart eit yrke likt andre, og at statusheving gjennom profesjonalisering var eit moment i kampen for å rekruttere sjukepleiarar.

Kampen om kunnskap som basis for faget oppnådde resultat i form av autorisasjonslova. Autorisasjonslova frå 1948 nedfelte krav om treårig sjukepleieutdanning for alle sjukepleiarar (Boge, 2008, s.58). Men då utdanningane var privatiserte, låg det økonomisk ansvaret hos skulane, NSF og sjukehusa (Lund, 2012, s.100). Ei lov i 1960 som gjorde skulane økonomisk uavhengige av sjukehusa, gjorde at argumentasjon for meir teoretisk undervisning kunne vinne fram, og i 1962 vart timetal teori dobla. Profesjonsutviklinga kravde saman med eit teoretisk fundament, forskning. Boge (2008, s. 56-59) argumenterer for at gjennom vitenskap og teoriar skulle etterkrigssjukepleia heve sin status og markere seg som sjølvstendig profesjon.

Sjukepleiefaget sin styrka posisjon i det pedagogiske feltet kan ein sjå i lys av teoretisk rammeverk som styrte utdanninga av sjukepleiarane, her kjem dette tydeleg til uttrykk ved at læreverket NSF gav ut med Lerheim som redaktør er utgjeve i 12 bind (Schiøtz, 2003, s.452). Også i lys av at det frå 1967 ikkje lenger er legane som er redaktørar av lærebøkene synleggjer at sjukepleiaren har fått ein plass i den akademiske verda. I lys av sjukepleiarens posisjon i det pedagogiske feltet kan me forstå posisjoneringa om at sjukepleie er gått frå å vere ei barmhjertighetsgjerning til profesjonelt yrke.

Brotet i posisjoneringane til livskallet som beskyttande kunnskap (jf. forskingsspørsmål 1d) kan ein sjå i lys av sjukepleiefagets kamp om å styrke sin plass i det pedagogiske feltet. Kampen internt i sjukepleiargruppa (jf. ovanfor), og elles i samfunnet om kristendommen sin plass i sjukepleia, kan bidra til å forklare Gunda Jahr si posisjonering til livskallet som beskyttar heilt fram til lærebøker i bruk i 1959 (jf. tabell 4) – dette til tross for at lærebøkene innleiingsvis frå 1941 ikkje lenger posisjonerer seg til livskallet som avgjerande for sjukepleie.

Posisjoneringane til at sjukepleieansvaret kjem inn i litteraturen frå 1967 (jf. tabell 4), kan forståast i lys av Boge (2008, s. 56-59) sin argumentasjon om at vitenskap og teoriar vart viktige for status og profesjonsutvikling i etterkrigstida.

### ***Ein profesjonell logikk - Kampen om arbeidstida, og dermed for sjukepleiarens helse***

Arbeidstida som sjukepleiar innehald lange dagar, og lite/inga fritid. Ei større helseundersøking frå 1933 som omhandla helsa til sjukepleiarane vart nytta i kampen om ei normal arbeidstid. Dei mindre gode helseresultata reiste spørsmålet om opptakskrava til sjukepleia burde sjå om elevane hadde fysikk god nok for å tåle det belastande arbeidslivet, men NSF var tydelege på at løysinga låg i betring av arbeidsforhold. Debatten kring mangel på sjukepleiarar innehaldt argument på lang arbeidstid og dårlege lønnsvilkår, og argumentasjon på at kortare arbeidstid ville halde sjukepleiarane friskare og meir opplagte. Sjukepleiarane var ofte utsliten etter berre ti år i yrkeslivet. Sjukefråværet blant sjukepleiarane var høgare enn i andre kvinnedominerte yrker, og høgtstående aktørar byrja å sjå samanheng mellom arbeidstid og sjukefråvær – i eit økonomisk perspektiv. Overanstrenging, nervøsitet og sømnlause såg ein uhyggeleg ofte blant sjukepleiarane (Moseng, 2012, s. 345-365).

Frå 1933 uttrykte NSF tydeleg sitt standpunkt til åttetimarsdagen, og vedtok ein resolusjon om 8 timars arbeidsdag, 48 timars arbeidsveke, fordelt på 6 dagar måtte gjennomførast. Kampsaka om arbeidstida blir argumentert fram som ein kamp som markerte ei form for modernisering av sjukepleiarorganisasjonane, og var fyrste gongen kallet tydeleg måtte vike (Moseng, 2012, s.350-352). Og etter ein kamp av NSF frå nær etableringstidspunktet, og med høglydt stemme frå 1933, vart sjukepleiarane sitt krav teke til fylgje og arbeidervernlova vart gjeldande for sjukepleiaren frå 1937 (Moseng, 2012, 358-359).

Medan lærebøkene frå 1877-1940 hadde ei direkte posisjonering til belastingskunnskapen, posisjonerte lærebøker frå 1941-1984 seg meir indirekte til belastingsmatikken i form av arbeidsforhold. Dette kan ha samband med ynskja å gjere yrket attraktivt, og er forståeleg i lys av det sosiale rommet med stor sjukepleiarmangel (Boge, 2008, s. 56-59). Posisjoneringa om yrkeshygiene som ivaretakande av sjukepleiaren (jf. forskingsspørsmål 1a-1d) kan me forstå i lys av kampen sjukepleiarane hadde for helsa og arbeidsmiljøet sitt. Sjukepleiefaget styrka sin posisjon med å bli inkludert i arbeidervernlova, og styrka sin yrkesidentitet med å få betre arbeidsforhold som bidrog til å endre synet på sjukepleie til å få ei meir profesjonalisert posisjon.

Det blir ei ny posisjonering til omgrepet «overanstrenging» i 1941-1984 som noko sjukepleier ofte vert råka av. Dette kan me forstå i lys av det sosiale rommet, kor sjukepleiarane ofte vart utslitne berre etter kort tid i yrket. Behovet for arbeidskraft i samfunnet, den økonomiske logikken og den store helseundersøkinga (1933) kan bidra til å forklare kvifor kunnskapen om overanstrenging kjem inn frå 1941. Lærebøkene posisjonierer seg noko til beskyttande kunnskap kring omgrepet overanstrenging (riktig bruk av fritid, adekvat arbeidstid). Lærebøkene posisjonierer seg ikkje til kva overanstrenging er, og ikkje før i 1960 blir det innteke ein posisjonering til at teikn på slitasje (jf. forskingsspørsmål 1c) er «alskens smerter og uvelbefinnende». Posisjoneringa kan forståast i lys av både kunnskapen om helsetilstanden hos sjukepleiarane, og i lys av brotet med livskallet som beskyttande.

Frå 1951 vert det ei endring med at ein ikkje lengre argumenterer om at sjukepleia ikkje kan veljast berre som levebrød, samt naudsynte fysiske og psykiske eigenskapar som krevjast (jf. tabell 4). Posisjoneringa er forståeleg i lys av autorisasjonslova (1948) då sjukepleiefaget fekk forankring i den pedagogiske logikken. I lys av at dei formelle utdanningskrava no vart nedfelt i lova, kan ein forstå at lærebøkene ikkje posisjonierer seg til naudsynte eigenskapar. Då ein kan lese ut frå eigenskapar ein treng, kva som er kunnskap om belastingar i yrket (jf. forskingsspørsmål 1a) er dette kunnskap som ikkje får plass i litteraturen vidare.

Sidan 1892 har arbeidsvilkår i Noreg vore regulert ved lov – før dette var det inga lovverk som beskytta arbeidstakaren frå å verte utnytta frå sin arbeidsgjevar. Lovverket har utvikla seg frå å berre gjelde for industriarbeidarar, til å gjelde alle lønnsarbeidarar i Noreg. Lovverket vernar om arbeidstid, ferie, løn, og så vidare. Kampen for kvinna sitt arbeidsrettsvern vann fram i 1937 då kvinna vart inkludert i arbeidervernlova på lik linje med mannen (Moseng, 2012, 358-359).

#### *7.2.2.2. Sjukepleiarar og lærebokforfattarar sin posisjon i det sosiale rommet*

Både inkluderinga av sjukepleiarens plass i lova om åtte timars arbeidsdag i 1936, og autorisasjonslova frå 1948 har vore kampar som styrka sjukepleiarens posisjon (Moseng, 2012, s. 577-518).



Medan Jervell innleiingsvis i læreboka frå 1941 argumenterer om at det er naturleg å ha sjukepleiarane med i skivinga av sjukepleiarlitteraturen (Jervell, 1941, s.V), er det ikkje nemnt frå og med neste utgåve (Jervell, 1951, s.1-4). Dette kan vitne om at det er blitt ein del av den praktiske sansen (Callewaert, 1997, s. 13-26) og treng såleis inga forklaring.

I lærebøkene frå 1941 kan det sjå ut som profesjonsideane til NSF har fått noko gjennomslag. Då lærebøkene i 1877-1940 skilja skarpt mellom legen og sjukepleiaren, argumenterer ein i lærebøkene frå og med 1941 for at etterkvart som sjukepleia har utvikla seg – grip dei meir i kvarandre (Domaas et.al., s.1, 1941). I 1951 og 1960 blir sjukepleiefaget argumentert om som sjølvstendig, og sjukepleiaren vert ikkje lenger argumentert om som lydige underordna (Domaas et.al, 1951, s.1-3, Hoven et al., 1960, s. 12). Kor posisjoneringane i 1877-1940 argumenterte for at sjukepleiaren skulle vere ein lydige og underordna assistent, har sjukepleiaren i 1940-1984 fått ein meir profesjonell posisjon «ved sidan av» legen. Ein posisjonerer seg i lærebøkene i 1967 enno meir distansert til legen, og har argumentert om at det sjukepleiefaglege ansvaret ligg hos sjukepleiaren (Hauen, 1967, s.69).

Posisjoneringane til at sjukepleiaren har ei gradvis til fullstendig sjølvstendig rolle i det sosiale rommet, kan me sjå i lys av kampane i feltet (jf. kap. 7.2.2.1) og kvinnekampen generelt i det sosiale rommet.

Posisjoneringa frå 1967 om at «intensiv pleie» krev sjukepleie av høgaste kvalitet og evna til å arbeide under stress, kan forklarast i lys av intensivavdelingane si oppkomst i Noreg i etterkrigstida (jf. kap.1.4.).

I kapittel 7.2.2.1, og i prekonstruksjonen av feltet (jf. kap. 1.4.) såg me at sjukepleiarane fekk større plass i utforminga av eige undervisningsmateriell, og styrka med dette sin posisjon i det sosiale rommet. Ved å få ein posisjon til å vere medforfattarar i litteraturen i 1941-1960, har sjukepleiarane sjølv redaktørposisjonen i lærebøkene i sjukepleie frå 1967.

Sjukepleiarane har vunne fram ein posisjon i det akademiske feltet med makt over innhaldet i faget, og saman med ynskje om å bli ein sjølvstendig profesjon kan ein forstå at ein ikkje lenger posisjonerer om legen ivaretakar.

### 7.2.3. Doxa

Doxa (jf. kap. 2.2.3.1.), den uartikulerte forståinga om ivaretaking i perioden 1941-1984 er at solid teoretisk forankring og god yrkeshygiene er ivaretakande praktikkar. Doxa er forståeleg i lys av kampen sjukepleiarane hadde for sin yrkesidentitet både i den pedagogiske og profesjonelle logikken, samt kampen kvinna generelt og sjukepleiaren spesielt hadde for sin posisjon i det sosiale rommet (jf. kap. 2.2.3.). Det at underordning til Gud vert argumentert for som ivaretakande fram til 1959, kan ein sjå i lys av kampen mellom kallet og profesjonsutvikling. Brotet med underordninga under Gud og legen som ivaretakande praktikkar for sjukepleiaren, er forståeleg i lys av sjukepleiaren/sjukepleiefaget sin styrka logikk i det medisinske og pedagogiske feltet (jf. kap. 2.2.3.), samt sin posisjon i det sosiale rommet (jf. kap. 2.2.2.). Desse logikkane ser ut til å ha prega den praktiske sansen (Callewaert, 1997, s.13-26,) til dei som agerte som lærebokforfattarar i sjukepleie, og bidreg dermed til at dei skriv som dei gjer. Brotet er også forståeleg i lys av den økonomiske logikken og samfunnskonteksten sjukepleiaragentane agerte i. At sjukepleieansvarsomgrepet får solid plass i læreboka frå 1967 kan forståast i lys av sjukepleiefagets kamp om profesjonalisering.

### 7.3. Lærebøkene 1985-2004 om ivaretaking av sjukepleiaren

I dette kapittelet har eg argumentert for at ivaretakingspraktikkane som kjem til uttrykk i lærebøker i sjukepleie i perioden 1985-2004 er at sjukepleiaren best kan ivaretakast i form av eigenomsorg, og endrar seg såleis frå posisjoneringane om ivaretakingspraktikken i lærebøkene frå perioden 1941-1984 (jf. kap. 7.2). Endringane er forklart i lys av feltet (jf. kap. 2.3.3.) og det sosiale rommet (jf. kap. 2.3.2.).

#### 7.3.1. Om ivaretaking i lærebøker som var i bruk i perioden 1985-2004

I dette kapittelet har underspørsmåla til forskingsspørsmål 1 (jf. kap.3.0.) strukturert analysane av posisjoneringar om ivaretakingspraktikkar, med særleg fokus på endringane i posisjoneringane.

#### **Posisjoneringane til kunnskap om belastningane som fins i yrket (jf. forskingsspørsmål 1a)**

Lærebøkene i perioden 1985-2004 posisjonerer seg til belastningar i møtet med alvorleg sjuke og døydande pasientar. Lærebøkene argumenterer om belastinga for sjukepleiaren med hyppige tragediar og død, og belastinga med høge krav til fagleg og personleg tryggleik.

Lærebøkene argumenterer om belastande stressfaktorar for sjukepleiaren, til dømes belastinga ved å ikkje meistre, belastande haldningar i samfunnet, belastinga ved lojalitetsproblem, belastinga med tidspress, eigen profesjonell og personleg identitet, arbeidsmiljø, belastande sorgkjensler og belastinga det er å vere empatisk nær (Kalfoss, 1985, s. 47-64, Kalfoss, 1992, s. 51-62, Kristoffersen, 1996, s. 131, s.297-299, Kalfoss, 2001, s. 48-64, jf. tabell 5, jf. registrant i vedlegg 1). Frå 2001 kjem det i tillegg argumentasjon om belastande pårørandeomsorg (Sand, 2001, s. 31-47, jf. tabell 5, jf. registrant i vedlegg 1).

#### **Posisjoneringane til kunnskap om kva som gjer risiko for skadar (jf. forskingsspørsmål 1b)**

Lærebøkene i 1985-2004 argumenterer for at dei organisatoriske rammene (tid, økonomi, hierarki) samt personlege stressfaktorar (jf. kunnskap om belastingar) som ikkje vert tilarbeida kan gje risiko for skadar (Kalfoss, 1985, s. 48, Kalfoss, 1992, s. 51-62, Kristoffersen, 1996, s. 299-300, Kalfoss, 2001, s. 48-64, jf. tabell 5, jf. registrant i vedlegg 1).

#### **Posisjoneringane til kunnskap om teikn på slitasje ( jf. forskingsspørsmål 1c).**

Lærebøkene i perioden 1985-2004 argumenterer om kjenneteikn på utbrenthet som teikn på slitasje. Teikn på slitasje(utbrenthet) er kjensler som skyld, nederlag, sinne, fortvilning, apati, kynisme, utilfredse, angst, depresjon, oppdemt sorg, håplause, rigid sjølvforsvar, manglande evne til nærleik og medkjensle, og manglande arbeidskapasitet (Kalfoss, 1985, s. 58-59, Kalfoss, 1992, s. 51-62, Kristoffersen, 1996, s. 299-300, Kalfoss, 2001, s. 48-64, jf. tabell 5, jf. registrant i vedlegg 1).

#### **Posisjoneringane til kunnskap om kva som beskyttar (jf. forskingsspørsmål 1d)**

Lærebøkene i perioden 1985-2004 posisjonerer seg til at personleg tilarbeiding ved bruk av teoretiske modellar beskyttar sjukepleiaren. Det er beskyttande å finne mening i det meiningslause, beskyttande å utvikle eiga evne til stresshandtering og beskyttande å meistre. Samstundes posisjonerer ein seg til at sjukepleiaren treng beskyttande råd, beskyttande rettleiing, beskyttande støtte og beskyttande undervisning (Kalfoss, 1985, s. 48-63, Kalfoss, 1992, s. 51-62, Kristoffersen, 1996, s. 131, s. 299-300, Kalfoss, 2001, s. 48-64, jf. tabell 5, jf. registrant i vedlegg 1).

**Tabell 5:** Om ivaretaking av sjukepleiar i analyserte lærebøker frå perioden 1985-2004

Årstal/ Forfatter	Belastingane i yrket	Kva gjer risiko for skadar	Teikn på slitasje	Det som beskyttar
1985 Almås	Pasientmøta Stressfaktorar Rører ved eigne kjensler Organisatoriske forhold	Ikkje-tilarbeidde kjensler, reaksjonar og tankar	Symptom på utbrenthet	Eigenomsorg Støtte og rettleiing
1992 Almås	Pasientmøta Stressfaktorar Rører ved eigne kjensler Organisatoriske forhold	Ikkje-tilarbeidde kjensler, reaksjonar og tankar	Symptom på utbrenthet	Eigenomsorg Auka kunnskap Fagleg rettleiing Støtte, tilbakemelding, ros. Trivnad og utvikling
1996 Kristoffersen	Mangel på utdanning Pasientmøta Stressfaktorar Organisatoriske forhold Utbrenthet	Ikkje-tilarbeidde kjensler, reaksjonar og tankar	Symptom på utbrenthet	Eigenomsorg Støtte og rettleiing
2001 Almås	Pasientmøta Stressfaktorar Eigne kjensler Organisatoriske forhold Pårørandeomsorg	Ikkje-tilarbeidde kjensler, reaksjonar og tankar	Symptom på utbrenthet	Eigenomsorg Kollegastøtte

### Oppsummering

I lærebøker frå 1985-2004 vert det argumentert for at det er belastande å vere sjukepleiar (jf. forskingsspørsmål 1a), men posisjoneringane har endra seg frå 1941-1984 å gjelde belastingar i eit profesjonelt arbeidsmiljø/arbeidsforhold til å handle om den mentale påverknaden menneskemøta har på sjukepleiaren. Lærebøkene posisjonerer seg til manglande tilarbeiding av eigne kjensler, tankar og reaksjonar som kunnskap om kva som gir risiko for skadar (jf. forskingsspørsmål 1b). Når det gjeld teikn på slitasje (jf. forskingsspørsmål 1c) handlar dette om teikn på utbrenthet. Når det gjeld yrkeshygiene (arbeidervernlova, fysiske arbeidsforhold) sin plass i førre periode, ser denne ut til å vere ein del av sjukepleiefaget sin praktiske sans (Callewaert, 1997, s.13-26, jf. kap. 2.1.). Gjeldande spørsmålet om kva som beskyttar (jf. forskingsspørsmål 1d), skjer det ei endring med at det i 1941-1984 (jf. kap. 7.2.) var den profesjonelle sjukepleia med teoretisk skulering og

lovverket som beskytta sjukepleiaren, til at det i denne perioden er den einkilde sin kjennskap til og arbeid med, eigne kjensler som er beskyttande .

### 7.3.2. Konstruksjon av feltet og det sosiale rommet

I dette kapittelet er posisjoneringane (jf. kap. 7.3.1) om ivaretaking i perioden 1985-2004, forstått og forklart i lys av feltet (jf. kap. 2.3.3) og det sosiale rommet (jf. kap. 2.3.2.), jamfør forskingsspørsmål 2 (jf. kap. 3.0.), med særleg fokus på endringane.

#### 7.3.2.1. Logikkar i feltet med tilhøyrande kampar

Nedanfor har eg argumentert for at både sjukepleiefagets logikk og den økonomiske logikken med tilhøyrande kampar, kan bidra til å forklare posisjoneringane om ivaretaking av sjukepleiaren i 1985-2004 (jf. kap. 7.3.1.).

#### *Sjukepleiefagets logikk – kampen om innhaldet*

I 1960-åra var kampen om innhaldet i sjukepleia sentralt, diskusjonar kring den opphavelige betydinga, og lanseringar av definisjonar vart forsøkt. Kva teorien skulle innehalde, og korleis faget skulle vidareutviklast, viste seg som interne brytingar i 1960 og 1970 åra (Lund, 2012, s. 15).

Kampen om innhaldet skulle forklare kva som var særige med sjukepleiefaget, og kva som skilde det frå medisinen. Med inspirasjon frå amerikansk sjukepleiartenking kom Virginia Henderson si forståing og forklaring på kva sjukepleie er inn i pensum frå 1960 åra. Eigenomsorgsteorien til Dorothea Orem vart og presentert som sjukepleiegrunnlaget frå 1971, og eigenomsorg tyder å ta omsorg for seg sjølv. Sjukepleiarens primære oppgåve er å kompensere og forbetre sviktande eigenomsorg (Lund, 2012, s.205-209). Behovsteorien vart utgangspunktet for sjukepleiefaget (Boge, 2008, s.59).

Sett i lys av kampen om sjukepleiefagets innhald, og eigenomsorgsteorien sitt solide fundament i sjukepleiefaget i etterkrigstida feltet kan me forstå posisjoneringane til ivaretaking i lærebøkene i sjukepleie 1985-2004 (jf. tabell 5). Sjukepleiaren kan sjølv vurdere kva den har behov for ut frå personlege og samfunnsøkonomiske belastningar ein kjenner på, og gjennom teoretiske modellar og sjølvransaking kan ein best arbeide for å hjelpe seg sjølv.

### *Økonomisk logikk – kampen om arbeidsrammene*

Den nye velferdsstatens framvekst etter andre verdskrig innebar at staten fekk utvida plikt til å halde befolkninga friske. WHO definerte helse som «ikkje berre fri for sjukdom og svakheit, men fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære» (Lund, 2012, s.97-98). Det utvida helseomgrepet vart såleis kostbart for samfunnet.

Boge (2008, s. 64-65) argumenterer for at New Public Management (NPM) inspirerer dei økonomiske tenkjemåtane i vår tid. Ho argumenterer for at kjernen i NPM er at menneske er rasjonelle og maksimerer eiga nytte. Velferdsstaten er for kostbar, og NPM skal syte for innbyggjarane si velferd, men på andre måtar. Måten å organisere helsetenestene ved bruk av NPM på, gjer inntrykk av at den pleietrengjande sjølv avgjer kva hjelp denne treng – skjønt tanken bak kan vere styresmaktenes trong for større kontroll.

Posisjoneringa til at sjukepleiaren vil møte ein del påkjenningar i yrket sitt som er belastande, kan sjåast i samband med den økonomiske logikken. Her vil tidsramma, ressurskapasitet og gjerne ulik oppfatninga av kva eigenomsorg inneber kunne belaste sjukepleiaren. At sjukepleiaren skal ha kunnskap om kva som beskyttar i form av sjølvransaking og teoretiske modellar (jf. kap. 7.3.1.), kan forklarast i lys av den økonomiske logikken – då dette vil vere det billegaste alternativet.

Posisjoneringane til kunnskap om risiko for skadar og teikn på slitasje (jf. forskingsspørsmål 1b og 1c) som individuell, kan også forståast ut frå tanken om NPM og i lys av kampen om innhaldet i sjukepleia.

Yrkeshygiene som kom inn i 1941-1984, har ingen plass i lærebøker i perioden 1985-2004 (jf. tabell 5). Lov om arbeidervern er ikkje nemnt, heller ikkje arbeidsmiljølova er bidrege med kunnskap om. At lovverket ikkje blir argumentert om kan forståast ved at dette no er ein del av den praktiske sansen (Callewaert, 1997, s.13-26, jf. kap. 2.1.), ein tek for gitt at sjukepleiaren er underlagt lovverket og har rettigheter i yrkesutøvinga si.

### *7.3.2.3. Sjukepleiarar og lærebokforfattarar sin posisjon i det sosiale rommet*

Som me såg i prekonstruksjonen av det sosiale rom og feltet (jf. kap. 1.4) handla sjukepleiarane frå 1970-åra for å modernisere sjukepleiefaget. Me såg at faget vart forsøkt forankra i resultat og funn frå vitskapen - med ynskje om å definere sjukepleiefagets eigenart.

Kampen mellom sjukepleiane og legane i 1970 åra handla om likestillingsorientering og sjølvmedvit, særleg sjukepleiefagets humanistiske verdigrunnlag og omsorgstradisjon vart framheva (Schiøtz, 2003, s.493). Gradvis overtek sjukepleiarane sjølv ansvaret for innhaldet og formidlinga av faget, og ved at makt og posisjonar vart mista hos legane, styrka sjukepleiarane sin posisjon, og sjukepleievitskap oppstod (jf. kap. 1.4., Schiøtz, 2003, s. 452). Den styrka posisjonen visar seg også i at det er sjukepleiarane sjølv som er redaktørar for lærebøkene i sjukepleie i 1985-2004 (jf. tabell 2).

Frå at me såg i 1877-1940 argumentasjon på at sjukepleie oppstod på bakgrunn av eit legeynskje og inntok ei underordna rolle (jf. kap. 7.1.), til at ein posisjonerte seg til at sjukepleiarane og legane var samarbeidspartnarar i 1941-1984 (jf. kap. 7.2.), ser ein i litteraturen frå 1985 mest ikkje legen nemnt i forhold til sjukepleiaren i det heile teke, og legen er ikkje lenger ein ivaretakar av sjukepleiaren. Legen er frå 1985 argumentert fram som naudsynt berre for diagnostiske føremål og prognose. Posisjoneringa til at legen ikkje blir nemnt i lærebøker i sjukepleie i perioden 1985-2004 er forståeleg i lys av det sosiale rommet kor sjukepleiarane har ynskje om å frigjere seg frå legens dominans (jf. avsnitt over).

Det vart i etterkrigstida utdanna fleire sjukepleiarar i Noreg enn i Danmark og Sverige, men Noreg hadde lågare yrkesdeltaking enn dei – dette kan me sjå i lys av den svært aktive husmopolitikken i Noreg (Lund, 2012, s. 123-128). Sjukepleiar-mangel-problemstilling er gjennomgåande i 1950-1960 åra. I 1972 gjekk det føre seg ein halvårig sjukepleiaraksjon på bakgrunn av avvist krav i lønnsforhandlingar. Ei sjølvstendig aksjonsgruppe knytte lønnskampen til ei sjukepleiarmangelproblemstilling som angjekk alle. For å markere distanse til den tradisjonelle kallstanken, og for å krevja fortent høgare lønn for eit yrke på linje med andre, utførte sjukepleiarane sin fyrste streik – og vann fram. Det politiske klima i samfunnet

gav rom for at kvinner kunne forlange anerkjenning på lik linje med menns (Lund, 2012, s. 250-253, Schiøtz, 2003, s. 459-462).

### 7.3.3. Doxa

Doxa (jf. kap. 2.2.3.1.), den uartikulerte forståinga om ivaretaking i lærebøkene i sjukepleie i 1985-2004, er at sjukepleiaren best kan ivareta seg sjølv gjennom eigenomsorg som ivaretakande praktikk. Dette synet på ivaretakingspraktikken er forståeleg i lys av den sjukepleiefaglege logikken, den økonomiske logikken, samt posisjonen sjukepleiaren og eigenomsorgsteorien hadde i det sosiale rommet. Då eigenomsorgs-tenkinga ikkje er noko som er spesielt for sjukepleiefaget i denne perioden, ved at logikkane er blitt inkorporert i samfunnet generelt i etterkrigstida, formar dette den praktiske sansen (Callewaert, 1997, s.13-26, jf. kap. 2.1.) til dei som i 1985-2004 har agert som lærebokforfattarar i sjukepleie, og dette bidreg til å forklare at dei skriv om ivaretakingspraktikkar som dei gjer. Det at yrkeshygiene og den teoretiske skuleringa ikkje lenger er med i lærebøkene - kan vitne om at dette er ein del av vår praktiske sans (Callewaert, 1997, s.13-26, jf. kap. 2.1.) og treng såleis inga artikulert beskriving. Doxa kan også forståast i lys av den lange kampen sjukepleiaren har hatt for å vere den dominante agenten i sin eigen profesjon.

## 8.0. Analyse del 3: Forståing av - og forklaringar på at eg ikkje har fått undervising om ivaretaking i intensivsjukepleieutdanning

I fyrste del av dette kapitlet er det ein analyse av posisjoneringar om ivaretaking av intensivsjukepleiar i læreboka i intensivsjukepleie (jf. kap. 8.1., jf. tabell 6). I den andre delen av kapitlet (kap. 8.2.) har eg forklart posisjoneringane i lys av dei dei historiske analysane i kapittel 7.0. og i lys av Bourdieu sin teori om praktisk sans (Callewaert, 1997, s.13-26, jf. kap. 2.1.).

### 8.1 Læreboka i intensivsjukepleie posisjonerer seg ikkje om ivaretaking av sjukepleiaren

I dette kapitlet har underspørsmåla til forskingsspørsmål 1 (jf. kap. 3.0.) strukturert analysane av posisjoneringar om ivaretakingspraktikkar i læreboka i intensivsjukepleie.



Læreboka som er i bruk ved intensivutdanning ved Høgskulen på Vestlandet i 2021, oppstod for fyrste gong i 2005. Denne boka kjem i nye utgåver i 2010, 2015 og 2020. Den er såleis einerådande som norsk lærebok i norsk intensivsjukepleieutdanning. Redaktørar for læreboka er førstelektor og intensivsjukepleiar Tove Gulbrandsen, og førstelektor og intensivsjukepleiar Dag-Gunnar Stubberud.

Læreboka posisjonere seg til belastningane som fins i yrket (jf. forskingsspørsmål 1a). Læreboka argumenterer om belastinga det er at ein ofte har akutte situasjonar som krev rask reaksjon hos intensivsjukepleiar, og at det er belastande høgt arbeidstempo som fylgje av dårlege pasientar. Vidare argumenterer læreboka om belastningane det er å alltid vere årvaken, presis og å ha evna til prioritering, og at arbeidet er komplekst og mangfaldig. Det vert også argumentert om belastande ansvar for ivaretaking av pårørande (Stubberud, 2005, s. 27-35, Stubberud, 2010, s. 32-49, Stubberud, 2015b, s.43-68, Stubberud, 2020, s. 41-78, jf. tabell 6, jf. registrant i vedlegg 1). Vidare posisjonere ikkje læreboka i intensivsjukepleie seg til kunnskap om kva som gjev risiko for skadar (jf. forskingsspørsmål 1b), eller om teikn på slitasje (jf. forskingsspørsmål 1c), heller ikkje om kva som beskyttar (jf. forskingsspørsmål 1b) (Stubberud, 2005, Stubberud, 2010, Stubberud, 2015b, Stubberud, 2020, jf. tabell 6, jf. registrant i vedlegg 1).

**Tabell 6:** Om ivaretaking av sjukepleiar i analyserte utgåver av læreboka i intensivsjukepleie i perioden 2005-2021

Årstal/ Utgåve	Belastingane i yrket	Kva gjer risiko for skadar	Teikn på slitasje	Det som beskyttar
2005, 1.utg.	Dårlege pasientar Høgt arbeidstempo Høge krav til kompetanse Pårørandeansvar	Ikkje nemnt	Ikkje nemnt	Ikkje nemnt
2010, 2.utg.	Dårlege pasientar Høgt arbeidstempo Høge krav til kompetanse Pårørandeansvar	Ikkje nemnt	Ikkje nemnt	Ikkje nemnt
2015, 3.utg.	Dårlege pasientar Høgt arbeidstempo Høge krav til kompetanse Pårørandeansvar	Ikkje nemnt	Ikkje nemnt	Ikkje nemnt
2021, 4.utg.	Dårlege pasientar Høgt arbeidstempo Høge krav til kompetanse Pårørandeansvar	Ikkje nemnt	Ikkje nemnt	Ikkje nemnt

## Oppsummering

Læreboka i intensivsjukepleie posisjonerer seg om den høge belastingsgraden i intensivsjukepleieyrket, men ikkje om kunnskap om kva som gjer risiko for skadar, kva som er teikn på slitasje eller kva som beskyttar.

### 8.2 Teori om korleis det kan ha seg at eg ikkje har fått undervisning om ivaretaking av intensivsjukepleiaren

Denne studien starta med ei undring over at eg ikkje har fått undervisning om ivaretaking av intensivsjukepleiaren (jf. kap. 1.0.). Nedanfor har eg svara på korleis det historiske perspektivet på posisjoneringar om ivaretaking av sjukepleiar kan bidra til å forstå og forklare at eg ikkje har fått undervisning om ivaretaking av sjukepleiar i intensivsjukepleie-studiet (jf. forskingsspørsmål 3 i kap. 3.0.). Posisjoneringane om ivaretaking i læreboka i intensivsjukepleie (jf. kap. 8.1.) er forstått og forklart i lys av dei dei historiske analysane i kapittel 7.0. og i lys av Bourdieu sin teori om praktisk sans (Callewaert, 1997, s.13-26, jf. kap. 2.1.).

Bakgrunnen for at ivaretaking ikkje vert omtalt i lærebøker i intensivsjukepleie må forståast i lys av den marginale plassen som ivaretaking har hatt i lærebøker i sjukepleie frå den fyrste læreboka kom ut i 1877 og fram til vår tid. For sjølv om ivaretaking er sporadisk nemnt i dei fleste lærebøker i sjukepleie (jf. kap. 7.0.), er ikkje slike praktiskar lyfta fram i form av egne kapittel. I læreboka i intensivsjukepleie som har kome ut i ulike versjonar i perioden 2005–2020, og som framleis er i bruk, er ikkje ivaretaking nemnt. Det kan sjå ut for at lærebokforfattarane av lærebøker i intensivsjukepleie er blitt så vande med at det er lite fokus på ivaretaking av sjukepleiaren, at det er blitt ein så inkorporert del av den praktiske sansen deira (Callewaert, 1997, s.13-26, jf. teori om praktisk sans i kap. 2.0.), at dei ikkje kjem på at det kunne vere nyttig for intensivsjukepleiarane å lære korleis ivaretaking av sjukepleiar kan gjerast i intensivavdelingar. Lærebøker har ein dominant posisjon i det pedagogiske feltet, dei er på mange vis doxa-berarar, så det at læreboka i intensivsjukepleie ikkje skriv om ivaretaking av sjukepleiaren kan bidra til å forstå og forklare at eg ikkje har fått undervisning om ivaretaking av sjukepleiar i samband med intensivutdanning, verken via lærebøker, førelesingar, arbeidskrav eller eksamenar.

## 9.0. Vidare forskning

Denne studien har vore avgrensa til analyser av ivaretaking i det pedagogiske feltet. I vidare studiar kunne det vore interessant å undersøkje om - og eventuelt korleis, logikken i det medisinske feltet kan bidra til å forstå og forklare at eg ikkje har fått undervising om ivaretaking av intensivsjukepleiar i intensivsjukepleie-studiet. For som me såg i prekonstruksjon av feltet (jf. kap. 1.3.), vaks intensivsjukepleie-spesialiteten fram på bakgrunn av medisinsk utvikling, og sjukehusa sitt behov for kvalifisert personell som kunne hjelpe legane i behandling og pleie av akutt og kritisk sjuke pasientar. Slike studiar kunne omfatte både intervju, observasjon og dokumentanalyser.

Men det er ikkje sikkert at ein medisinsk logikk kan bidra til å forklare at eg ikkje har fått undervising om ivaretaking av intensivsjukepleiaren. Det kan like gjerne vere at forklaringane på dette fråveret vert forstålege om ein undersøker den økonomiske logikken i det norske helsevesenet. For det er mulig at behovet for å få utnytte sjukepleiarens kompetanse overskygger ivaretaking av sjukepleiaren, slik me såg då diakonisseutdanningar vart etablert i siste halvdel av 1800-talet (jf. om ein økonomisk logikk i kap. 7.1.2.1.). I ein slik studie kunne det vere at analyser av statlege og lokale styringsdokument hadde vore adekvat.

## Referanseliste

- Alharbi J., Jackson D. & Usher K. (2019). Compassion fatigue in critical care nurses. An integrative review of the literature. *Saudi Med Journal*, 40(11), s. 1087-1097. [doi:10.15537/smj.2019.11.24569](https://doi.org/10.15537/smj.2019.11.24569)
- Andersen, R. (1968). Barnesykepleie. I K. Lerheim (Red.) *Lærebok for sykepleieskoler* (Bind.3, s. 309-369). Fabritius og sønners forlag. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2007071701097](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2007071701097)
- Arntzen, A. (1921). Indledning. I K. Grøn & S. Widerøe (Red.), *Haandbok i sykepleien* (s. 1-9). Aschehoug & co. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2016090948203](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2016090948203)
- Bjørnson, Ø. (1997). *Perspektiver på arbeidsmiljøets historie*. [https://www.arbark.no/eldok/Arbeiderhistorie1997\\_2.pdf](https://www.arbark.no/eldok/Arbeiderhistorie1997_2.pdf)
- Boge, J. (2008). *Kroppsvask i sjukepleia* [Doktoravhandling, Universitetet i Bergen]. HVL open. <http://hdl.handle.net/11250/2579522>
- Boge, J. & Petersen, K. A. (2020). Omsorg som glasur over ein medisinsk logikk i statlege føringar for norsk sjukepleieutdanning. *Tidsskrift for omsorgsforskning 1*. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-01-08>
- Boge, J. (2021). Ei praxeologisk tilnærming til konstruksjonar av samfunnskapleg viten. *Praxeologi*, 2021(3), Artikkel e3161. <http://dx.doi.org/10.15845/praxeologi.v3i0.3161>
- Bourdieu, P. (1998). De tre former for teoretisk viden. I S. Callewaert, & K. Petersen (Red.), *Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori* (s. 72-108). København: Akademisk Forlag.
- Callewaert, S. (1997). Om den praktiske sans som noget kropsligt. I S. Callewaert (Red.), *Bourdieu studier* (s. 13-26). København: Københavns Universitet.
- Callewaert, S. (2014). Habitus. I L. B. Berønsted, M. Mottelson, C. Jørgensen & L. J. Muschinsky (Red.), *Ny pædagogisk oppslagsbog*. Hans Reitzels Forlag.
- Domaas, M. B., Heggenhougen, A., Wyller, I. & Jervell, A. (1941). Alminnelig sykepleie. I A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiersker* (Bind 1, s.1-138). Fabritius & Sønners Forlag. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2010062906055](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2010062906055)
- Domaas, M. B., Heggenhougen, A., Wyller, I., Lindstrøm, Aa., & Vogt, Aa. (1951). Alminnelig sykepleie. I A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiersker* (2.utg., Bind 1, s. 1-104). Fabritius & Sønners Forlag. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2012022308092](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2012022308092)
- Duckert, H. (2021). *Norsk kvinnehistorie på 200 sider*. Kagge forlag AS.
- Filho, F. A., Rodrigues, M. C. S., & Cimiotti, J. P. (2019). Burnout in Brazilian Intensive Care Units: A Comparison of Nurses and Nurse Technicians. *AACN Advanced Critical Care*, 30(1), s. 16–21. <https://doi-org.proxy.helsebiblioteket.no/10.4037/aacnacc2019222>

- Fonn, M. (2020, 25.juni). Vil ta vare på hjelperne: - Du er ikke betalt for å tåle alt. *Sykepleien*.  
<https://sykepleien.no/2020/06/vil-ta-vare-pa-hjelperne-du-er-ikke-betalt-tale-alt>
- Forskrift til rammeplan for intensivsykepleie. (2005). Forskrift til rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie (LOV-2005-04-01-15-§3-2). Lovdata.  
<https://lovdata.no/forskrift/2005-12-01-1389>
- Garcia, R. E. (2020). *Håndhygien til den koordinerende operasjonssykepleieren på operasjonsstuen* [Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet]. HVL open.  
<https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2721710>
- Gundersen, E. M. & Skoglund, I. (2018). Fra opplæring til mastergrad. I E. M. Gundersen, N. Kolden, I. Skoglund & G. K. Veum (Red.), *40 år og ennå ungt! Intensivsykepleiens historie - et fag i stadig utvikling!* (s. 15-30). NSFLIS.
- Haavik, M. & Toven, S. (2020). *Ivaretakelse av hjelpere*. Universitetsforlaget.
- Hauen, A. E. (1967). Generell sykepleielære. I Lerheim, K. (Red.) *Lærebok for sykepleieskoler* (s. 11-368). Fabritius og sønners forlag. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2007051500014](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2007051500014)
- Horne, R. (2016). *"Like barn leikar best". Ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengande barn og unge* [Doktoravhandling, Universitetet i Bergen]. Bora.  
<https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/15253/dr-thesis-2016-RolfHorne.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hoven, B. N., Tveit, Ka. & Tveit, Kj. (1960). Alminnelig sykepleie. I A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiere* (Bind 1, s. 9-159). [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2015060508192](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2015060508192)
- Jervell, A. (1941). *Lærebok for sykepleiersker* (Bd 1). Fabritius & Sønners Forlag.  
[http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2010062906055](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2010062906055)
- Jervell, A. (1951). *Lærebok for sykepleiersker* (2.utg., Bd 1). Fabritius & Sønners Forlag.  
[http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2012022308092](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2012022308092)
- Jahr, G. (1941). Pleie ved sinnslidelser. I A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiersker* (Bind 1, s. 209-252). Fabritius og sønners forlag. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2010062906055](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2010062906055)
- Jahr, G. (1951). Pleie ved sinnslidelser. I A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiersker* (2.utg., Bind 1, s. 180-223). Fabritius og sønners forlag. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2012022308092](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2012022308092)
- Kalfoss, M. H. (1985). Sykepleieren i møte med alvorlig syke pasienter og deres nærmeste. I H. Almås (Red.) *Medisinsk og kirurgisk sykepleie* (s. 47-64). Universitetsforlaget AS.  
[http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2013120906040](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013120906040)

- Kalfoss, M. H. (1992). Å møte alvorlig syke og døende pasienter – stress og mestring. I H. Almås (Red.) *Klinisk sykepleie* (s. 51-62). Universitetsforlaget AS. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2010051906065](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2010051906065)
- Kalfoss, M. H. (2001). Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I H. Almås (Red.) *Klinisk sykepleie* (Bd 1, s. 48-64). Gyldendal norsk forlag AS.
- Kaurin, E. (1879). *Sygepleiersken*. Cammermeyer. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2015062508041](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2015062508041)
- Kristiansen, E. F. (2020). *Munnbindpraktikker ved kirurgiske inngrep: et praxeologisk perspektiv* [Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet]. HVL open. [https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/handle/11250/2668063/Master\\_Kristiansen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/handle/11250/2668063/Master_Kristiansen.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Kristoffersen, N. J. (Red.). (1996a). *Generell sykepleie 1 – Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap*. Gyldendal norsk forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (Red.). (1996b). *Generell sykepleie 2 – Pasient og sykepleier – samhandling, opplevelser og identitet*. Gyldendal norsk forlag AS. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2008031300011](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2008031300011)
- Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. Historisering av et felt via dokumenter. I O. Hammerslev (Red.), *Refleksiv sosiologi i praksis* (s. 173-188). Hans Reitxels forlag.
- Larsen, Aa. (1921). Almindelig sykepleie. I K. Grøn & S. Widerøe (Red.), *Haandbok i sykepleien* (s. 10-27). Aschehoug & co. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2016090948203](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2016090948203)
- Lund, E. K. (2012). *Virke og profesjon. Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)*. (Bd 2). Akribe AS.
- Lønnå, E. (2021, 12.mars). Kvinnebevegelsens historie. I *Store norske leksikon*. [https://snl.no/kvinnebevegelsens\\_historie](https://snl.no/kvinnebevegelsens_historie)
- Martinsen, K. (1984). *Freidige og uforsagte diakonisser*. Aschehoug / Tanum Norli. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2007071301010](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2007071301010)
- Martinsen, K. (2000). Kjærlighetsgjerningen og kallet. I R. Nissen, *Lærebog i Sykepleie* (s. 243-291). Gyldendal Akademisk.
- Moseng, O. G. (2003). *Det offentlige helsevesenet i Norge 1606-2003: Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850* (Vol. B. 1). Oslo: Universitetsforlaget.
- Moseng, O. G. (2012). *Fremvekst og profesjonalisering. Norsk sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)*. (Bd 1). Akribe AS.
- Natvig., H. (1941). Hygiene. I A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiersker* (Bind 2, s.1-68). Fabritius & Sønners Forlag. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2015072708032](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2015072708032)

- Natvig, H. (1951). Hygiene. I A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiersker* (2.utg., Bind 2, s. 442-517). Fabritius & Sønners Forlag. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2012022308094](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2012022308094)
- Natvig, H. (1960). Hygiene. I A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiere* (3.utg., Bind 7, s. 41-126). Fabritius og Sønners Forlag. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2008051904059](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2008051904059)
- Natvig, H. (1968). Forebyggende medisin (Hygiene). I K. Lerheim (Red.) *Lærebok for sykepleieskoler* (Bind 2, s. 13-156). Fabritius og sønners forlag. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2009040104011](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2009040104011)
- Nissen, R. (2000/1877). *Lærebog i Sygepleie for diakonisser*. Gyldendal. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2008102704156](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2008102704156)
- Norsk senter for forskningsdata (2019, 18.juni). Slik vurderer vi ditt meldeskjema. NSD. [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/slik\\_vurderer\\_vi.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/slik_vurderer_vi.html)
- Norsk anesthesiologisk forening, & NSFLIS. (2014). Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. [https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer\\_for\\_IntensivvirksomhetNO\\_RGE\\_23.10.2014.pdf](https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer_for_IntensivvirksomhetNO_RGE_23.10.2014.pdf)
- Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (2004). Definisjoner. <https://www.nsf.no/Content/125356/Vedtatte%20definisjoner%202004%20og%2000%206.pdf>
- Papathanassoglou, E., & Karanikola, M. (2018). Stress in critical care nurses: a policy perspective. *Nursing in Critical Care*, 23(3), 117–120. <https://doi-org.proxy.helsebiblioteket.no/10.1111/nicc.12352>
- Petersen, K. A. (1996). *Hvorfor Bourdieu?* Munksgaard.
- Petersen, K. A. & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab: Hvad er det? En diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. Hexis.
- Prieur, A. (2002). Objektivitet og refleksivitet – om Pierre Bourdieus perspektiv på design og interview. I M. H. Jacobsen, S. Kristiansen & A. Prieur (Red.), *Liv, fortælling, tekst: strejftog i kvalitativ sociologi* (s. 109-132). Aalborg Universitetsforlag.
- REK (2020). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. <https://rekportalen.no/>
- Ryste, M. E. & Kåss, I. W. (2013). *1913: Endelig får kvinner stemmerett*. <https://www.kvinnehistorie.no/artikkel/t-1703>
- Salimi, S., Pakpour, V., Rahmani, A., Wilson, M., & Feizollahzadeh, H. (2020). Compassion Satisfaction, Burnout, and Secondary Traumatic Stress Among Critical Care Nurses in Iran. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 59–66. <https://doi-org.proxy.helsebiblioteket.no/10.1177/1043659619838876>
- Sand, A. M. (2001). Se også meg – om å være pårørende til en syk. I H. Almås (Red.) *Klinisk sykepleie* (Bd 1, s. 48-64). Gyldendal norsk forlag AS.

- Saravanabavan, L., Sivakumar, M. N., & Hisham, M. (2019). Stress and Burnout among Intensive Care Unit Healthcare Professionals in an Indian Tertiary Care Hospital. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 23(10), 462–466.
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Universitetsforlaget.
- Skogsaas, B. M. P. & Karlsen, M. M. W. (2015). Fra videreutdanning til mastergradsstudium. *Sykepleien*, 2015(3), 56-59. [https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/fra\\_videreutdanning\\_til\\_master.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/fra_videreutdanning_til_master.pdf)
- STAMI (2018). Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2018. Status og utviklingstrekk. <https://stami.brage.unit.no/stami-xmlui/handle/11250/2558672>
- Statistisk Sentralbyrå. (2017, 25.aug). 1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>
- Stubberud, D.-G. (2005). Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder. I T. Gulbrandsen og D.-G. Stubberud (Red.) *Intensivsykepleie* (s. 27-35). Akribe AS.
- Stubberud, D.-G. (2010). Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder. I T. Gulbrandsen og D.-G. Stubberud (Red.) *Intensivsykepleie* (2.utg., s.32-52). Akribe AS.
- Stubberud, D.-G. (2015a). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie*. (3.utg., s. 29-41). Cappelen Damm.
- Stubberud, D.-G. (2015b). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie*. (3.utg., s. 43-68). Cappelen Damm.
- Stubberud, D.-G. (2018). En sykepleiespesialitet blir til. I E. M. Gundersen, N. Kolden, I. Skoglund & G. K. Veum (Red.), *40 år og ennå ungt! Intensivsykepleiens historie - et fag i stadig utvikling!* (s. 3-14). NSFLIS Landsstyre 2018.
- Stubberud, D.-G. (2020). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie*. (4.utg., s. 41-78). Cappelen Damm.
- Tandberg, J. J. (2018, 22.august). Sykepleiere må lære å ta vare på seg selv. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/08/sykepleiere-ma-laere-ta-vare-pa-seg-selv>
- Tønnessen, E. (2020, 24.mars). Stor mangel på intensivsykepleiere. *Khrono*. Henta frå <https://khrono.no/stor-mangel-pa-intensivsykepleiere/473348>
- Waage, H. R. (1901). *Lærebog i sykepleie*. Aschehoug & Co. [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2011101223027](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2011101223027)
- Wilken, L. (2006). *Pierre Bourdieu*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Wilken, L. (2015). *Bourdieu for begyndere* (2.utg.). ProQuest E-book Central. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/hogskbergen-ebooks/detail.action?docID=4186589>



## Liste over vedlegg

Vedlegg 1: Registrant (11 sider)

Vedlegg 2: Søkehistorikk i Cinahl

Vedlegg 3: Utfyllande om tidlegare forskning (2 sider)

## Vedlegg 1: Registrant

### **Forfattar (posisjon) /Namn på lærebok/ Årstall**

#### **Om ivaretaking**

4. *Bidreg læreboka med kunnskap om belastningane som fins i yrket?*
5. *Bidreg læreboka med kunnskap om kva som gjer risiko for skadar?*
6. *Bidreg læreboka med kunnskap om teikn på slitasje?*
7. *Bidreg læreboka med kunnskap om kva som beskyttar?*

#### **Nemner boka krav til eigenskapar hos sjukepleiaren?**

### **Rikke Nissen (diakonisse)/ Lærebog i sygepleje for diakonisser/ 1877**

#### **Om ivaretaking**

1. belastingar; Sjukepleie krevjar mot og sindighet, sjukepleiaren må hjelpe ved livsfarlige operasjonar og utan frykt eller motvilje behandle avskrekkande og smittsamme sjukdommar. Sjukepleiaren må med sindighet og åndsnærver takle raseriutbrot, ho må overvinne den motbydelegheita for ting som elles i livet blir sett på som «de væmmeligste»  
Dersom ikkje sjukepleiar er dyktig og vidarefortel sine observasjonar, kan dette ha fatale konsekvensar for pasienten.
2. risiko for skade: Det er fare for å miste fingrar dersom ein ikkje har reine hender
3. teikn på slitasje: ikkje nemnt
4. kva beskyttar:  
Først i samband med Herren av sjukepleie fekk si høgare betyding.  
Herren vil gje den som ber om det mot

#### **Eigenskapar**

Sjukepleiaren skal vere bestemt, men kjærleg overbærande mot den sjuke sine innfall, og skal aldri vise tvil eller ubestemd.

Sjukepleiaren skal ha god reinsligheit, orden og vere punktleg. Ho skal vere lydige mot legen sine bestemmingar.

(Nissen, 1877, s.19-25)

### **Edvard Kaurin (Distriktslege)/ Sygepleiersken/ 1879**

#### **Om ivaretaking**

1. belastingar; Sjukepleia er avgjerande for den sjukes liv eller død.
2. risiko for skade: Angst, frykt for smitte og nedtrykt sinnstemning gjer sjukepleiaren utsett for smitte
3. teikn på slitasje: ikkje nemnt

4. kva beskyttar: Ein sjukepleiar som verkar bevisst i sitt kall skal fjerne ho frå angst, frykt for smitte, og ei nedtrykt sinnsstemning – som i følge Kaurin gjev auka fare for å oppta smittestoff

### ***Eigenskapar***

Sjukepleiaren skal vere reinsleg, vere samvitsfull, vere punktlig og pålitelig. Ho skal utføre forretningar som legen har pålagt ho. Sjukepleiaren skal vere høfleg og venleg, ha god tålmod og vere blid, samt skal ho opptre bestemt og verdig og utføre alt med sømd og orden.

(Kaurin, 1879, s. 3-15, s.52)

## **Hans Riddervold Waage (lege)/ *Lærebok i sykepleie/ 1901***

### ***Om ivaretaking***

1. belastingar; Sjukepleiaren vil oppleve anstrenging og sakn dersom ho ikkje er fullstendig overgjeve til yrkesutøvinga. Å pleie sjuke er anstrengande og ein skal ikkje forvente påskjønning for arbeidet sitt. Sjukepleia er eit dagleg strev, og har ofte vanskelege forhold.  
Pasientens liv og helse er avhengig av at sjukepleiaren er «si oppgåve vaksen»
2. risiko for skade: Sjukepleiaren vil fort sløvast i forhold til sine plikter om ho berre vel sjukepleia for levebrødets skuld.
3. teikn på slitasje: ikkje nemnt
4. kva beskyttar: Sjukepleiaren må ha eit sterkt helbred, og ofre seg for pasientane sine, samt må ho hengje seg sitt livskall. Sjukepleiaren skal vere oppofrande, og fylgje legens retning. Sjukepleiar må vere godt utdanna – både teoretisk og praktisk

### ***Eigenskapar***

Sjukepleiaren må ofre seg for pasientane. Sjukepleiaren må følgje legens forskrifter i utøvinga av si gjerning. Personlege kvalifikasjonar som er naudsynte; vennleg, lydig og maktutøvande, hjartelag, utholdande og seig, god forstand, pålitelig og ærleg, imøtekommande, jamnt humør, aldri oppfarande/utålmodig, aldri rastlaus eller støyande – men roleg og beskjeden, ordenssans, sans for reinslighet, gode sansar, ikkje legemsfeil eller ytre skavankar.

(Waage, 1901, s. 1-6, s.14-17)

## **Kristian Grøn (overlege) & Sofus Widerøe (overlege)/ Haandbok i sykepleien/ 1921**

### **Om ivaretaking**

1. belastingar: Ein sjukepleiar som opptar sjukepleiegjeringa berre som levebrød, vil snart gå trøyt under dei vanskelege forholda og utakksemda ein ofte møter under arbeidet. Sjølv arbeidet vil by imot i byrjinga; det skal både mot og utholdenhet til for å komme over den første vanskelige tid, sentimentalitet og følelsesutbrudd er ikkje på sin plass. Nattarbeid kan ha sunnhetsskadelege følgjer.
2. risiko for skade: Dersom sjukepleiaren berre tenkjer, snakkar og les om sjukepleie får ho eit innsnevra syn på livet, hemmar si eiga utvikling, og vert til plage for sine vener.
3. teikn på slitasje: ikkje nemnt
4. kva beskyttar: Sjukepleia er eit kall, og ein kan ikkje oppta yrket som levebrød. Eit sunt og freidig sinn er like nødvendig som ein sunn lekam, og det kan kun oppretthaldast ved næring, arbeid, avveksling og oppmuntring». Kvile og forfrisking (eks. musikk, friluft) er naudsynt for å oppretthalda eit sunt og freidig sinn.

### **Eigenskapar**

Naudsynte eigenskapar hos sjukepleiaren er: hjartelag, vilje til å hjelpe medmenneske, absolutt lydighet til legen, god helse, styrke, uthaldane, gode kunnskapar, hurtig oppfatningsevne, god forstand, ordenssans, ansvarsfølelse, pålitelig, høflig vesen, sjølvkontroll, medkjensle, tålmodighet og takt, jamn helse, sterkt uthaldande lekam, avbalansert nervesystem, ordenssans, punktlig, reinsleg, ansvarskjensle, ærleg, nøyaktig, mild og verdig, tålmodig og overberande, ikkje vere nærtakande.

(Arntzen, 1921, s. 1-9)

## **Anton Jervell (Overlege)/ Lærebok for sykepleiersker/ 1941**

### **Om ivaretaking**

1. belastingar; Sjukepleia er keisamt og urimeleg dersom berre valt som levebrød, . Sjukepleia er eit belastande yrke, med stadig smittefare. Særs belastning på føtter. Pleie av sinnslidande spesielt vanskeleg og krevjande.
2. risiko for skade: Yrkeshygiene om kunnskap om skadelege faktorar, herav nemner ein støv, giftstoff, smitte og overanstrenging. Overanstrenging kan dels vere

generell (skuldast for lang arbeidstid, mykje overtid, få kvilepausar og anstrengande og ugunstige arbeidsbetingingar) og lokal (t.d. musklar, ledd).

3. teikn på slitasje: ikkje nemnt

4. kva beskyttar: Sjukepleia er eit privilegium om sjukepleiar vil gå heilt inn for oppgåva, kan ikkje berre oppta det for levebrødets skuld, men må ha ei djupare meining – ei levande interesse og medkjensle med sine medmenneske, samt iherdig arbeid på eiga personlege utvikling.

I pleie av sinnslidande, startar ein med ordtaket «elsk din neste, du kristensjel», og beskriv kjærleik som beskyttande faktor for dei mange tunge og vanskelege pleiesituasjonar som kan oppstå her – og trekker fram at ein skal vakte seg for å trekke på smilebandet av «kallet», då det nettopp er den kalla sjukepleiaren som ved sitt liv visar ho er glad i sin gjerning.

Arbeidsmiljø som faktor for å førebygge yrkessjukdommar og arbeidsulykker – rom, arbeidsbelysning, reinslighet vert nemnt. Best kan dei bøtast med ordning av arbeidstid, og bruk av fridagar slik at dei gjev kvile.

Lov om arbeidervern beskyttar sjukepleiaren.

Sjukepleie er eit fagarbeid som krev kunnskap, dyktighet og erfaring

### ***Eigenskapar***

Sjukepleiaren må ha god forstand, sterk kroppsleg fysikk, og vere viljug til å nytte alle sine evner og krefter, **Fysiske vilkår**; normal bygning, sterk lekam, trening i praktisk arbeid, normale sansar, frisk og velleid (kan ikkje ha talefeil, nervøsitet eller aparte vesen).

**psykiske vilkår**; Sjukepleiaren må vere høfleg og vennleg, og ha ein taktfull framferd. Eit jamnt avbalansert sinn, og visar seg pålitelig ovanfor pasientane og pårørande. Sympati og antipati må ikkje verke inn på sjukepleiaren sitt arbeid. Klikkvesen skaper mistillit og øydelegg samarbeidet.

(Domaas et.al, 1941, s. 1-5, Jahr, 1941, s. 213-218, Natvig, 1941, s. 56-59)

### **Anton Jervell (overlege)/ *Lærebok for sykepleiere/ 1951***

#### ***Om ivaretaking***

1. belastingar; Sjukepleiaren vil møte belastingar som kan vere skadeleg og framkalle sjukdommar. Yrnessjukdommar kan komme av støv, giftstoff, smitte og overanstrenging.
2. risiko for skade: Støv, giftstoff, smitte og overanstrenging er kunnskapar om kva som kan gje risiko for skade. Stor risiko for overanstrenging, som kan vere generell (skuldast for lang arbeidstid, mykje overtid, få kvilepausar og anstrengande og ugunstige arbeidsbetingingar) og lokal (t.d. musklar, ledd, fotlidingar).
3. teikn på slitasje: ikkje nemnt
4. kva beskyttar: Arbeidsforhold – yrkeshygiene utforskar sjukdommar for å finne midlar til å førebygge desse  
Lov om arbeidervern (og offentleg tilsyn) som hjelp til tiltak for å ha sunne arbeidsforhold  
I pleie av sinnslidande, startar ein med ordtaket «elsk din neste, du kristensjel», og beskriv kjærleik som beskyttande faktor for dei mange tunge og vanskelege pleiesituasjonar som kan oppstå her – og trekker fram at ein skal vakte seg for å trekke på smilebandet av «kallet», då det nettopp er den kalla sjukepleiaren som ved sitt liv visar ho er glad i sin gjerning.  
Sjukepleie eit yrke som krev full fagleg opplæring – kunnskap, dyktighet og erfaring

### ***Eigenskapar***

For ei frisk velutdanna ung kvinne med sunn humanitær og sosial innstilling gjer sjukepleien høve til å nytte heile personlegdommen, alle evner og kunnskapar. Personlege utvikling viktig for god yteevne.

(Domaas, et.al., 1951, s. 1-3, Jahr, 1951, s. 184-190, Natvig, 1951, s. 453-462, 504-509)

### **Anton Jervell (overlege)/ Lærebok for sykepleiere/ 1960**

#### ***Om ivaretaking***

1. Belastingar Sjukepleiaren vil møte belastingar som kan vere skadeleg og framkalle sjukdommar. Yrnessjukdommar kan komme av støv, giftstoff, smitte og overanstrenging.
2. risiko for skade: sjukepleie er eit krevjande arbeid som lett kan føre til overanstrengelse, dette er noko sjukepleiaren ofte vert ramma av.  
Arbeidsforhold og arbeidsoppgåver kan gje risiko for skade.

3. teikn på slitasje: Overanstrenging gjer at ein fornemmer «alskens smerter og uvelbefinnende», dette leier mogleg til sømnløshet – som igjen kan ende med samanbrot, dette merkar ein ikkje før symptoma er fullt utvekla.
5. kva beskyttar: Sjukepleie er eit yrkesval som krev full fagleg opplæring  
God ordning av arbeidstid og kvile som beskyttande faktorar, herav spesifiseres at fridagar og ferie må nyttast på «den rette måten».  
Arbeidsmiljøet viktig; rom, arbeidsbelysning, reinslighet vert nemnt.  
Arbeidervernlova vert vist til i forhold til yrkeshygiene som beskyttande for sjukepleiar.  
personleg hygiene først og fremst til sjukepleiar, her skriv ein fram søvn og kvile/riktig ernæring/ friluftsliv og mosjon/ reinsligheit/ klesdrakt; for å gjere organismen mindre mottakeleg for sjukdom.

### ***Eigenskapar***

Sjukepleiaren må ha kunnskap om sjukdomslære, ha ei god observasjonsevne, og praktisk erfaring. Frisk velutdanna ungdom med sunn humanitær og sosial inntilling – kan nytte alle sine evner og kunnskaper i sjukepleia, jo lenger ein har nådd personleg utvikling – jo meir kan ein yte i arbeidet.

(Hoven et.al., 1960, s. 9-13, Natvig, 1960, s. 59-69, 119-124)

## **NSF/ Kjellaug Lerheim (sjukepleielærer)/ *Lærebok for sykepleieskoler/ 1967***

### ***Om ivaretaking***

1. belastingar; sjukepleia er eit yrke med mykje ansvar; ansvar for heile pasienten, ansvar for å ha sjukepleiefaget med seg, ikkje naudsynst å gjere alt sjølv – men har det overordna sjukepleieansvaret. Med ansvar meiner ein å kunne bedømme, reagere, handle, kjenne sin begrensing, vise fasthet og autoritet, medmenneskelegheit og empati. Sjukepleie er eit anstrengande arbeid utover kveldstid – noko som kan gjere sømn vanskeleg.  
Intensiv pleie krev kontinuerlig tilsyn og behandling, pasienten treng sjukepleie av høgaste kvalitet og sjukepleiar må arbeide under stress utan å miste det medmenneskelige sikte.

Belasting som overanstrenging nemnes som kjend.

Innan barnesykepleie er det spesielt store og mange krav

2. risiko for skade: Yrkessjukdommar; på grunn av støv, smitte, giftstoff/allergiframkallande stoff, overanstrenging (generell og lokal).  
Overanstrenging rammar ofte sjukepleiaren, og gjev igjen risiko for samanbrot
3. teikn på slitasje: risiko for samanbrot dersom overanstrenging ikkje botast med kvile og atspredelse, teikna på samanbrot er karakteristiske ikkje merkbare under utvikling
4. kva beskyttar: Profesjonell sjukepleie  
Livsførsel kan styrke/svekke motstandskraft, difor viktig med personleg hygiene (reinslighet, ernæring, friluftsliv, klesdrakt, fotlidingar). Sømn og kvile er av fundamental betydning, sær for å unngå samanbrot.  
Arbeidervernlova (arbeidstilsyn) arbeidar for å skape sunne forhold i arbeidslivet  
Yrkeshygiene har som oppgåve å førebygge sjukdommar, arbeidsulykker og andre skadelede faktorar, og betre arbeidsmiljøet  
Overanstrengelse kan best botast med fornuftig arbeidstid, tilrekkelig fridager og ferie – og riktig bruk av desse.

### ***Eigenskapar***

Eigenskapar; Holdningar og innsats viktig då sjukepleiaren er ein viktig miljøfaktor. Pasientane skal møtast med medmenneskeleg innstilling, empati, respekt og askept.

(Hauen, 1967, s. 11-17, s. 36, Natvig, 1968, s. 33-45, 84-92)

## **Hallbjørg Almås (sjukepleielærer)/ *Medisinsk og kirurgisk sykepleie/ 1985***

### ***Om ivaretaking***

1. belastningar; møter med alvorleg sjuke og deira næraste er vanskeleg og utmattande. Mange påkjenningar ved utøvinga av sjukepleie. Kjensler av håplause og aggresjon om sjukepleiar ikkje mestrar situasjonen. Boka bidreg også med stressfaktorar som samfunnets haldningar, yrkesmessige faktorar, lojalitetsproblem (sympatiske vs usympatiske pas.), kampen mot tida, personleg innstilling til alvorlege sjukdommar(personleg trussel, ramme for mestring - undersøke eget følelsesreg). Går gjennom same sorgprosessane som pasientane.



2. risiko for skade: Dersom belastningane ikkje vert bearbeida er det fare for å «brenne ut»
3. teikn på slitasje: sjukepleiaren må få kunnskap om å kjenne igjen symptom på utbrenthet, men seier ikkje noko konkret om kva det kan vere.
4. kva beskyttar: sjukepleiaren kan utvikle evna til å mestre vanskelege situasjonar ved å bli bevisst eigne kjensler, forstå eiga frykt, lære å skilje eigne frå pasientens kjensler, kjenne igjen kliniske situasjonar som forsterkar negative kjensler, etablere støtteordningar, og å oppretthalde optimistisk, humanistisk synsvinkel på forhold som angår pasienten og dens næraste. For å takle reaksjoner: organisert støtte fra arbeidskollegaer, positiv forsterkning og humanistisk livsinnstilling fylt av håp av stor viktighet for henne og pasientene. For eiga og for pasientens skyld må sjukepleiaren sikre eige velvære. Boka visar til eit avsnitt om kva som kan gjerast for å motvirke utbrenthet; Undervisning om sorgprosessar må høgare inn i spl. utd» «Må bygges inn ros og anerkjennelse dagleg». «gruppemøter og gjensidig støtte» «Humor» «Å ha nokon å dele si kjensle av hjelpeløshet med».

### ***Eigenskapar***

Sjukepleiar treng praktiske så vel som mellommenneskelege kunnskapar og ferdigheiter. Sjukepleiar treng kunnskap om faktorar kring fysisk, psykisk, åndeleg, sosial eller økonomisk karakter.

(Kalfoss, 1985, s. 47-63)

## **Almås (sjukepleielærer)/ Klinisk sykepleie/ 1992**

### ***Om ivaretaking***

1. belastningar; Faktorar i sjukepleiaren sjølv, og i den konkrete situasjonen. Møte med alvorleg sjuke og døydde pasientar og deira næraste utfordrande, kjenslemessig berørande. Yrket innehar fleire ulike stressfaktorar; sjukepleiars eigen dødsangst, samfunnets haldning, personleg og profesjonell identitet (motstridande kjensler når ein tek initiativ og føreslår alternative løysingar for lege, eller motsetter seg legens løysing), situasjonens alvorlege karakter -> ein kan kjenne på håpløshet, depresjon og sinne, usympatiske pas., sympatiske pas., alder, kolleger (konflikter etc), kampen om tida

2. risiko for skade: Dersom belastningane ikkje vert bearbeida er det fare for å «brenne ut»
3. teikn på slitasje: Teikn på utbrenthet (også kalla psykisk og fysisk utmatting): angst, depresjon, skyld, nederlag, sinne, fortviling, apati, kynisme, oppdemt sorg, håplause. Resultata av kjenslene er eit rigid sjølvforsvar samt manglande evne til nærleik og engasjement. Sjukepleiaren evnar ikkje å fungere godt.
4. kva beskyttar: Teoretisk modell om stress og meistring for å få innsikt i tankar, kjensler og reaksjonar hos sjukepleiaren.  
Auka kunnskap om sjukdom, død og sorg.  
Utdanning  
Støtte, tilbakemelding, ros,  
Redusere stressopplevinga, og bevare sitt velbefinnande – dermed meistre arbeidet med alvorleg sjuke menneske.

### ***Eigenskapar***

Praktiske og mellommenneskelige kunnskapar og ferdigheiter. Treng ei håpefull innstilling til liv og død.

(Almås, 1992, s.19-20, Kalfoss, 1992, s. 51-62)

## **Nina Jahren Kristoffersen (sjukepleielærer)/ Generell sykepleie/ 1996**

### ***Om ivaretaking***

1. belastingar; sjukepleie til akutt og kritisk sjuke eit krevjande arbeidsområde både fagleg og personleg. Sjukepleiaren har ansvar ovanfor pårørande (både informasjon og personleg omsorg). Arbeid med tragiske ulykker og død stiller store krav til sjukepleiars personlege og faglege tryggleik.  
Belastingar i arbeidsituasjonen; krev nær personkontakt, stor arbeidsbelastning og høgt tempo, utilstrekkelighet, knappe ressursar/økonomi, langvarige påkjenningar, ofte kritikk(media), ikkje oppnå forventa resultat, holde kjensler for seg sjølv.  
Personlege belastingar: kjenslemessig engasjert, idealistisk, vanskar med grensesetjing, uklare grenser arbeid/fritid, strekker seg for langt, høge krav, lite kontakt med egne reaksjonar og behov, seier lite om kjensler til andre

2. risiko for skade: risiko for utbrenthet dersom stor konflikt mellom sjukepleiarens profesjonelle verdiar og organisasjonens verdiar
3. teikn på slitasje:  
Psykkiske teikn på utbrenthet: deprimert, trist, negativ, sint, mistenksam, kjenslemessig labil og irritabel, vegrar seg for personleg krevjande oppgåver, rigiditet og motstand mot endring, rutineprega veremåte, upersonleg, uvilje mot å gå på arbeid, fare for å misbruke alkohol eller medikament, høyrer ikkje på andre  
Fysiske teikn på utbrenthet: trøytt, utmatta, kraftlaus, spente og ømme musklar, gjentekne forkjølingar, hovudverk og kvalme, sømnvanskar, vekttaap, høgt blodtrykk, dårleg fordøying
4. kva beskyttar: sjukepleiaren treng å få bearbeida opplevingar og erfaringar i arbeidssituasjonen gjennom veiledning  
Vidareutvikling av seg sjølv som menneske er sentralt. Fagutvikling er viktig og systematisk gjennomtenking og refleksjon gjennom kollegaer og veiledning naudsynt – dette for at sjukepleiaren skal få auka innsikt i eigne reaksjonsmønstre og evna til å handle hensiktsmessig i framtidige situasjonar.

### ***Eigenskapar***

Omsorgsverdiar er sentralt i sjukepleiefaget, må ha ein humanistisk menneskesyn.

Tryggleik og tillit, ærleg og åpen, evna til innleving og bry seg om, evna til å leve bevisst.

(Kristoffersen, 1996a, s.299-300, Kristoffersen, 1996b, s.131, s.167-170 )

## **Hallbjørg Almås (sjukepleielærar)/ Klinisk sykepleie/ 2001**

### ***Om ivaretaking***

1. belastingar; ofte vitne til menneskeleg liding, kroppslege plagar og livstruande skadar som riv trygg grunn vekk. Stor utfordringar. Vanskelege kjensler. Personleg truande situasjonar. Yrket innehar fleire ulike stressfaktorar; sjukepleiars eigen dødsangst, samfunnets haldning, personleg og profesjonell identitet(motstridande kjensler når ein tek initiativ og føreslår alternative løysingar for lege, eller motsetter seg legens løysing), pleiesituasjonens alvorlege karakter -> ein kan kjenne på håpløshet, depresjon og sinne, hendingar i eige liv, grad av personleg kontroll, å kjenne seg utilstrekkeleg, «vanskelege» pasientar, sympatiske pasientar, å skjule informasjon, alder, kolleger (konflikter etc), kampen om tida, begrensa

moglegheiter til å vise kjensler, forholdet til døyande kroppar, å kjenne seg overbelasta, uutalt sinne, fysisk og emosjonell distansering.

2. risiko for skade: emosjonell og fysisk utmatting.
3. teikn på slitasje: teikn på emosjonell overbelasting: angst, depresjon, skuldkjensle, sinne, fortvilning, apati, kynisme, ufølsom, likegyldig, sterk kjensle av nederlag og meningslause, ser ikkje håp om betring, rigid sjølvforsvar og manglande evne til nærleik og engasjement. Sjukepleiar er ofte ikkje sjølv bevisst på symptoma. Mestrar ikkje sjukepleiarfunksjonen sin.
4. kva beskyttar: Utdanning. Å finne meining i det meningslause. Viktig at sjukepleiaren kjenner att eigne reaksjonar på personleg påverknad for å handtere desse betre. Bruk av teoretiske modellar – Lazarus`modell for stress, kjensler og meistring. Utvikle evna til å meistre vanskelege situasjonar. Treng omsorg og støtte frå kollega.

### ***Eigenskapar***

Positiv håpefull innstilling.

(Sand, 2001, s.31-47, Kalfoss, 2001, s. 48-64

## **Gulbrandsen, Tove & Stubberud, Dag-Gunnar (sjukepleielærer)/**

### **Intensivsykepleie/ 2005, 2010, 2015, 2020**

#### ***Om ivaretaking***

1. belastingar; akutte situasjonar krev umiddelbar reaksjon hos intensivsjukepleiar, og at det er høgt arbeidstempo som fylgje av dårlege pasientar. Intensivsjukepleiar må alltid vere årvåken, presis og ha evna til prioritering, og at tempoet ved intensivavdelinga er høgt, arbeidet er komplekst og mangfoldig. Skal ivareta pasientens pårørande som gjerne befinn seg i ein krisesituasjon.
2. risiko for skade: ikkje nemnt
3. teikn på slitasje: ikkje nemnt
4. kva beskyttar: ikkje nemnt

### ***Eigenskapar***

Må ha dei rette eigenskapane, utan nærare spesifikasjonar.

(Stubberud, 2005, s. 27-35, Stubberud, 2010, s. 32-49, Stubberud, 2015, s. 43-68, Stubberud, 2020, s. 41-78).

## Vedlegg 2: Søkeshistorikk i Cinahl



Tuesday, September 08, 2020 11:03:13 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S12	S1 AND S2 AND S11	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	48
S11	(MH "Stress Disorders, Post-Traumatic+")	Limiters - English Language Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	22,332
S10	S1 AND S2 AND S9	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	10
S9	(MH "Compassion Fatigue")	Limiters - English Language Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	513
S8	S1 AND S2 AND S7	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	486
S7	(MH "Stress+")	Limiters - English Language Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	93,577
S6	S1 AND S2 AND S5	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	82
S5	(MH "Burnout, Professional+")	Limiters - English Language Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	10,464
S4	S1 AND S2 AND S3	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	13
S3	(MH "Mental Health")	Limiters - English Language Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	36,068
S2	(MH "Intensive Care Units+")	Limiters - English Language Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	56,876
S1	(MH "Critical Care Nursing+")	Limiters - English Language Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	25,460

### Vedlegg 3: Utfyllande om tidlegare forskning

Tidlegare studiar som understøttar studiens relevans, jf. kap. 1.1., er funnet på bakgrunn av søkehistorikk ovanfor, kor eg systematisk har gått gjennom trefflistar som hadde < 550 treff og sett på samandraget av titlar som er aktuelle for å finne aktuell forskning som gjeld utfordringar ein møter i yrket.

Elizabeth Papathanassoglou & Maria Karanikola publiserte i 2018 ei litteraturstudie som omhandlar eit politisk perspektiv på intensivsjukepleiarane si mentale helse. Dei visar til funn i forskning som visar depresjon, moralsk nød, utbrenthet, post-traumatisk-stress-syndrom (PTSD) og angstrelaterte somatiske symptom som velkjende/forskningsbaserte jobbrelaterte symptom/sjukdom hos intensivsjukepleiaren som fylgje av stress. Dei konkluderar i si studie med at stress har nådd ei kritisk grense, og seier vidare at det kan sjåast på som signifikant og aukande helseproblem, som bør få politisk engasjement.

Fleire studiar har vist til at utbrenthet og stress er velkjende fenomen innan intensivavdelingane sine intensivsjukepleiarar. Filho, Rodrigues & Cimiotti (2019) har gjort ei tverrsnittstudie på tre utdanningssjukehus, av 209 sjukepleiarar ved intensivavdelingar i Brazil, som visar at ein tredjedel opplever jobb-relatert utbrenthet. Saravanabavan, Sivakumar og Hisham (2020) gjorde ei tverrsnittstudie av 204 helsepersonell ved intensivavdelingar ved eit sjukehus i sør-India, denne visar signifikans i funn på nivå av stress og utbrenthet, og høgt nivå av utbrenthet hos sjukepleiarane. I 2020 gjorde Salimi, Pakpour, Rahmani, Wilson og Feizollahzadeh ei tverrsnittstudie blant 400 sjukepleiarar ved intensivavdelingar i Iran, funn i studien er at sjukepleiarane står i fare for utvikling av utbrenthet og stress.

Alharbi, Jackson og Usher (2019) har gjort ei litteraturstudie i perioden 2000-2018 på empatiutmatting blant intensivsjukepleiarar. Ved bruk av anerkjende databasar såg dei på førekomst, årsaker og utkomme av empatiutmatting blant intensivsjukepleiarar. Dei finn varierende prevalens, finn arbeidsmiljø og sjukepleiardemografi og alder/erfaring som påverkande til empatiutmatting. Dei visar til at forskning seier at det er personleg påverkande å arbeide i intensivavdeling.