



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 11-05-2022 09:00 | Termin: | 2022 VÅR |
| Sluttdato: | 25-05-2022 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Masteroppgave | | |
| Flowkode: | 203 MKS591 1 O 2022 VÅR | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

| | |
|---------------------|-----|
| Kandidatnr.: | 423 |
|---------------------|-----|

Informasjon fra deltaker

| | |
|----------------------|-------|
| Antall ord *: | 13876 |
|----------------------|-------|

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

Gruppe

| | |
|-----------------------------------|---------------|
| Gruppenavn: | (Anonymisert) |
| Gruppenummer: | 4 |
| Andre medlemmer i gruppen: | 451 |

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Overvekt i et historisk perspektiv

En praxeologisk analyse av posisjoneringer om overvekt i lærebøkene i sykepleien

Obesity throughout history

A praxiological analysis of the positionings towards obesity in textbooks used for educating nurses

Christine Tertnes Løvmo & Margit Sofie Vevle

Master i klinisk sykepleie - operasjonssykepleie

Institutt for helse og omsorgsvitenskap

Veileder: Professor Jeanne Helene Boge

Innleveringsdato: 25.05.2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

FORORD

Allerede i første semester av operasjonssykepleieutdanningen ble vi oppmerksomme på nedlatende posisjoneringer om overvektige på operasjonsstuen, noe både medstudenter og tidligere studier kunne bekrefte. Dette overrasket oss da sykepleiere skal tilby samme gode tjenester uavhengig av pasienters størrelse, vekt, rase, religion eller politisk ståsted.

I vårt arbeid med denne oppgaven har Jeanne Helen Boge vært uvurderlig. Hun har veiledet oss med stø hånd igjennom en jungel av nye ord og uttrykk og hjulpet oss tilbake på rett spor underveis i prosjektet. Vi har mye å takke henne for, og denne oppgaven hadde ikke blitt det den er i dag uten hennes veiledning.

Videre må vi takke Rolf Horne og Karin Anna Petersen som har kommet med gode innspill på de praxeologiske seminarene vi har hatt underveis i prosjektet. Takk for at dere har ønsket å ta oss med inn i det praxeologiske vitenskapssamfunnet.

Vi må også rette en stor takk til våre nære og kjære som har holdt ut med oss under denne perioden:

Jeg, Christine, ønsker å takke min mann Tore, og mine tre barn. Tusen takk for at du har tatt deg av organisering og logistikk i hverdagen, og takk for din uendelige støtte og kjærlighet. Takk for din hjelp med korrekturlesing underveis. Barn, tusen takk for at dere har vist forståelse for meg i denne travle tiden.

Jeg, Margit Sofie, vil takke min kjære samboer, Kristoffer. Du har stått for hus og hjem, laget middag og tatt deg av store og små gjøremål. Du har vist mye kjærlighet og støtte, og vært raus når ikke alt har gått som planlagt. Jeg vil også takke min søster, Ingeborg, som har jobbet med egen masteroppgave i samme periode. Det har vært god støtte i å diskutere oppgaver underveis og takk for at du leste korrektur mot slutten.

Vi vil også takke våre respektive arbeidsplasser som har gitt oss permisjon for å jobbe med oppgaven, støttet oss og vist interesse underveis.

SAMMENDRAG

Dette er en studie av hvordan lærebøkene i sykepleie- og operasjonssykepleieutdanningen har posisjonert seg til overvekt i et nåtidig og historisk perspektiv. Bakgrunnen for studien er en undring over hvordan det kan ha seg at agenter på operasjonsstuen posisjonerer seg negativt til overvektige pasienter. Denne undringen har vi undersøkt ved hjelp av Pierre Bourdieus praxeologiske teori om symbolsk makt og praxeologiske registrantanalyser av norske lærebøker i grunnleggende sykepleie og operasjonssykepleie fra perioden 1877-2021.

Analysene viser at i perioden 1877-1940 var det ingen posisjonering til overvekt i lærebøkene. I 1941 oppstår det et brudd, hvor den første norske læreboken i sykepleie som posisjonerer seg til overvekt blir publisert. Etter 1941 fortsetter lærebøkene i sykepleie og operasjonssykepleie å posisjonere seg til overvekt i økende grad.

Vi har argumentert for at problematiseringen av overvekt som oppstod i 1941 kan indikere at eugenisk ideologi og særlig sosialhygiene fikk gjennomslag på denne tiden. Disse ideologiene som oppstod under andre halvdel av 1800-tallet og fikk fotfeste i Norge i mellomkrigstiden, kan ha disponert for at lærebokforfatteren begynte å problematisere overvekt i 1941. På den tiden var det stort fokus på å forbedre folkehelsen. Arvehygienen og sosialhygienen fikk feste i politikken og man innførte hygieneprogram i Norge. Fysisk fostring og et godt kosthold var viktig for å forbedre folkehelsen og unngå sykdom, og man ønsket å fremme tilveksten av sunne, veltilpassede og produktive samfunnsborgere. Bruddet som oppstod i 1941 kan bidra til å forstå og forklare nåtidige nedlatende posisjoneringer om overvekt på norske operasjonsstuer.

ABSTRACT

This thesis argues how learning material within the education of nursing and surgical nursing have been positioned with regard to obesity in a present and historic perspective. The background for this study is rooted in curiosity about why agents in the operating theatre show tendencies of negative attitudes towards obese patients. This has been further explored by applying Pierre Bourdieu's praxiological theory of symbolic power through conducting a praxiological registrant analysis of Norwegian textbooks for educating nurses and surgical nurses, published within the period of 1877–2021.

The findings show that there was no positioning towards obesity in the textbooks from 1877–1940. However, the first illustration of a position towards obesity is found in a Norwegian textbook of nursing published in 1941. Furthermore, after 1941, the textbooks within the education of nursing and surgical nursing show positioning towards obesity increasingly.

We argue that the stigmatisation of obesity which occurred in 1941 may indicate a connection to the breakthrough and centring of eugenic ideology, and social hygiene in a European context. These ideologies, which arose throughout the second half of the 19th Century and gained support in Norway in the interwar period, are suggested to have influenced the stigmatisation of obesity from 1941 onwards. Moreover, there was a great focus to improve the public health, which intensified the influence of hereditary hygiene and social hygiene on national politics, resulting in the introduction of hygiene programs in Norway.

Physical education, and a varied diet were important to improve the public health, alongside avoiding sickness. Thus, promoting a wish to foster healthy, well suited, and productive citizens. After viewing the development of weight stigmatisation in light of the political, geographical, and historical context, we suggest that present positioning towards obesity in Norwegian operating theatres can be explained through exploring past positionings towards obesity.

Innhold

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Innhold..... | i |
| Tabelloversikt..... | iii |
| 1.0 Innledning..... | 1 |
| 1.1 Overvekt..... | 1 |
| 1.2 Tidligere studier om overvekt..... | 2 |
| 1.3 Operasjonssykepleie | 4 |
| 1.4 Etikk..... | 5 |
| 1.5 Pasientrettigheter | 5 |
| 1.6 Antakelse | 6 |
| 2.0 Teoretisk perspektiv, metode og teknikk | 7 |
| 2.1 Symbolsk makt | 7 |
| 2.2. Praxeologisk vitenskapsteori | 8 |
| 2.3 Praktikker..... | 9 |
| 2.4 Historisering og brudd..... | 9 |
| 2.5 Praxeologisk analysestrategi..... | 9 |
| 2.5.1 Habitus | 9 |
| 2.5.1.1 Konstruksjon av habitus ved hjelp av posisjon, disposisjon og posisjonering | 10 |
| 2.6 Sosialt felt | 10 |
| 2.6.1 Doxa, heterodoxa og ortodoxa..... | 11 |
| 2.6.2 Konstruksjon av forskerens habitus..... | 11 |
| 2.7 Forskningsspørsmål | 11 |
| 2.8 Metode..... | 12 |
| 2.9 Teknikk..... | 12 |
| 2.9.1 Materiale som har bidratt til å svare på forskningsspørsmål 1 | 12 |
| 2.9.2 Materiale som har bidratt til å svare på forskningsspørsmål 2 | 14 |
| 2.9.3 Materiale som har bidratt til å svare på forskningsspørsmål 3 | 14 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.0 Analyse og drøfting..... | 16 |
| 3.1 Lærebøkernes posisjon og disposisjon..... | 16 |
| 3.2 1877-1940: Ingen problematisering av overvekt..... | 16 |
| 3.2.1 Lærebokforfatterens posisjon og disposisjon..... | 17 |
| 3.3 1941: Overvekt problematiseres | 19 |
| 3.3.1 Lærebokforfatterens posisjon og disposisjon for at overvekt blir problematisert i 1941..... | 20 |
| 3.3.2 Feltet og det sosiale rom | 22 |
| 3.3.2.1 Eugenikk – arvehygiene | 24 |
| 3.3.2.2 Rasehygiene | 24 |
| 3.3.2.3 Sosialhygiene | 25 |
| 3.3.2.4 Hygieneprgrammet og kampen for bedre helse i Norge..... | 26 |
| 3.3.3 Avsluttende analyse av problematisering av overvekt i læreboken fra 1941 | 29 |
| 3.4 Posisjoneringene om overvekt som oppstod i 1941 står ved lag i lærebøker i sykepleie som henvender seg til de som tar 3-årig grunnutdanning i sykepleie..... | 31 |
| 3.4.1 Avmagring og forebygging av fedme..... | 31 |
| 3.4.2 Rangering av kropper med ulik vekt..... | 32 |
| 3.4.3 Negative karakteristikker av overvektige | 32 |
| 3.4.4 Vise respekt for overvektige | 32 |
| 3.4.5 Vektnedgang før kirurgi..... | 33 |
| 3.4.6 Overvekt – et samfunnsproblem | 33 |
| 3.4.7 Posisjonen og disposisjonen til forfatterne av lærebøker som henvende seg til de som tar 3-årig grunnutdanning i sykepleie..... | 34 |
| 3.5 1955-2021: Lærebøker i operasjonssykepleie posisjonerer seg i liten grad til overvekt | 35 |
| 3.5.1 Forfatterens posisjoner og disposisjoner i lærebøkene for operasjonssykepleie | 35 |
| 4.0 Reproduksjon av eugenikk-inspirerte kroppsideal..... | 39 |
| 4.1 Videre forskning | 40 |
| 5.0 Referanseliste | 41 |

Tabelloversikt

| | | |
|----------|--------------------------------------------------------------------|------------|
| Tabell 1 | Klassifisering av BMI | Side 2 |
| Tabell 2 | Dokument for analyse | Side 13 |
| Tabell 3 | Moment ved registrantanalyse | Side 14 |
| Tabell 4 | Lærebokforfatternes posisjoner og disposisjoner | Side 18 |
| Tabell 5 | Lærebøker i operasjonssykepleie | Side 36 |
| Tabell 6 | Hillestads posisjon, disposisjoner og posisjoneringer | Side 36 |
| Tabell 7 | Dåvøy, Eide, og Hansens posisjon, disposisjoner og posisjoneringer | Side 37-38 |

1.0 Innledning

Dette er en studie om overvekt. Hensikten med studien er å forstå og forklare posisjoneringer om overvekt i sykepleiefaget. Studien, som er basert på en registrantanalyse av norske lærebøker i sykepleie fra perioden fra perioden 1877-2021, er fundert i den franske sosiologen Pierre Bourdieu sin teori om symbolsk makt (Bourdieu, 1996) og en praxeologisk analysestrategi (jf. kap. 2.5).

Bakgrunn for studien er en undring over at vi har erfart at overvektige pasienter kan bli latterliggjort på operasjonsavdelingen uten at noen tar til motmæle. Vi har erfart at pasienter er blitt nektet operasjon før de har redusert vekten sin. Vi ser også eksempel på at den overvektige pasienten ikke passer inn i helsevesenet. Det blir svært tydelig for oss på selve operasjonssalen. Bordene er smale, utstyret begrenset og den overvektige pasienten kommer til operasjon blottet fordi klærne er for små. Vi opplever at vi ikke er forberedt, fordi pasienten ikke passer inn i vår standard og vi har ikke tilpasset oss til pasienten. Medstudenter sine erfaringer og tidligere studier viser at erfaringene våre ikke er unike (jf. kap. 1.2). Latterliggjøring av overvektige er ikke i pakt med etiske retningslinjer i sykepleiefaget (jf. kap. 1.4).

Vi har begge personlig erfaring med å være overvektig, og kommer fra familier hvor overvekt er en vanlig tilstand. På bakgrunn av egne erfaringer som overvektige i lag med erfaringer som pårørende til overvektige har vi blitt opptatt av hvordan overvektige behandles i helsevesenet. Begge kommer fra arbeiderklassehjem med mødre innenfor pleieyrket og fedre som var yrkessjåfører. Vi er utdannet sykepleiere, har tatt videreutdanning i operasjonssykepleie, og holder nå på med en masteroppgave i operasjonssykepleie. Vi har dermed en felles forståelse, og kan si at vi deler posisjon og flere disposisjoner til overvekt.

1.1 Overvekt

Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer overvekt og fedme som unormal eller overdreven oppsamling av fett som kan svekke helsen (World Health Organization, 2020). BMI -body mass index, på norsk KMI (kroppsmasseindeks), var en formel den belgiske astronomen, matematikeren, statistikeren og sosiologen Adolphe Quetelet, laget på midten av 1800-tallet. Formelen, kg/m^2 , som ble skapt med et ønske om å finne den normale mann (Eknoyan, 2008, s. 47), blir i dag blir brukt av hele verden til å definere BMI. Denne definisjonen ble senere brukt til å rangere grader av overvekt og utviklet seg til BMI tabellen

slik vi kjenner den i dag. BMI tabellen ble først publisert i 1972 i Journal of Chronic Diseases. Da kommenteres det fra artikkelforfatteren at den ikke er egnet for enkeltpersoner, men heller i et folkeperspektiv. Ettersom formelen er enkel for å finne BMI, er tabellen likevel blitt brukt til preliminær diagnostisering (Blackburn & Jacobs, 2014). WHO og Folkehelseinstituttet (FHI) opererer med følgende tabell for å klassifisere grad av under-, normal-, og overvekt:

Tabell 1: Klassifisering av BMI

| Klassifisering | BMI |
|-------------------------------------|-------------------|
| Undervekt | 18,4 eller lavere |
| Normalvekt | 18,5-24,9 |
| Overvekt | 25-29,9 |
| Fedme grad 1 (Fedme) | 30-34,9 |
| Fedme grad 2 (Alvorlig fedme) | 35-39,9 |
| Fedme grad 3 (Svært alvorlig fedme) | 40 eller høyere |

(Folkehelseinstituttet, 2015)

I denne studien har vi brukt ordet overvekt som betegnelse på alle med BMI over 25. Det inkluderer pasientene med overvekt og fedme grad 1, 2 og 3.

1.2 Tidligere studier om overvekt

Det er relativt mye forskning på årsaker til overvekt og den helsemessige risikoen ved å være overvektig, men vi finner få studier om holdninger til overvektige og om bakgrunnen for disse. De mest relevante for vår studie vil vi presentere her.

Operasjonssykepleier Elin Thove Willassen og hennes kollegaer, utførte i 2011 en studie hvor de intervjuet norske og svenske operasjonssykepleiestudenter om hva de hadde opplevd av uverdigg behandling av pasienten i praksis på operasjonsstuen (Willassen et al., 2015).

Willassen er utdannet operasjonssykepleier og er førstelektor ved fakultetet for helsevitenskap ved OsloMet (OsloMet, u.å.). Noen av funnene i denne studien viste at blant andre var overvektige pasienter utsatt for krenkende og uverdigg behandling av alle de ulike yrkesgruppene på operasjonssalen. Studentene kunne rapportere om negative og krenkende kommentarer om kroppen og vekten til overvektige pasienter (Willassen et al., 2015). I innledningen til studien beskriver forfatterne at operasjonssykepleieutdanningen i de senere

årene har fokusert mer på etikk, grunnleggende verdier og å ivareta pasientens verdighet under den perioperative fasen, og at helsepersonell stadig blir konfrontert med etiske utfordringer som kan medvirke til hvordan vi behandler pasienten under operasjonen. Studentene opplevde også å stå i en etisk konflikt da de observerte denne uverdige behandlingen uten å ha særlig status eller makt til å opponere (Willassen et al., 2015, s. 688). De beskriver handlingene til helsepersonellet som ydmykende, uverdige og uprofesjonelle (Willassen et al., 2015, s. 692). I studien er det et eget avsnitt om helsepersonell som snakker hånlige om pasientens kropp. Her finner vi tre konkrete eksempler fra intervjuene, hvor både operasjonssykepleiere, kirurger og anestesipersonell har ydmyket og hånet pasientens kropp og vekt. Operasjonssykepleieren klager ved desinfiseringen av feltet på en barriatripasient, hvor hun blir svett, må bruke mange tupfere for å vaske en så stor person, og kommenterer "tenk at noen kan la det gå så langt". Det blir også spekulert i om genitalia er proporsjonalt til resten av kroppen, før de ler (Willassen et al., 2015, s. 694-695). Denne studien viser også at studentene kommer inn på operasjonssalen og ser handlingene i et annet lys enn de som er der til dagen. Man kan si at operasjonssykepleiestudentene kommer inn med heterodokse perspektiv og utfordrer doxa som eksisterer på operasjonssalen (jf. kap. 2.6.1).

Den amerikanske psykologen Rebecca Puhl og hennes kollega Chelsea A. Heuer gjorde i 2009 en systematisk oversikt over studier som omhandler fordommer og stigmatisering av overvektige pasienter. Studiene de inkluderte i sin oversikt var utført mellom 2000 og 2008 (Puhl & Heuer, 2009, s. 941), og var hovedsakelig amerikanske, men også studier fra England, Australia og Europa forøvrig (Puhl & Heuer, 2009, s. 943-944). Funnene fra denne studien pekte på at overvektige hadde dårligere økonomi, lavere utdanning, og at helsehjelpen var dårligere og redusert (Puhl & Heuer, 2009, s. 947). Sykepleierne støttet opp om de negative holdningene mot overvektige, og mente at de var late, hadde dårlig viljestyrke og at overvekten var selvforskyldt (Puhl & Heuer, 2009, s. 943). Både Puhl og Heuer har utført studier om overvektige tidligere, og begge jobber ved Rudd Center of Food Policy & Obesity i Connecticut. Puhl sine studier baserer seg hovedsakelig på stigmatisering og fordommer mot overvekt, og det hun kaller vektbasert mobbing og diskriminering av overvektige barn og voksne (University of Connecticut, 2016).

I Norge har sykepleierne Natasja Robstad, Ulrika Söderhamn og Liv Fegran utført en kvalitativ studie for å undersøke norske intensivsykepleiere sine holdninger til overvektige pasienter. Både Robstad, Söderhamn og Fegran har en PhD og de er tilknyttet universitetet i Agder (Robstad et al., 2018, s. 386). Studien tok for seg semistrukturerte individuelle intervju

med intensivsykepleiere som hadde minimum to års erfaring fra intensivavdelinger. Deltakerne fikk ikke på forhånd en definisjon av hva fedme er, men hadde da egne definisjoner. Studien viste at sykepleierne hadde stigmatiserende holdninger mot overvektige pasienter. De ønsket seg blant annet heller de tynne pasientene enn de tykke, da det lettet arbeidet (Robstad et al., 2018, s. 386).

I vår studie har vi undersøkt hvordan det kan være at sykepleiere generelt og operasjonssykepleiere spesielt posisjonerer seg som de gjør til overvektige pasienter.

1.3 Operasjonssykepleie

Historisk sett var sykepleierne utdannede gangkoner av lav rang. Overklassekvinnen Florence Nightingale støttet legenes ønske om å ha utdannede assistenter. Dette var starten på sykepleierne sin utdanning med krav om medisinsk kunnskap, dyktighet, kompetanse og dannethet (Karoliussen, 2011, s. 21). Norge fikk sin første sykepleierutdanning i 1868 i form av en diakonisseutdanning (Schiøtz, 2017, s. 325). På 1970-tallet ble sykepleieutdanningen flyttet fra sykehusene og inn på høyskolen (Moseng, 2012, s. 255). Operasjonssykepleie som spesialitet startet med opplæring på sykehusene i starten av 1900-tallet. I 1952 ble operasjonssykepleie et eget studieforløp etter å ha delt studium med anesthesisykepleie i et tiår (NSFLOS, u.å.). Sykepleiens historie generelt og operasjonssykepleiernes historie spesielt, viser at sykepleieres posisjon har vært hierarkisk under leger og kirurger, både økonomisk og kulturelt. Dette preger vår posisjon i det sosiale rommet i dag (Brandser et al., 2014; Hauge, 2020, s. 56-62).

Operasjonssykepleieutdanningen startet som en praktisk opplæring fordi faget ikke kunne læres bare ved observasjon eller teori. Man kan derfor hevde at lærebøkene i operasjonssykepleie er utformet på bakgrunn av erfaring (Eide & Lockertsen, 2018, s. 22-23). Teorien for operasjonssykepleie hadde egne kapitler i bøkene som ble benyttet på sykepleierutdanningen og var utarbeidet i samarbeid med erfarne operasjonssykepleiere. På 1960-tallet startet man en systematisk og teoretisk opplæring av operasjonssykepleiere. Her ble den praktiske opplæringen fremhevet fremfor den teoretiske. Blant de teoretiske fagene kunne man blant annet finne etikk, og psykologi og mentalhygiene (Eide & Lockertsen, 2018, s. 22-23). Av egen erfaring består operasjonssykepleieutdanningen i dag av halvparten teori og halvparten praksis. Man gjennomgår teoretiske fag som anatomi, fysiologi og kirurgi, samt operasjonssykepleie og etikk, og har praksis på ulike kirurgiske seksjoner (Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleieutdanning, 2021).

Oppigjennom tiden er det gjentatte ganger blitt stilt spørsmål ved det om man trenger en sykepleierfaglig bakgrunn for å kunne videreutdanne seg til operasjonssykepleier og utøve operasjonssykepleie. At man bør være sykepleier før man tar operasjonssykepleieutdanningen begrunnes med at sykepleiere har uvurderlig kunnskap om sykdommer, kirurgiske inngrep og om ivaretagelse av pasientens behov, integritet og respekt (Eide & Lockertsen, 2018, s. 24-25)

1.4 Etikk

Det forventes at sykepleie utøves i henhold til de yrkesetiske retningslinjene utarbeidet av Norsk Sykepleierforbund (NSF). De norske retningslinjene er basert på internasjonale føringer for sykepleieetikk. De første etiske retningslinjene for norske sykepleiere kom i 1983 og har senere vært revidert gjentatte ganger, sist i 2019 (Norsk Sykepleierforbund, 2019). I retningslinjene argumenteres det for at all sykepleie skal utøves med respekt for pasientenes liv og iboende verdighet i tillegg til barmhjertighet og omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

I operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse, som er utarbeidet i forlengelsen av NSF's yrkesetiske retningslinjer, står det at operasjonssykepleiere skal gi omsorg og helhetlig pleie i samsvar med pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Operasjonssykepleiere har en pasientnær funksjon som får direkte konsekvenser for pasienter (NSFLOS, 2015).

I fagheftet til NSFLOS om operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse står det at "Operasjonssykepleier utøver operasjonssykepleie og profesjonell omsorg i samsvar med fagets tradisjoner, etiske prinsipper og helselovgivningen og med respekt for pasientens og pårørendes integritet, ressurser og opplevelser ved å være akutt og/eller kritisk syk." (NSFLOS, 2015, s.1).

1.5 Pasientrettigheter

Uavhengig av om pasienten er overvektig eller ikke, har pasienten rett til lik tilgang på tjenester av god kvalitet, og rettigheter knyttet til ivaretagelse av liv, integritet og menneskeverd. Dette står beskrevet i Lov om pasient- og brukerrettigheter, også kalt pasient- og brukerrettighetsloven:

“§ 1-1 Formål

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1).

1.6 Antakelse

Til tross for etiske retningslinjer og pasientrettigheter som fremhever pasienters rett til respekt, viser egne erfaringer og tidligere studier at sykepleiere kan oppføre seg respektløst overfor pasienter som er overvektige. Vi antar at sykepleiers respektløse posisjoneringene til overvektige er fundert i moderne ideer om et slankt og veltrent kroppsideal (Wathne, 2018 s. 7-8; Bratland-Sanda et.al., 2019, s. 213).

2.0 Teoretisk perspektiv, metode og teknikk

Antakelsen om at sykepleiernes respektløse posisjoneringer til overvektige er fundert i moderne ideer om et kroppsideal med en veltrent og slank kropp, er analysert som en form for symbolsk vold (jf. kap. 2.1), og er gjennomført som en registrantanalyse av lærebøkene i sykepleie og operasjonssykepleie. Analysen er fundert i praxeologisk vitenskapsteori (jf. kap. 2.2) ved hjelp av en praxeologisk analysestrategi (jf. kap. 2.5). Utlegningene under om teori, metode og teknikk er for en stor del basert på prosjektplanen som ble utarbeidet i MAMET 500 (Løvmo og Vevle 2021).

2.1 Symbolsk makt

Bourdieu argumenterer for at det eksisterer en usynlig makt som interagerer mellom en utøver som innehar makten samt en som makten utøves på. Dette maktforholdet får vedvare ved at det ikke erkjennes. Når ingen adresserer eller verbaliserer makten godtar man at den eksisterer. Slik videreføres den usynlige makten og den forekommer oss naturlig (Bourdieu, 1996, s. 38). De som besitter makten, har også makten til å definere. Når noen får definere hva som anses å være normal og hva som anses for å være unormalt utøver de, ifølge Bourdieu, symbolsk vold (Bourdieu, 1996, s. 42-43). Sammen med makten til å definere, formidler en sine definisjoner som sannheter, og får sine agenter til å tro på disse. Slik sikrer man at definisjonene reproduseres (Wilken, 2006, s. 68-69).

Bourdieu sitt arbeid fokuserer på de underliggende strukturene i samfunnet for å prøve å forstå hvordan ulikheter består, uten bruk av fysisk makt eller tvang, eller at de bestrides (Wilken, 2006, s. 67). For at agentene skal akseptere den utøvende makt må den være legitim. Utdanningssystemet er en av institusjonene som er med på å legitimere makten (Wilken 2006, s. 68). Universitetsutdanningen er høyest rangert hierarkisk innenfor utdanningssystemet ettersom de også produserer kunnskap. Utdanningsfeltet er også relatert til samfunnet rundt seg (Wilken 2006, s. 71). Når denne institusjonen legitimerer makten er de dermed med på å bevare strukturene i det sosiale rommet som naturlige (Wilken 2006, s. 69).

Bourdieu hevder at spesielt utdanningssystemet er betydningsfullt i forhold til konstruksjonen av samfunnet og utøvelse av symbolsk vold (Wilken 2006, s. 71).. Makten blir åpenbar, spesielt i det pedagogiske feltet. Her reproduseres kunnskap om samfunnet og det sosiale doxa blir videreført. Doxa gjør at agentene aksepterer de sosiale strukturene uten at de innser

at det finnes andre alternativer eller at de er undertrykt (Wilken 2006, s. 69-70; jf. kap. 2.6.1).

2.2. Praxeologisk vitenskapsteori

Vi har undersøkt antakelsen om at overvekt er en form for symbolsk vold ved hjelp praxeologisk vitenskapsteori. Det finnes, ifølge Bourdieu, tre vitenskapsteorier som vi kan bruke i studier av den sosiale verden, objektivisme, fenomenologi og praxeologi (Bourdieu, 1998, s. 72). Objektivismen forklarer menneskelig handling i lys av strukturene. En forståelse for hva som former kulturen, de fundamentale reglene, men ikke på hvordan disse reglene påvirker de menneskelige handlingene (Wilken, 2006, s. 34). Fenomenologien argumenterer for at den sosiale verden, menneskelige handlinger og begivenheter, kan forstås ut fra menneskets egne subjektive perspektiv. Bourdieu hevder derimot at dersom vi skal forstå den sosiale verden basert på hvordan mennesket primært oppfatter den så vil det ekskludere menneskets evne til selvrefleksivitet og da avvise at det kan være sosiale forutsetninger som underliggende årsaker. (Bourdieu, 1998, s. 72).

Der objektivismen og den fenomenologiske viten skiller strukturen i et samfunn og de sosiale handlingene fra hverandre, hevder praxeologien derimot at disse påvirker hverandre og således former handlingene våre (Bourdieu, 1998, s. 73). Den sosiale strukturen har innflytelse på våre sosiale handlinger og på samme måte har våre sosiale handlinger innflytelse på den sosiale strukturen. Årsaken til våre sosiale handlinger vet vi derimot ofte ikke (Bourdieu, 1996, s. 44). Bourdieu hevder at flere av handlingene våre utføres på bakgrunn av kultur og kunnskap fra vår barndom som er opparbeidet i kroppen vår og utføres på vane (Wilken 2006, s. 37). Vi er ikke selv klar over disse innarbeidede handlingene, og Bourdieu argumenterer for at det må stilles høyere krav til forskerens egen selvrefleksjon (Bourdieu, 2007, s. 7).

Den forskningen som gjennomføres må også systematisk og empirisk gjennomføres på vitenskapen selv. Forskningen må ha innsikt i betydningen av posisjoner, logikker, relasjoner og strategier i det vitenskapelige feltet (Bourdieu, 2007, s. 7-11). Det er imperativt at strukturene i feltet belyses for å konstruere den objektive fordelingen av de forskjellige egenskapene som individene og institusjonene innehar. Slik kan man anta at agentene agerer på bakgrunn av den posisjonen de har i det sosiale feltet (Bourdieu, 2007, s. 17).

2.3 Praktikker

I praxeologiske studier undersøker man praktikker. Praktikker er, ifølge Bourdieu, ofte ubevisste måter å agere på. Handlemåter som er formet i samspill mellom de objektive nåtidige og fortidige strukturene og de subjektive erfaringene (Boge, 2021, s. 4-5). Det vil si at operasjonssykepleiere sine måter å agere på overfor pasienter med overvekt er formet i et samspill mellom samfunnets forståelse av hva som er normal vekt, individuelle erfaringer og ideer om normal-/unormal vekt i det sosiale feltet som operasjonssykepleiere agerer i.

2.4 Historisering og brudd

Historiske analyser av praktikken som undersøkes er sentralt i praxeologiske studier. Å studere nåtidige praktikker i et historisk perspektiv er ikke forbeholdt Bourdieu, men er noe som har som dype røtter i fransk epistemologi. Ved å analysere i et posterior perspektiv, får forskerne en avstand til det de studerer, og kan oppdage at det som blir regnet for selvsagt i nåtiden, ikke er naturlig, men en historisk konstruksjon (Boge, 2021, s. 5).

Ved studier av overvektspatikker i et historisk perspektiv leter man etter brudd som har medført endringer i overvektspatikker. Et brudd kan være at overvekt blir omtalt på nye måter på bestemte tidspunkt (Kropp, 2009, s. 181-182). Et brudd er ofte resultat av en kamp i feltet og derfor vil vi konstruere feltet, som forfatteren er den del av på den tiden bruddet skjedde, samt forfatterens posisjon og disposisjoner. Dette fordi ulike disposisjoner kan disponere for at man har ulike posisjoner i det sosiale feltet (Kropp, 2009, s. 181-182, jf. kap. 2.6).

2.5 Praxeologisk analysestrategi

Konstruksjon av habitus er sentralt i praxeologiske analyser (Boge, 2021, s. 13-14). Nedenfor skal vi se nærmere på hva habitus er, og hvordan det kan konstrueres ved hjelp av posisjoner, disposisjoner og posisjoneringene som agenter har i det sosiale feltet.

2.5.1 Habitus

Habitus er et begrep som brukes om innlærte handlinger og måter å tenke på. Bourdieu hevder at habitus er noe som sitter i kroppen. Man har tilegnet seg disposisjoner uten at man selv erindrer det, eller oppfatter det som en læringsprosess. Det blir altså en del av hvem man er, noe som "sitter i ryggmargen" (Wilken, 2006, s. 37). Videre hevder han også at kroppen formes av, og gir uttrykk for habitus. Livsstilssykdommer, vekt og kroppsholdning er blant noe av det Bourdieu hevder gir uttrykk for habitus (Wilken, 2006, s. 37). Habitus er et

produkt av det sosiale miljøet og den sosiale klassen man vokser opp i, og er i stor grad med å bestemme hvordan man lever, hvordan man tenker og hva man verdsetter. Dersom man vokser opp i et hjem med høy økonomisk og kulturell status (kapital) vil man gjerne verdsette bestemte yrker med lengre utdanning fremfor yrker med lavere utdanning og lavere lønn (Aanesen, 2021).

2.5.1.1 Konstruksjon av habitus ved hjelp av posisjon, disposisjon og posisjonering

I følge Bourdieu kan vi konstruere habitus til en person ved å se på hvilke kapitaler personen besitter. Bourdieu sin teori går ut fra at det finnes fire ulike kapitaler: økonomisk kapital, kulturell kapital, sosial kapital og symbolsk kapital. Økonomisk kapital sier noe om hvor sterkt man stiller økonomisk og materielt. Kulturell kapital omhandler utdanning og kultur, mens sosial kapital tar for seg det sosiale nettverket, venner og familie. Symbolsk kapital er evnen til å utnytte eller omgjøre de andre kapitalene, altså dersom man har mye økonomisk kapital kan man donere til en organisasjon og opparbeide seg god moral (Wilken, 2006, s. 39).

I praxeologiske analyser må man konstruere habitusen til de som posisjonerer seg i det sosiale feltet, fordi man antar at agenter med ulike posisjoner og tilhørende disposisjoner posisjonerer seg på ulike måter. Konstruksjoner av agents posisjon er basert på data om kulturelle-, økonomiske- og sosiale kapitaler (Wilken, 2006, s. 37-40). Habitusbegrepet kan sees på som en samlebetegnelse for tilbøyeligheter, disposisjoner, til ulike handlinger innenfor et felt. Det er systematiseringen av disposisjoner som hver enkelt innehar, i form av kroppslige reaksjonsmønstre, tenkte vaner eller følelsesmessige holdninger som avgjør hvordan mennesket handler, tenker, oppfatter omgivelsene og hvordan de vurderer innad enkelte sosiale sammenhenger (Horne, 2016, s. 42-43). Man skal alltid forholde seg til disse begrepene som en treenighet som hører sammen. Posisjoner fører til disposisjoner som igjen fører til posisjoneringer (Callewaert, 2014, s. 166-168).

Ulike sosiale handlinger danner et sosialt rom, og det kan være flere sosiale rom i et felt. De som agerer i det bestemte rommet, har muligheten til å klassifisere og å bli klassifisert og alle kjemper om status. Ulik kapital skaper en form for sosial rangorden, et hierarki blant agentene og de ulike gruppene. Særlig økonomisk og kulturell kapital har noe å si for hvilken gjennomslagskraft og status man får i det sosiale feltet (Wilken, 2006, s. 42).

2.6 Sosialt felt

Et felt er et begrenset sosialt domene i samfunnet, hvor man ikke stiller spørsmål til dens nøytralitet fordi den er integrert i den kollektive selvforståelse (Wilken, 2006, s. 51). I feltet

utspiller det seg sosiale kamper mellom agentene. Disse konfliktene innebærer en rivalisering av kapital og innflytelse. De ulike feltene besitter ulike kapitalformene og er i seg selv forholdsvis autonome (Järvinen, 2013, s. 378). Som et resultat kan de sosiale kampene som foregår i feltet, analyseres hver for seg.

2.6.1 Doxa, heterodoxa og ortodoxa

I det sosiale feltet er det skrevne og ofte uskrevne spilleregler for hvordan man skal agere. Det forventes at de som agerer i feltet godtar spillereglene. Spillereglene er ofte uuttalte og kalles doxa (Wilken, 2006, s. 43). Det hender at doxa blir utfordret, spesielt av nyankomne i feltet. Det kalles heterodoxa. Agentene som allerede befinner seg i feltet og har opparbeidet seg kapital vil derimot forsvare gjeldende doxa for ikke å frigi sin egen kapital og det kalles da ortodoxa. Feltet kan dermed sammenlignes med en kamparena hvor det kjempes om kapitalen som eksisterer der (Wilken, 2006, s. 43).

2.6.2 Konstruksjon av forskerens habitus

Forskere gjennomsyrrer alle deler av en studie. Derfor er det viktig at forsker blir mest mulig gjennomsiiktig for seg selv og leser. Slik gjennomsiiktighet kan skapes ved at forsker konstruerer sin egen habitus og stiller de samme spørsmål til seg selv som til det empiriske materialet. Dette kaller Bourdieu en autososioanalyse (Damkjær, 2004, s. 232-233). I en autososioanalyse konstrueres forskerens habitus slik at forskers posisjon, disposisjon og posisjoneringer blir tydelige for leser og forsker (Boge, 2021, s. 8). Det er ikke rom for en fullstendig autososioanalyse i denne studien, men innledningsvis (jf. kap. 1.0) har vi skrevet litt om våre posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer til overvekt.

2.7 Forskningsspørsmål

For å finne svar på om sykepleiernes respektløse posisjoneringer til overvektige er en form for symbolsk vold, har vi stilt følgende spørsmål:

1. Hvordan posisjonerer sykepleiefaget seg i forhold til overvektspraktikker i et historisk og nåtidig perspektiv?
2. Hvordan kan det ha seg at sykepleiefaget posisjonerer seg som det gjør i forhold til overvektspraktikker i et historisk og nåtidig perspektiv?
3. Hvordan kan fortidige posisjoneringer i forhold til overvektspraktikker bidra til å forklare nåtidige overvektspraktikker?

2.8 Metode

Vi har som nevnt i kapittel 2.0 brukt registrantanalyse som metode for å finne svar på forskningsspørsmålet. Registrantanalyse er en metode hvor man danner seg et overblikk over store tekstmengder ved å systematisk lese ulike dokumenter for så å forme korte referat som blir registrantene. Ved å systematisk stille forskningsobjektene de samme spørsmålene, kan vi få frem historiske endringer og brudd (Kropp, 2009, s. 173).

Ifølge Kropp (2009, s.181-182), har registrantene to overordnede mål. Det første er at man skal analysere frem de ulike posisjonene dokumentene innehar. Da er det både de som er implisitte og de som er tydelig artikulert. Slik kan man historisere organiseringen av det nåværende feltet, og man kan analysere frem doxa i feltet. For det andre vil registrantene være med på å organisere studiearbeidet ved å få en kronologisk rekkefølge over viktige hendelser. Slik kan man lettere se den historiske prosessen og på den måten kunne forklare og forstå hvordan feltet utvikler seg.

2.9 Teknikk

Ved hjelp av systematiske registreringer av norske lærebøker i sykepleie fra fortid og nåtid, har vi undersøkt om og når det oppstod brudd i posisjoneringene om kroppsvekt i lærebøkene i sykepleie. Når det oppstod brudd, forklarte vi de i lys av posisjonene og disposisjonene til lærebokforfatterne. Deretter argumenterte vi for at fortidige posisjoneringer kan bidra til å forstå og forklare nåtidige posisjoneringer om overvekt (jf. forskningsspørsmål 1-3).

Nedenfor har vi gjort rede for materialet som har inngått i denne registrantanalysen om overvekt.

2.9.1 Materiale som har bidratt til å svare på forskningsspørsmål 1

For å svare på spørsmålet om hvordan sykepleiefaget har posisjonert seg til overvektspraktikker i et historisk og nåtidig perspektiv (jf. forskningsspørsmål 1), gjorde vi analyser av lærebøker i norsk sykepleie fra den første kom ut i 1877 og til 2021 (jf. tabell 2),

Tabell 2: Lærebøker i sykepleie, 1877-2021

| År: | Forfatter: | Tittel: |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 1877 | Rikke Nissen | Lærebog i Sygepleie for diakonisser |
| 1879 | Edvard Kaurin | Sygepleiersken: kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd |
| 1901/1914 | Hans Riddervold Waage | Lærebog i sygepleie |
| 1921/1926 | Kr. Grøn & Sofus Widerøe | Haandbok i Sykepleien/Lærebok i sykepleien |
| 1941/1951 | Anton Jervell (red.) | Lærebok for sykepleiersker |
| 1955 | Borghild Hillestad | Operasjonsstue-teknikk |
| 1960/1962 | Anton Jervell (red.) | Lærebok for sykepleiere |
| 1968/1972 | Kjellaug Lerheim, Christian Borchgrevink, Olli Breiland & Reidun Juvkam (red.) | Lærebok for sykepleieskolen |
| 1978 | Borghild Hillestad (red.) | Håndbok for operasjonssykepleiere |
| 1985 | Hallbjørg Almås (red.) | Medisinsk og kirurgisk sykepleie |
| 1992 | Hallbjørg Almås (red.) | Klinisk sykepleie |
| 1996/2001 | Nina Jahren Kristoffersen (red.) | Generell sykepleie |
| 2001 | Hallbjørg Almås (red.) | Klinisk sykepleie |
| 2009 | Grethe Dåvøy, Petrin Eide & Ingeborg Hansen (red.) | Operasjonssykepleie |
| 2010 | Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud & Randi Grønseth | Klinisk sykepleie |
| 2015 | Ellen Marie Grov & Inger Margrethe Holter (red.) | Sykepleieboken |
| 2018 | Grethe Dåvøy, Petrin Eide & Ingeborg Hansen (red.) | Operasjonssykepleie |
| 2021 | Nina Jahren Kristoffersen, Gro Hjelmeland Grimsbø, Simen Alexander Steindal & Eli-Anne Skaug (red.) | Grunnleggende sykepleie |

Da vi skulle velge ut materiale hentet vi inspirasjon fra Elin Fjell Kristiansen (2020) sin masterstudie om munnbindpraktikker fra 2020. Vi valgte å analysere de samme lærebøkene som hun hadde valgt, men la også til en nyere utgivelse av *Grunnleggende sykepleie* fra 2021. Dermed hadde vi materiale fra grunnutdanningen fra 1877 og frem til i dag, sammen med operasjonssykepleierbøker fra oppstarten i 1955 og til i dag. Vi har også benyttet oss av samme metode som Kristiansen (2020) ved å bruke bøker som var tilgjengelig digitalt på nasjonalbiblioteket, noe som har lettet arbeidet vårt betraktelig, da vi har hatt muligheten til å benytte søkeord som kunne si noe om hvordan bøkene posisjonerte seg til overvekt. Datamaterialet inneholder 18 bøker, noen med flere bind, fordelt på 144 år (jf. tabell 2).

I forlengelsen av en praxeologisk analysestrategi (jf. kap. 2.5) omfatter analysedelen av lærebøkene årstall, navn på forfatter, tittel på bok, posisjonen og disposisjonene til forfatteren, og bøkernes posisjoneringer om overvekt (jf. tabell 3)

Tabell 3: Moment ved registrantanalyse

| Boktittel | År | Forfatter | Posisjon | Disposisjoner | Posisjoneringer om overvekt |
|-----------|----|-----------|----------|---------------|-----------------------------|
|-----------|----|-----------|----------|---------------|-----------------------------|

Ved hjelp av de korte referatene fikk vi relativt raskt oversikt over når det oppstod brudd i posisjoneringene om kroppsvekt og hvem som posisjonerte seg. Det er gjort utførlig rede for posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer i kapittel 3.0.

2.9.2 Materiale som har bidratt til å svare på forskningsspørsmål 2

Registrantene viste at det var et brudd i posisjoneringen om overvekt i 1941. Det året oppstod den første norske læreboken i sykepleie som problematiserte overvekt (jf. kap. 3.3). For å forklare bruddet (jf. forskningsspørsmål 2), konstruerte vi rådende logikker, doxa, i det sosiale feltet som kunne disponere for at det oppstod et brudd i posisjoneringene om overvekt i 1941 (jf. kap. 3.2.1). I den sammenheng hadde vi stor nytte av Aina Schiøtz sine historiske analyser av det norske helsevesenet fra 1850-2017: *Folkets helse - landets styrke 1850-2003* fra 2003 og *Viljen til liv: medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid* fra 2017 (Schiøtz, 2003; Schiøtz 2017).

2.9.3 Materiale som har bidratt til å svare på forskningsspørsmål 3

Etter at vi hadde forklart bruddet i 1941, analyserte vi lærebøker fra perioden 1942-2021 uten å finne nye brudd i posisjoneringene om overvekt. Avslutningsvis har vi argumentert for at

bruddet som oppstod i 1941, kan bidra til å forklare nåtidige posisjoneringer om overvekt (jf. forskningsspørsmål 3).

3.0 Analyse og drøfting

I denne delen av studien er det først en analyse og drøfting av posisjonen, disposisjonen og posisjoneringer i lærebøker i sykepleie (jf. kap. 3.1). Deretter er det en analyse og drøfting av mulige forklaringer på at overvekt ikke er nevnt i lærebøkene fra 1877-1940 (jf. kap. 3.2). I kapittel 3.3 har vi prøvd å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at det oppstår et brudd i 1941. Det året oppstår den første læreboken som posisjonerer seg om overvekt. I kapittel 3.4 har vi argumentert for at posisjoneringene om overvekt som oppstod i 1941 har vedvart frem til 2021 i lærebøkene som henvender seg til de som tar 3-årig grunnutdanning i sykepleie. I kapittel 3.5 har vi forsøkt å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at overvekt i liten grad blir posisjonert i lærebøkene i sykepleie som retter seg mot de som tar videreutdanning i master og operasjonssykepleie.

3.1 Lærebøkernes posisjon og disposisjon

Vi har analysert lærebøker som er beregnet på de som tar 3-årig utdanning i sykepleie og på de som tar videreutdanning og etter hvert master i operasjonssykepleie. Slike dokumenter har etter vårt skjønn høy kulturell og sosial kapital. For å kunne si noe om hvilken kapital denne typen dokumenter besitter har vi hentet inspirasjon fra masteroppgaven til Miriam Bjørndahl Dahl (2020) om regjeringens posisjonering til dagkirurgi. Hun har analysert ulike regjeringsdokumenter ut fra hvilken kapital disse dokumentene besitter. Ettersom vi bare tar for oss en type dokument, lærebøker i grunnutdanning og spesialistutdanningen, antar vi at denne typen dokument besitter lik kapital. For operasjonssykepleierfaget er det derimot operasjonssykepleielærebøkene som vil inneha størst kapital da de besitter høyere kulturell kapital i faget. Det er lærebøkene som definerer hva som blir reproduert av kunnskap, noe Bourdieu (jf. kap. 2.1) argumenterer for. Dokumenter besitter ulik makt og lærebøker er utdanningsinstitusjonenes dokumenter. Bourdieu argumenterer for at utdanningsinstitusjonene står sterkt og er med på å forme samfunnet. De definerer den sosiale doxaen som bli reproduert i dokumentene (jf. kap. 2.6.1), lærebøkene, har både høy kulturell- og sosial kapital. Derimot kan man ikke si at lærebøkene har særlig høy økonomisk kapital, da de ikke er i posisjon til å påvirke de økonomiske bestemmelsene.

3.2 1877-1940: Ingen problematisering av overvekt

Første lærebok i norsk sykepleie er skrevet av diakonisse og læresøster ved Diakonisseanstalten, Rikke Nissen. I boken til Nissen er ikke overvekt nevnt, det beskrives

likevel at man kan bruke flere hender dersom pasienten er tung. Riktignok finner vi veiledning av pasientens diett, men da er dietten knyttet til sykdom og ikke relatert til vekt. Hun skriver blant annet at legen skal ordinere kosten, og at sykepleieren skal følge denne ordinasjonen nøyaktig. Nissen skriver at man kan, i god tro om at man styrker den syke, gi for mye mat. Det kan føre til tilbakefall av sykdom og i verste fall død. Sykepleieren må undersøke seng og nattbord etter mat som pasienten kan ha gjemt unna (Nissen, 1877/2000, s. 35).

Kun to år etter første lærebok blir publisert i Norge kommer det en tilleggsbok for sykepleiere i distriktene, *Sygepleiersken: kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd*, skrevet av Edvard Kaurin (1879). Denne boken var ment som en kortfattet veiledning og kommer ikke med noe nytt som er aktuelt for vårt tema overvekt.

Neste lærebok, *Lærebog i sygepleie*, kom i 1901 og er skrevet av en lege, Hans Riddervold Waage. Også i denne boken nevnes det at det er gunstig med flere personer i forflytning dersom pasienten er for tung for en (Waage, 1901, s. 78). Ingen bemerkninger av overvekt for øvrig. Waage argumenterte for at sykepleieren ikke trengte å følge med på hvor mye pasienten spiste, bare dersom den spiste for lite (Waage, 1901, s. 10-11).

Den neste læreboken, *Haandbok i sygepleie*, var skrevet av legene Kristian Grøn og Sofus Widerøe med bidrag fra hovedsakelig leger (1921). Heller ikke i denne boken nevnes overvekt, men det kommer inn mer om næringsrik kost, dog ikke med fokus på vekt (Müller, 1921, s. 104-110).

3.2.1 Lærebokforfatterens posisjon og disposisjon

Vi kan anta at det krevdes en viss økonomisk kapital for å i det hele tatt kunne ta en utdanning i perioden 1877-1921, og da særlig en utdanning som lege. Ved å ta denne utdanningen vil man også innhente seg stor kulturell kapital ved å tilegne seg kunnskap. Som lege er man godt ansett, har godt nettverk og kommer gjerne fra en høytstående familie, og vil dermed ha høy sosial kapital. Nedenfor har vi argumentert for at forfatterne av lærebøkene som kom ut i perioden 1877-1921 hadde høy kulturell, sosial og økonomisk kapital (jf. tabell 4):

Tabell 4: 1877-1940: Lærebokforfatterens posisjoner og disposisjoner

| Tittel på lærebok og årstall: | Forfatter: | Posisjon og disposisjoner: | Posisjonering til overvekt: |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lærebog i Sygepleie for diakonisser (1877) | Rikke Nissen | Diakonisse Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital | Ingen posisjonering til overvekt, men veiledning av pasientens diett knyttet til sykdom. |
| Sygepleiersken: kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd (1879) | Edvard Kaurin | Distriktslege Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital | Ingen posisjonering til overvekt, men veiledning av pasientens diett knyttet til sykdom. |
| Lærebog i sygepleie (1901/1914) | Hans Riddervold Waage | Lege Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital | Ingen posisjonering til overvekt, men veiledning av pasientens diett knyttet til sykdom. |
| Haandbok i sykepleie (1921/1926) | Kr. Grønn Sofus Widerøe | Overleger ved Kristiania kommunale sykehus Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital | Ingen posisjonering til overvekt, men veiledning av pasientens diett knyttet til sykdom. |

Rikke Nissen kom fra en familie med høy kulturell, økonomisk og sosial kapital. Hennes far var kjøpmann og gjorde det godt med sine forretninger Austgard & Hovland, 2017, s. 15). Farens posisjon disponerte for at Nissen var av god økonomisk kapital og var økonomisk uavhengig livet ut (Austgard & Hovland, 2017, s. 15). Nissens familie hadde også høy kulturell kapital. Hennes oldefar på morssiden var tyskfødt regimentskirurg og hennes grandonkel var teolog og godt kjent i de tyske akademiske kretser (Austgard & Hovland, 2017, s. 12-13). Nissen var velutdannet, behersket flere språk og hadde flere studieturer til Tyskland, hvor hun ble godt tatt imot på grunn av sin berømte grandonkel (Austgard & Hovland, 2017, s. 14). Hun var inspirert av Florence Nightingales lærebok fra 1860, medisinsk faglitteratur samt av tyske diakonale tekster. Nissen var opptatt av at sykepleiefaget skulle være underordnet legens ordinerte behandling, samtidig som sykepleieren skulle utføre selvstendige oppgaver og egne vurderinger. Sykepleiere skulle være freidige og uforsagte, og tilegne seg kunnskap på egenhånd. Allerede i første boken nevnes selvstendighet og ledelse

av eget yrke. Kristelig kjærlighet var selve grunnpilaren i sykepleien ifølge Nissen (Schiøtz, 2017, s. 329-330).

Kaurin som skrev læreboken som kom ut i 1879 var lege med tilhørende disposisjoner (jf. tabell 4). Læreboken til Waage fra 1901 er også skrevet av en lege. Han tok bort flere av elementene til Nissen, blant annet undersøkelse av den syke og journalskriving. Nå var det ikke det religiøse kallet som var gjeldende. Han understreket at sykepleierne var underordnet legene og skulle fungere som assistenter for dem (Schiøtz, 2017, s. 330). Waage tok dermed monopol på pasientvurdering og behandling og avvæpnet Nissen sitt forsøk på utvikling av egen profesjon.

Den neste læreboken som kom, *Haandbok i sykepleie* av Grøn og Widerøe (1921), ble også skrevet av leger med tilhørende kulturelle-, økonomiske og sosiale kapitaler (jf. tabell 4), dog med innslag fra en oversykepleierske og en forstanderinne. Sykepleierne skrev kun en liten brøkdel av innholdet i boken og da om det som angår sykepleiersken som person. De beskrev nødvendige egenskaper, og kvaliteter for sykepleiere som egnethet, oppførsel og absolutt lydighet. Det blir enda mer tydelig at legene eier retten til å reproducere kunnskapen som sykepleierne skal tilegne seg og maktkampen i feltet domineres av legene som nå produserer lærebøkene til sykepleierne.

Levekårene i den perioden da Nissen (1877), Kaurin (1879), Waage (1901) og Grønn og Widerøe (1921) skrev lærebøker i sykepleie, kan ha disponert for at de ikke nevner overvekt eller fedme. 1800-tallet, særlig 1850-tallet var preget av sult, fattigdom, sykdom og tidlig død. Koleraepidemien som startet i Norge i 1830-årene gjorde ikke levekårene bedre. En av konsekvensene av epidemien var karantenereregler som medførte at import av trevarer og korn ble påvirket. Dette førte igjen til økt arbeidsløshet og sult (Schiøtz, 2003c, s. 29). Likevel var det stor befolkningsvekst allerede på slutten av 1850-årene, noe som forverret levevilkårene ytterligere. Tilgjengelighet på mat var svært begrenset. Tiden frem mot 1940 var preget av flere epidemier, en verdenskrig og svært dårlig økonomi. Likevel var det en bedring i økonomien på midten av 1930-tallet som medførte økte arbeidsplasser og bedret levevilkårene, inn mot bruddet i 1941 (Schiøtz, 2003d, s. 199).

3.3 1941: Overvekt problematiseres

I 1941 blir læreboka til legene Grøn og Widerøe (1921) avløst av læreboken til legen Anton Jervell (1941). Dette er den første læreboken i norsk sykepleie som posisjonerer seg om

overvekt. I denne boken opptrer ordene fedme og overvekt, og problematiseres i forhold til sykdommer og utfordringer knyttet til tilstanden.

I læreboka står det blant annet at “avmagrende kost er på sin plass ved abnorm fedme” (Jervell, 1941, s. 97). Her gis det kostholdsråd for hvordan man skal gå ned i vekt. Det blir beskrevet hvilken mat man skulle unngå, for eksempel fett, karbohydrater og sukker, og det ble presentert sultedager hvor man bare fikk saft fra to til fire appelsiner utblandet med vann eller melk (Jervell, 1941, s. 97). I påfølgende avsnittet står det skrevet om fetende kost for dem som er avmagret. Avsnittene om avmagrende kost og fetende kost er like store. Læreboken legger sådan ikke mer vekt på å få personer til å gå opp i vekt enn å få personer til å gå ned i vekt.

Jervell tar også for seg skolehelsen, og skriver at dersom barna viser tiltagende overvekt, skal de fremstilles for skolelegen (Jervell, 1941, s. 87). Vi kan også lese at kroppsøving er viktig blant annet for å forebygge fedme: “For å holde kroppen i form er regelmessig kroppsøving nødvendig for å mykgjøre leddene, styrke muskelen og motarbeide overflødig fedme.” (Natvig, 1941, s. 15). Ernæringslære, den gang kalt Dietlære, var også en del av sykepleierne sin utdanning, og man lærte om ulik kost og hvilken påvirkning det har på kroppen (Jervell, 1941, s. 91).

3.3.1 Lærebokforfatterens posisjon og disposisjon for at overvekt blir problematisert i 1941

Det er 20 år mellom læreboken til Grøn og Widerøe (1921) til Jervells bok kommer ut i 1941. Denne boken øker betraktelig i omfang i forhold til de tidligere bøkene, og deles nå inn i tre bind. Jervell skriver at dette er en bok for sykepleiere, og at det derfor er naturlig at sykepleiere selv er med på å utforme boken. Fire diakonisser og forstanderinder ved ulike sykehus og sykepleierskoler var med i en redaksjonskomite (Jervell et al., 1941, s. V). På denne måten kan man si at sykepleierne ble mer inkludert, men fortsatt i regi av en lege som var redaktør.

Anton Jervell (1901-1987) var sønn av kemner Jacob Anton Jervell og Marie Andrea Simers. Han ble godkjent spesialist i indremedisin i 1933 og hadde flere studieopphold i utlandet som Storbritannia, Wien, Paris, USA og flere nordiske land (Larsen, 1986, s. 594). Han jobbet som overlege på medisinsk avdeling ved Vestfold fylkessykehus da han var redaktør for læreboken. Jervell virket å være høyt ansett i det medisinske miljøet basert på hans flere roller. Blant annet ble han direktør for samme sykehus i 1947 og ble utvalgt av fylkesutvalget

til å sitte i komite for oppbygging og modernisering av Vestfold fylkessykehus, og utnevnes her som varaformann (Skaare, 1959, s. 2). Han skulle blant annet ta seg av det medisinske ved det nye moderniserte sykehuset (Skaare, 1959, s. 3). Jervell virket også å være en mann med høy posisjon utenfor sykehuset. Han var formann i Tønsberg krets i Norges Røde Kors 1941-1946 (Larsen, 1986, s. 594). Røde Kors hadde en stor rolle under andre verdenskrig hvor de stilte sine medisinske ressurser til disposisjon over hele landet. I tillegg var Jervell delaktig i motstandsbevegelsen under krigen samt organisering av denne. Han var blant annet leder for “Kontaktpunkt Tønsberg” som hadde ansvar for å organisere sivilmotstandsbevegelsen i Vestfold (Christophersen, 1995, s. 212). Han sa tyskerne imot ved flere anledninger og var ikke en av legene tyskerne så vennlig mot. Han var krigsfange tre måneder i 1943 og satt blant annet på Grini, anklaget for sabotasje mot Wehrmacht (Christophersen, 1995, s. 143).

Av det vi kan lese over kan vi argumentere for at Jervell var en prominent skikkelse som stadig besatt ledende posisjoner. Det skrives blant annet at Jervell var en sentral skikkelse i fylkets helsevesen (Skaare, 1959, s. 40). Jervell hadde høy sosial kapital i form av et stort nettverk, høy økonomisk kapital ettersom han har hatt mulighet for mange ulike studieopphold i utlandet og høy kulturell kapital i form av sin utdanning og de ulike vervene han besatt. Hans internasjonale opplæring var med på å forme hans disposisjon til å posisjonere seg til overvekt slik som han gjorde.

Den andre som posisjonerer seg i boken til Jervell, er legen Haakon Natvig. Natvig var helseinspektør og særdeles interessert i forebygging av sykdom. Natvig gikk selv i lære hos Carl Schiøtz som var professor i hygiene og initierte et av de fremste forebyggende helseprogrammene i Norge (jf. kap.3.3.2.4) (Larsen, 2009).

Som nevnt innledningsvis i kapittel 3.2.1 er slutten av 1800-tallet og starten av 1900-tallet preget av fattigdom og sult. På den andre siden ble det ifølge Schiøtz (2003d, s. 199) en bedring fra midten av 1930-tallet, hvor den internasjonale økonomiske situasjonen var i bedring. Eksportindustrien og skipsfarten forbedret seg, og dette var svært avgjørende for en bedre økonomi i Norge. Kan det tenkes at denne bedringen i slutten av 1930-årene bidro til at enkelte ble overvektige med tilhørende sykkeliggjøring fordi den ikke hadde de samme egenskapene som standarden for en sunn og frisk kropp?

I 1941, da Jervells lærebok kom ut, var Norge okkupert av Tyskland under 2. verdenskrig. Det kan derfor være nærliggende å anta at Jervell var påvirket av rasehygien (jf. kap. 3.3.2.2.) som nazismen stod for. Men som vi nevnte over, var derimot Jervell en motstandsmann og tok

sterk avstand fra naziregimet. Han gikk langt for å motarbeide dette. Vi kan derfor ikke argumentere for at Jervell var sterkt påvirket av rasehygien som sådan, men den rådende arve- og sosialhygien som hadde fått godt fotfeste i Norge og verden forøvrig på det tidspunktet denne læreboken kom ut, kan ha disponert for at Jervell problematiserte overvekt (jf. kap. 3.3.2.1 og 3.3.2.3).

3.3.2 Feltet og det sosiale rom

Fra andre halvdel av 1800-tallet får den medisinske vitenskapen feste og påvirkning også utenfor sitt eget ansvarsfelt. Ettersom medisinerne var autoritære figurer fikk de også innpass og gjennomslag på områder som politikk og moral. Berlin var fra 1850-årene medisinenes "Mekka". På denne tiden var flere tysktalende byer sentrale innen ny forskning og kunnskap i medisin. De fikk offentlig støtte som en politisk satsing på vitenskapen (Schiøtz, 2017, s. 57). Medisinen ble mye mer laboratoriefokusert enn pasientorientert, og pasientperspektivet var nærmest ikke eksisterende. De som tidligere hadde vært ansett som den medisinske eliten, sykehusklinikerne, ble erstattet med laboratorieforskerne. Laboratorieforskerne var også universitetslærere og hadde kontroll over utdanningen. Gjennom 1800-tallet forsøkte legene å forstå sykdom ved å redusere til stadig mindre naturvitenskapelige strukturer og analysenivå, reduksjonisme. Denne tenkemåten fikk kritikk for å være mekanisk og redusere alt levende liv til prosesser. Kritikken var at den ikke tok hensyn til helheten i menneskekroppen, eller ytre påvirkningen og menneskets opplevelse. Denne reduksjonistiske tankegangen ble gjerne regnet for det motsatte av holisme (Schiøtz, 2017, s. 78).

Fra 1910 var det USA og Storbritannia som hadde den mest dominante posisjonen innen medisinen. Tyskland mistet både økonomi og troverdighet etter første verdenskrig. Krigen ga nye utfordringer til medisinen på begge sider av Atlanteren, nye diagnoser og et mye større omfang. Det var ønskelig med unge, sterke soldater. Gjennom forskningen på soldater, hvor de ble veid, målt og gransket, utviklet man en standardisering av mennesket (Schiøtz, 2017, s. 80). Vitenskapen hadde tro på at normalisering ved bruk av standarden var en av metodene som kunne få bukt med sykdom og fremme den kollektive helsen. Det å holde seg frisk og sunn var ikke bare et individuelt ansvar, men også et samsunnsansvar. Basert på vitenskapelige funn, ble det skapt en forestilling av hva som var normalt. Dette førte til standarder som skulle etterleves (Schiøtz, 2003e, s. 236).

I vår søken etter denne tidens syn på overvekt fant vi en bok fra 1883 som var skrevet av lege Hans Jørgen Vetlesen, *De almindeligste Sygdomsaarsaker: fire populær–medicinske*

foredrag. Boken var en samling av medisinske foredrag Vetlesen hadde. Første kapittelet omhandler arv, menneskets uforskyldte egenskaper som kunne være kilde til abnorme tilstander og sykdommer. Vetlesen påpekte at arv også kunne være kilde til egenskaper som gjorde at man var sterkt disponert for sykdommer og at miljøet hadde betydning. Flere sykdommer blir ansett for å være mer eller mindre arvelig, hvorav fedme var en av dem (Vetlesen, 1883, s. 6). Det står følgende: “Det er bekjendt, at tilbøieligheden til fedme (corpulents) er arvelig, ligesaa tilbøieligheden til skaldethed, undertiden i en bestemt form optrædende i en bestemt alder” (Vetlesen, 1883, s. 6). Det at noe var arvelig hadde ikke samme betydning som at det var konstant. Arven kunne adapteres ved at man giftet seg med bedre arvelige egenskaper (Nielsen et al., 2000, s. 45).

Hans Jørgen Vetlesen ble utdannet lege i 1878 og arbeidet som lege, som sin far, med egen praksis før han ble indremedisiner og tok doktorgrad i 1888. Han var overlege ved Modum Bad i 15 år før han i 1895 ble overlege i Kristiania hvor han også underviste studenter (Nylenna & Larsen, 2012). Vetlesen var dermed i en posisjon hvor han kunne reprodusere kunnskap til studenter og kan i så henseende sees på som en forlengelse av utdanningsinstitusjonen. Vetlesen var også formann i Det norske medicinske Selskab i 1906–1907, og har publisert flere artikler i Norsk Magazin for Lægevidenskaben (Nylenna & Larsen, 2012). Dette var det sentrale tidsskriftet i norsk medisin i årene 1840-1939 (Store norske leksikon, 2021). Vetlesen hadde høy økonomisk, kulturell og sosial kapital og hadde dermed en posisjon hvor han ble lyttet til og respektert i samfunnet.

I forkant av Vetlesen sin utgivelse av *De almindeligste Sygdomsaarsaker: fire populærmedicinske foredrag* (1883), herjet koleraepidemien i Norge. Det medførte høye dødstall og en tydeliggjøring av flere samfunnsproblemer som trange boforhold, fattigdom og underernæring (Schiøtz, 2003c, s. 26). I første halvdel av 1800-tallet doblet Norges befolkning seg, det var en enorm befolkningsvekst (Myhre, 2020). Først på 1900 tallet sank fruktbarheten blant befolkningen (Schiøtz, 2003a, s. 223-224). Befolkningsveksten og det senere fruktbarhetsfallet førte til intense diskusjoner om kvaliteten på befolkningen. Det var en debatt som gikk på tvers av politisk ståsted og ulike faggrupper. Man hadde flere ulike bekymringer, blant annet for vekst og nedgang i befolkningen, men også for menneskes degenerering (Schiøtz, 2003a, s. 224-225). Disse bekymringene medførte diskusjoner og rundt 1900 tallet var det flere begrep i sirkulasjon som kunne skape forvirring. Begrepene ble brukt om hverandre og betydde noe av det samme, samtidig som de likevel skilte seg i

meningsinnhold. Eugenikk og rasehygiene ble introdusert samtidig på slutten av 1800- tallet dog fra to ulike vitenskapsteorier (Schiøtz, 2017, s. 138).

3.3.2.1 Eugenikk – arvehygiene

Ordet eugenikk har opphavet fra det greske ordet eu-genos som betyr god fødsel. Begrepet eugenikk derimot stammer fra det viktorianske England og beskriver studiet av menneskelige handlinger under kontroll av samfunnet, som kan utbedre eller forringe menneskelige kvaliteter (Nielsen et al., 2000, s. 15). Eugenikk har sine røtter i britisk vitenskapshistorie og blir først benyttet av Francis Galton, som var slektsforsker og statistiker. Han mente at eugenikken kunne utrette raskt, vennlig og effektivt det samme som naturen hadde utført “langsomt, blindt og brutalt” (Nielsen et al., 2000, s. 15). Det uttrykkes dermed at en menneskelig intervensjon vil være mer fordelaktig enn naturens egen seleksjon. Eugenikk var riktignok inspirert av Charles Darwin sin teori om naturlig seleksjon og opphavet til artene. Den var rasenøytral og bygger på videreføring av de gode genetiske egenskapene til mennesket. Eugenikk gikk fra å være et teoretisk fag om forskning på arv til å bli et praktisk fag, bygget på teori, med reformer om forebygging med sine premisser i genetikken (Schiøtz, 2017, s. 138). Den eugeniske bevegelsen vokste betydelig i starten av 1900 tallet. Det ble dannet konferanser, tidsskrifter nasjonalt og internasjonalt, organisasjoner og institusjoner. Denne ideologien fikk etter hvert feste i over 30 land, deriblant USA, Tyskland og Storbritannia som ledende land. Skandinavia og Norge var også en del av denne utviklingen (Kyllingstad, 2019). Eugenikk ble i denne perioden også etablert som en politisk agenda i Norge (Nielsen et al., 2000, s. 105). Som Anne-Lise Seip skrev i et debattinnlegg, *Politikkens vitenskapeliggjøring - debatten om sosialpolitikk i 1930-årene* i tidsskriftet Nytt norsk tidsskrift, har vitenskap og politikk tette bånd. Dette kommer spesielt til uttrykk under kriser når det er behov for nye handlingsnormer. Politikerne er avhengig av at de nye normene har tillit og kommer fra et sted med troverdighet. Vitenskapen beveger seg inn i det politiske feltet og etablerer sin ekspertise ytterligere. Medisinen med sin naturvitenskapelige logikk besitter nå en posisjon hvor de definerer hva som er gode og hva som er dårlige arveegenskaper. Publikumet er ikke lenger begrenset til det vitenskapelige miljøet, men hele landets befolkning. Det reproduseres i dokumenter og videreformidles som en sannhet. Eugenikk omtales ofte i bøkene som begrepet arvehygiene (Schiøtz, 2003e, s. 229).

3.3.2.2 Rasehygiene

Et annet begrep er rasehygiene, som har sitt utspring fra den tyske vitenskapshistorien og ble introdusert av lege og biolog Alfred Ploetz. Grunnsteinen i denne ideologien var at den delte

menneskene inn i raser som innbefattet ulik verdi samt ulike arveegenskaper. Denne ideologien ble gjort til et praktisk program, med god hjelp av nazismen, med utrensning og antisemittisme (Schiøtz, 2017, s. 138). Det ble lagt ned mye arbeid i å bygge opp et arvehygienisk forskningsmiljø i Norge i de første tiårene på 1900-tallet, etter sterk inspirasjon fra England og Mellom-Europa (Schiøtz, 2003a, s. 232). Forskjellen mellom rasehygiene og eugenikken var stor og legene i Norge hadde akseptert den eugeniske politikken (Schiøtz, 2017, s. 142). I Norge hadde vi også agenter som ivret for rasehygiene. En av dem var farmasøyten Jon Alfred Mjøen, en mann som var dypt inspirert av og samarbeidspartner med den tyske legen Ploetz, som var en ivrig videreformidler av rasehygiene. I 1914 ga Mjøen ut boken *Rasehygiene* hvor rasene ble plassert hierarkisk, og blanding av rasene ble ansett for å kun videreføre de dårligste genene (Schiøtz, 2017, s. 141-142). Han mente blant annet at ektefolk skulle legge frem helseerklæring for å kunne gifte seg og få avkom, for å unngå degenerering av den blonde nordiske rasen (Schiøtz, 2003a, s. 233). Han mente også at det at kvinner fikk mer bestemmelse og frihet, samt urbanisering og bedre levevilkår var med på å forringe gode raseelementer, og at dette var myndighetens plikt å forhindre. Mjøen ble derimot ikke godt ansett i det akademiske miljøet i Norge og teoriene hans ble heller ikke benyttet politisk (Schiøtz, 2017, s. 140-142). En annen sentral forsker innen rasehygiene var Ragnar Vogt. Vogt var lege og psykiater og var Norges første professor i psykiatri. Han var en ivrig framsnakker for rasehygiene (Skålevåg, 2020). Vogt mente at arvelighetsforskning var den teoretiske bakgrunnen for å kunne utøve rasehygiene i praksis og knytter dermed disse begrepene sammen (Schiøtz, 2003a, s. 233). En slik sammenslåing medfører at det er lett for at begrepene blandes og brukes om hverandre. Ettersom arvehygiene forsøker å få fotfeste i Norge med sin definisjon og tiltak for et renere samfunn kan vi argumentere for at dette var heterodoxa til Jervells posisjonering og den gjeldende doxa i feltet.

3.3.2.3 Sosialhygiene

Fra starten av nittenhundretallet og fram til andre verdenskrig var det altså fokus på å bedre folkehelse og ulike tiltak ble iverksatt. Mange av disse tiltakene var forankret i en tradisjon, som la til grunn at det er omgivelsene eller miljøet som former mennesket. Denne tradisjonen kalles for den sosialhygieniske tradisjonen (Schiøtz, 2017, s. 137). I motsetning til den biologiske forståelsen av verden og mennesket i eugenikken, hvor den menneskelige oppførselen og kroppen vår avgjøres biologisk, hevdet sosialhygiene at miljøet og sosialbestemte faktorer var fremtredende. Sosialhygiene som felt utviklet seg fra å bare omhandle klassisk hygiene, kampen mot smitte, til å være et mye videre begrep som

omhandlet hele det sosiale miljøet og dets påvirkende kraft på befolkningen og enkeltindividets helse. Alt fra boforhold og ernæring til yrke og samfunnsklasse spilte inn. Man gikk fra å identifiser og behandle sykdom til å forebygge sykdom, og fra å avsløre sykdommer og defekter til å gi råd og veiledning for en sunnere livsførsel (Schiøtz, 2003a, s. 226). Alfred Grotjahn, sosialhygienens “far” og tysk lege, mente at det var tre tiltak som kunne forbedre befolkningens og samfunnets helse. Først måtte individet selv innføre helse som et grunnprinsipp ved å endre atferd og levemåte. Videre måtte samfunnet og fellesskapet fjerne alle årsaker som kunne fremme sykdom. For det tredje måtte man som samfunn ta i bruk rasehygieniske tiltak og på denne måten hindre videre forplantning av fysiske og psykiske mindreverdige. Han mente at dette var den eneste måten å garantere en kroppslig basis for nasjonens styrke og kultur. Man måtte altså jobbe på to plan, samfunnet og individet (Schiøtz, 2003a, s. 226).

Felles for rase-, arve-, og sosialhygiene er at alle hadde det rene samfunn som ideal. Dog med ulike tilnærminger (Schiøtz, 2017, s. 143). Rasehygiene fokuserer på at enkelte raser har gode og rene verdier og egenskaper. Eugenikk, herunder arvelære, er rasenøytral, og mener at noen egenskaper er arvelige og at man kan påvirke dette ved å videreføre de gode egenskapene. Sosialhygienen på sin side mente at det sosiale miljøet og alt rundt påvirket befolkningens helse.

3.3.2.4 Hygieneprgrammet og kampen for bedre helse i Norge

Fra 1900-tallet var arve- og rasehygiene godt etablerte retninger innenfor vitenskapen, og man hadde integrert ord som mindreverdig, undermåls, og gode eller degenererte raseegenskaper (Schiøtz, 2003a, s. 224-225). Årsaken til at eugenikken, herunder arvehygiene, fikk så godt feste i Norge etter århundreskiftet kan nok tilskrives de sosiale omveltningene som foregikk i denne tiden. I denne perioden var det industrialisering og urbanisering. Mange mennesker tett samlet, hvorav en stor del var fattige, ga mange arbeidsledige, epidemier og høy dødelighet. Kriminaliteten og prostitusjon økte og de sosiale utfordringene var store (Schiøtz, 2017, s. 139-140).

De økonomiske og sosiale krisene som utspilte seg i Norge medførte politisk uro og påvirket uenighetene rundt samfunnsinteressene, og mange lot seg begeistre av enkle løsninger og ensidige forklaringer. Krisetiltakene som gagnet noen ville være til hinder for andre (Nielsen, 2014, s. 64). Begrepene nevnt over var også institusjonalisert og akseptert i lærebøker,

offentlig dokumentasjon og opplysningslitteratur. Man fremmet et behov for å skape en høyverdig menneskerase ved å utrydde dårlige arveegenskaper (Schiøtz, 2003a, s. 224-225).

Norge skulle bli en “kulturnasjon” i likhet med resten av Europas kulturnasjoner, og staten skulle sørge for å utvikle en befolkning som var frisk, ren, mett, mentalt veltilpasset og til dels åndelig dannet. Dødeligheten, og fremfor alt, spedbarnsdødeligheten skulle være lav. Man utarbeidet et forebyggende og helsefremmende arbeid for å fremme befolkningens fysiske og mentale helse ved å benytte seg av sosialhygiene og arvehygiene, som begge var tett knyttet opp mot hverandre, og som senere ble betegnet som hygieneprogrammet (Schiøtz, 2003a, s. 225). Områder som ernæring, bosted, personlig hygiene og fysisk fostring er blant flere av satsingsområdene til både stat og frivillige organisasjoner for å bedre folkehelsen i mellomkrigstiden. Man ville fremme tilveksten av sunne, tilfredse og produktive borgere (Schiøtz, 2017, s. 137). Andre igjen var kritisk og hevdet at disse tiltakene ville ha begrenset effekt med påstanden om at arv var årsaken til hvordan folk utviklet seg. Vitenskapen var grunnlaget for de ulike tiltakene og man hevdet sosialpolitikken, og da spesielt arvehygiene i stor grad ble påvirket av vitenskapen. Denne teoretiske kunnskapen om utviklingen av mennesket og dets arveegenskaper hadde som felles mål å bedre befolkningskvaliteten, deriblant hindre at såkalt “mindreverdige” mennesker skulle formere seg (Schiøtz, 2017, s. 137).

Hygieneprogrammet var et program som hadde til hensikt å forbedre folkehelsen både individuelt og i et samfunnsperspektiv. Faktorene for bedre helse inneholdt også forebyggende tiltak for å unngå at arvelige sykdommer og såkalte minusvarianter skulle videreføres. Tiltakene var preget av ideologiene om arvehygiene og sosialhygiene. (Schiøtz, 2003e, s. 236-237). To av de fremste innen sosialhygiene var skoleoverlege og professor i hygiene Carl Schiøtz og studentpolitikker, formann i Socialistiske Lægers forening og medisinaldirektør Karl Evang. De relaterte sosialhygiene spesielt til forebyggende helsearbeid innen fysisk fostring, ernæring og yrkeshygiene. Carl Schiøtz mente at hygien og fysiologien måtte ha en sammenheng, og da særlig vekstfysiologien. Han uttrykte at miljøstudier og fagkunnskap måtte ligge til grunne, og stilte spørsmål som hvordan ulik ernæring, fysisk aktivitet og arbeid virket inn på menneskene (Schiøtz, 2003a, s. 227). Selv utførte han en studie på skolebarn hvor han skulle se på den utbredte strumaen rundt Mjøsa, men endret studien underveis til å omhandle fysiologisk vekstutvikling. Han ønsket å finne en norm, undersøke ulikheter, og forklare hvorfor barn vokste ulikt.

Våren 1919 startet man masseundersøkelser på skolebarn i hovedstaden, hvor man registrerte vekt og høyde for å utarbeide en statistikk slik at man kunne fastslå standarder for fysiologisk vekst. I tillegg ble det utført kliniske undersøkelser og bedømmelse av lærere, leger og sykepleiere, og på bakgrunn av funnene man gjorde, begynte man å dele inn barna i ulike grupper, med egne grupper for de svakeste. Over tid ble disse masseundersøkelsene utvidet fra å bare gjelde ved skolestart til å inkludere flere undersøkelser i året, både frivillige og obligatoriske (Schiøtz, 2003e, s. 251). Tanken om å forebygge sykdom blir tydelig implementert i skolen. Noen av de frivillige undersøkelsene kunne inkludere undersøkelse ved avslutning av skolen, noe man kalte “undersøkelse for valg av livsstilling”, hvor legen anbefalte eller frarådet ulike yrkesvalg på bakgrunn av eleven sin fysiske helse. Her var det tydelig at legestanden og medisinen fikk stor makt og ansvar langt utover det fagfeltet de tidligere hadde hatt (Schiøtz, 2003e, s. 251). Målet med skolehelsearbeidet var svært tydelig, man ville utvikle sunnere, sterkere, større og renere barn. Det var enighet om at skolene selv ikke nødvendigvis var problemet, men dette var en utmerket arena for å drive forebyggende arbeid (Schiøtz, 2003e, s. 250). Dette sier noe om makten medisinen hadde i mellomkrigstiden. Det medisinske feltet fikk her påvirke barn, som er lett formbare, i hvilken kroppsfasong som var akseptert og hvilket yrke man skulle leve av. Det medisinske feltet setter en norm og former den fremtidige generasjonen inn i denne ved å gjennomføre jevnlig kontroll og tiltak for å forebygge og eventuelt korrigere overvekt. Sosialhygienien hadde dermed beveget seg bort fra at man alene skulle bekjempe sykdom med isolasjon og desinfeksjon til å forbedre befolkningens hygieniske vaner og forbedre motstandsdyktigheten mot sykdom (Schiøtz, 2003e, s. 250). Hensikten var, som nevnt over, at Norge skulle bli en kulturnasjon og i dette arbeidet utvikles det styrende reformer, som skoleprogrammet, hvor medisinen innehar makten til å definere standarder for menneskelig utvikling. Som Aina Schiøtz skriver, var man i mellomkrigstiden svært opptatt av rasjonalisme, standarder, og “normalitet”, og vitenskapen stod sterkt (Schiøtz, 2003e, s. 236).

Foruten om Carl Schiøtz var sosialhygieniker Karl Evang viktig for sosialhygienien og sosialpolitikken i Norge. Han var svært viktig for omorganiseringen av helsepolitikken og helsevesenet generelt (Schiøtz, 2003d, s. 201-202). Han var sosialhygieniker med tro på både arv og miljø, og sterk motstander av rasehygienien. Så sterkt at han gav ut en bok i 1934, *Rasepolitikk og Reaksjon*, hvor han gikk til angrep på den rasehygieniske ideologien. Han mente at man ikke kunne dele befolkningen inn i raser, og at den gamle tenkemåten om inndeling av befolkningen basert på hodeskalle mål, øyne og så videre var nettopp dette, gamle

ideer. Evang mente også at kapitalismen var grunnen til forskjellene i befolkningen, og at først når alle hadde like muligheter kunne man se på arv som faktor for sykdom (Schiøtz, 2003a, s. 231). Han jobbet også med ernæringsforskning, og var overbevist om at kostholdet var den viktigste miljøfaktoren med hensyn til hvordan mennesket utviklet seg, særlig med tanke på høyde, vekt, utseende, levealder, fruktbarhet og motstandsevne. Han gjorde tre kostholdsundersøkelser i løpet av 1930-tallet, hvor han undersøkte om kostholdet var fysiologisk forsvarlig hos fattige og økonomisk dårlig stilte. Evang var også sterkt politisk aktiv, noe han mente var hans plikt. I 1938 var han medisinaldirektør og nytt medlem i Arbeiderpartiet som hadde overtatt regjeringsmakten i 1935. I 1937 gav Arbeiderpartiet ut et hefte som sammenfattet grunntankene fra Evang sin kostholdsundersøkelse (Schiøtz, 2003a, s. 228).

Samfunnet i Norge på 1930 tallet hadde stort fokus på helseopplysning, herav hygieneprogrammet, som et ledd i et større samfunnsprosjekt om forbedring av folkehelsen. (Schiøtz, 2003e, s. 236). I 1932 gav Norges Røde Kors ut et hefte med tittelen "Pass på Helsen" til alle barn i daværende siste trinn i folkeskolen. Dette var et hefte som skulle forbedre folkehelsen og tok for seg blant annet viktigheten av lys og luft, et næringsrikt og sunt kosthold, fysisk fostring og personlig hygiene (Schiøtz, 2003e, s. 235). Denne utgivelsen fortsatte i mange år, og var en del av hygieneprogrammet i Norge i mellomkrigstiden, og tok i hovedsak for seg sosialhygieniske faktorer.

3.3.3 Avsluttende analyse av problematisering av overvekt i læreboken fra 1941

Norge har i perioden fram mot 1941 vært gjennom flere store epidemier, som kolera og spanskesyken. Det har vært dårlige kår og det har vært debatter rundt livskvalitet og kvaliteten på befolkningen. Doxa i medisinen er en detaljorientert logikk, hvor sykdommene i befolkningen knyttes opp mot arv og genetikk (jf. kap. 3.3.2). Selv om Vetlesen allerede i 1882 holdt foredrag på Hamar om arvelige sykdommer, deriblant tilbøyelighet for fedme som en arvelig faktor finner vi ikke noe direkte på dette i pensum for sykepleiere før Lærebok for Sykepleiersker i 1941 (jf. kap. 3.2). Det vil si at medisinen har posisjonert seg til overvekt før sykepleiefaget. Det var leger som skrev lærebøkene i sykepleien. På bakgrunn av de rådende logikkene i feltet og det sosiale rommet, kan vi anta at bruddet i 1941 har en sammenheng med Norge sitt ønske i mellomkrigstiden om å bli en kulturnasjon i likhet med andre nasjoner. Dette ble et springbrett for hygieneprogrammet og en storhetstid for helseopplysning (jf. kap. 3.3.2.4). Sykepleiere som en del av helsevesenet, skulle også formidle statens helseopplysning

og kan ha disponert for at Jervell skrev om overvekt i læreboken for sykepleiere i 1941 (jf. kap. 3.3).

I Norge hadde legene Carl Schiøtz og Karl Evang, begge sosialhygienikere, stor gjennomslagskraft (jf. kap. 3.3.2.4). De hadde begge høy sosial, kulturell og økonomisk kapital som godt utdannede leger i høye stillinger. Det førte til en posisjon i samfunnet som gjorde at de kunne posisjonere seg tydelig. Den forskningen de bedrev i lys av ideologiene som eugenikk og sosialhygiene, var tydelig viktig for hvordan helsepolitikken, hygienepolitikken og sosialhygienen fikk fotfeste i Norge. Karl Evang sin disposisjon og posisjon som svært politisk aktiv, disponerte for at han fikk politisk gjennomslag. Han var sentral når sosialhygienen ble en del av det politiske programmet, og dermed med på å flette politikken og medisinen sammen fra 30-tallet. Dermed flyttet doxaet som rådet i medisinen seg over til å råde i politikken også (jf. kap. 3.3.2.4).

Jervell sitt arbeid handlet for det meste om indremedisinske temaer og han har flere publikasjoner innenfor dette (Larsen, 1986, s. 594). Man kan anta at en av Jervell sine disposisjoner til å posisjonere seg til overvekt i 1941, var hans mange studieopphold i utlandet. Der fikk han kjennskap til en eugenisk tankegang som var fremtredende i flere av landene som han studerte i. USA og Storbritannia var to av de ledende pådrivere innenfor eugenikken (Kyllingstad, 2009), og Jervell oppholdt seg i begge disse landene i forbindelse med sin utdanning (Larsen, 1986, s. 594). Når Jervell studerte og agerte i et felt hvor doxa var, en naturvitenskapelig logikk om kropp, er det rimelig å anta at det har gitt ham disposisjoner for å opprettholde doxa i feltet. Han hadde også en posisjon som godt utdannet lege med høy kulturell og sosial kapital, som gav han muligheten til å posisjonere seg til overvekt (jf. kap. 3.3.1).

Jervell opptrådte i en tid hvor folkehelsen og helseopplysning er viktige posisjoneringer. Sosialhygienen, som blant annet var bygget på den eugeniske tankegangen, hadde fått fotfeste i Norge og var blitt innlemmet som politisk program (Nielsen et al., 2000, s. 105; Schiøtz, 2003e, s. 236). Jervell med sin høye sosiale og kulturelle kapital var en del av dette miljøet hvor doxa var å forbedre folkehelsen ved å utrydde sykdom. Når vi også har sett eksempler på at fedme ble definert som en sykdom i medisinen (Vetlesen, 1883, s. 6), kan vi anta at ønsket om å utrydde fedme og overvekt var en del av arbeidet med å forbedre folkehelsen i medisinen, politikken og samfunnet forøvrig. Vi vet også hvor viktig kosthold og fysisk aktivitet var for sosialhygienen og hygieneprogrammet i Norge på denne tiden (Schiøtz, 2003e, s. 235). Det at Jervell blir opplært i en tid hvor arve- og sosialhygiene står sentralt i

medisinen kan ha disponert for at han posisjonerte seg om overvekt i lærebok i sykepleie i 1941.

3.4 Posisjoneringene om overvekt som oppstod i 1941 står ved lag i lærebøker i sykepleie som henvender seg til de som tar 3-årig grunnutdanning i sykepleie

Ovenfor har vi beskrevet og forklart hvordan det kunne ha seg at det oppstod et brudd i 1941, da den første læreboken posisjonerte seg om overvekt oppstod (Jervell et al., 1941). Nedenfor har vi argumentert for at posisjoneringene om overvekt som oppstod i 1941 har vedvart frem til vår tid, og kan bidra til å forklare hvordan det kan ha seg at lærebøker i sykepleie i vår tid posisjonerer seg som de gjør om overvekt (jf. forskningsspørsmål 3). Posisjoneringene om overvekt handler om avmagring og forebygging av fedme (jf. kap. 3.4.1), rangering av kropper med ulik vekt (jf. kap. 3.4.2), negative karakteristikker av overvektige (jf. kap. 3.4.3), respekt for overvektige (jf. kap. 3.4.4), slanking før kirurgi (jf. kap. 3.4.5) og i 2021 om overvekt som eit samfunnsproblem (jf. kap. 3.4.6).

3.4.1 Avmagring og forebygging av fedme

I læreboken i sykepleie som kom ut i 1941 ble det argumentert for at pasienter skulle avmagres og at fedme måtte forebygges (Jervell, 1941, s. 97; Jervell, 1960, s. 202; Natvig, 1941, s.15). En overvektig kropp var ikke forenelig med god helse og skulle forebygges og korrigeres. Det argumenteres for slanking (Borchgrevink, 1968, s. 153; Almås et al., 1985, s. 347; Almås, 1992, s. 413; Almås & Kondrup, 2001, s. 508-509; Bjerkreim, 1996, s. 328; Jacobsen & Bye, 2015, s. 648; Kristoffersen, 2021b, s. 241). I de nyere lærebøkene ser vi at kunnskapen om overvekt øker, og man får et mer nyansert bilde av årsaker og behandling av overvekt. Selv om overvekt blir sykliggjort og gir risiko for sykdom, er ikke slanking den eneste løsningen (Kristoffersen, 2021b, s. 202).

Som vi så i sosialhygieneprogrammet (jf. kap. 3.3.2.4) var mye av satsingen på forebygging og da spesielt forebyggende tiltak rettet mot barn. Læreboken til Jervell fra 1941 kom i ny revidert versjon i 1960, fortsatt med legen Jervell som hovedredaktør og flere sykepleiere i redaksjonskomiteen (Jervell et al., 1960, s. 1). Her argumenteres det for at barn skal veies årlig og de deles deretter inn etter kroppstypene slank, normal eller romslig (Natvig, 1965, s. 128). Dersom barnet er overvektig skal det fremstilles for skolelegen for å se etter underliggende sykdommer (Natvig, 1965, s. 130). I læreboken som kom ut i 1968 blir det

også argumentert for årlig kontroll av høyde og vekt blant vokse ved hjelp av bedriftsundersøkelser (Natvig, 1968, s. 149), og forebygging av overvekt er gjennomgående i læreboken som brukes i bachelorutdanningen i sykepleie (Aagaard, 2021, s. 297).

3.4.2 Rangering av kropper med ulik vekt

Som nevnt i kapittelet 3.4.1 startet man med gruppering av barns kroppstyper i 1965 (Natvig, 1965, s. 128). Klassifisering av kroppsvekt fortsatte og standarden for overvekt har vært justert gjentatte ganger (Almås et al., 1985, s. 347; Almås & Kondrup, 2001, s. 507; Bjerkreim, 1996, s. 318; Storesletten, 1971, s. 529).

Fra 2001 har det vært argumentert for bruken av BMI-tabellen (jf. kap. 1.1), med ulike referanseverdier for menn og kvinner (Bjerkreim, 1996, s. 318). I læreboken fra 2010 endres navnet fra body-mass index (BMI) til det norske kropps masseindeks (KMI). I boken som kom i 2015 påpekes det en rekke svakheter med KMI-tabellen, blant annet kan personer med høy muskelmasse risikere å bli klassifisert som overvektige. Midjemål introduseres som en bedre metode for å definere overvekt, med ulike referanseverdier for menn og kvinner (Jacobsen & Bye, 2015, s. 640-649). Selv om KMI-tabellen kritiseres for sin unøyaktighet brukes den i dagens lærebok i grunnleggende sykepleie (Aagaard, 2021, s. 281).

3.4.3 Negative karakteristikk av overvektige

Lærebøkene i sykepleie fra perioden 1941-2009 inneholder flere negative karakteristikk av overvektige pasienter. I 1968 beskrives de overvektige som grådige, intelligente, og følelsesmessig umodne (Askevold, 1968, s. 39). Forfatterne går også langt i å antyde at overvektige ikke er tiltalende utseendemessig og at det kan oppleves som skjemmende. Adipositas diagnostiseres når det er kosmetiske skjemmende eller når det oppstår subjektive plager (Storesletten, 1971, s.530; Storesletten, 1971, s. 529). I 2010 tas det et oppgjør med sammenligninger som nå oppfattes som negativt ladede. Belastede ord som “tomatansikt”, “bøffelnakke” og lignende skal ikke brukes som beskrivelser. Til tross for at de kan være billedlig og lett å forstå kan ordene gi negative assosiasjoner og bør derfor unngås (Almås et al., 2010, s. 549). Disse negative karakteristikkene opphører i 2010.

3.4.4 Vise respekt for overvektige

I 1985 nyanseres den entydige posisjonen til overvekt. Det er fortsatt problematisert, men nå bes sykepleierne om å utvise hensyn og være respektfulle i form av å ha store nok klær til de overvektige pasientene (Almås et al., 1985, s. 350). Sykepleieren skal utvise

respekt for pasientene og utvise ekstra omtanke for de overvektige pasientene. Overvektige pasienter har ofte et negativt forhold til kroppen sin og bør derfor slippe den ekstra byrden ved at de avdekkes unødvendig (Almås et al., 1985, s. 350). I læreboken fra 1972 refereres det til en studie der sykepleierne skulle rangere pasientene etter hvor godt de likte dem. Her fremkom det at pasienter, med blant annet fedme, var betraktelig mindre populær enn andre pasienter og at sykepleierne oppførte seg annerledes overfor disse pasientene. Sykepleierne skal ha utvist en oppførsel med irritasjon, kjefting og latterliggjøring. (Almås et al., 1985, s. 19). Anmodningen om å vise overvektige respekt blir opprettholdt i lærebøker frem til vår tid (Almås, 1992, s. 451; Bjerkreim, 2001, s. 323; Aagaard, 2021, s. 460).

3.4.5 Vektnedgang før kirurgi

Overvekt problematiseres i forhold til operasjoner og det anbefales å slanke seg før kirurgi. Det ansees for å være betraktelig høyere risiko ved operasjon ved overvekt enn ved normal vekt (Almås et al., 1985, s. 119). Kirurgi av overvektige bør kun gjennomføres dersom det er helt nødvendig. Forfatteren hevder farene ved operasjon er for store til at kirurgi bør gjennomføres før overvektige pasienter har gått ned i vekt (Almås et al., 1985, s. 347; Almås, 1992, s. 413). Overvektige pasienter har følgelig ikke hatt samme tilgang på helsetjenester som de normalvektige.

I tillegg til å argumentere for vektreduksjon før kirurgi, har det i perioden 2001-2010 blitt argumentert for at vektreduksjon kan bidra til færre per- og postoperative komplikasjoner (Almås & Berntzen, 2001, s.157; Berntzen et.al., 2010, s. 281).

3.4.6 Overvekt – et samfunnsproblem

Kristoffersens (2021) lærebok i grunnleggende sykepleie som er i bruk i bachelorutdanningen i sykepleie i dag, er delt inn i tre bind. Det er mye fokus på overvekt og fedme i alle de tre bindene. Både bind en og bind tre skriver om hvor omfattende overvektsproblemet er, og at sykdomsbildet de siste 100 årene har endret seg fra å omhandle infeksjonssykdommer til å nå gjelde livsstilssykdommer, deriblant fedme og overvekt (Kristoffersen, 2021a, s. 82; Kristoffersen, 2021b, s. 202). Overvekt er ikke bare pasienten sitt ansvar og problem, men også politikernes og samfunnets som en helhet (Kristoffersen, 2021a, s. 87, s. 128). Samfunnspektivet på overvekt som var sentralt både i eugenikken og sosialhygien (jf. kap 3.3.2.4), står med andre ord ved lag i vår tid.

Eugenikken, og særlig sosialhygien, ønsket å bygge opp et sterkt samfunn ved hjelp av sunne, produktive og veltilpassede mennesker (Schiøtz, 2017, s. 137). Hygieneprogrammet

ble innført for å forbedre folkehelsen, blant annet ved å fremme fysisk fostring og god ernæring (Schiøtz, 2003a, s. 225, s. 235).

3.4.7 Posisjonen og disposisjonen til forfatterne av lærebøker som henvende seg til de som tar 3-årig grunnutdanning i sykepleie

I 1967 ble læreboken til Jervell avløst av læreboken *Lærebok for sykepleierskoler* (Lerheim et al., 1967). Før 1967 hadde leger dominert som lærebokforfattere i sykepleie. Fra 1967 og frem til 2021 har lærebøker i sykepleie hatt sykepleiere som redaktører, men til 2015 var legene fremdeles representert som kapitelforfatter eller som en del av redaktørkomiteen. Profesjonaliseringen av sykepleie som oppstod i etterkrigstiden kan bidra til å forklare at sykepleierne ble redaktører (Boge, 2008, s. 56-61).

I denne delen av studien ble det for omfattende å gjøre detaljerte analyser av alle lærebokforfatters disposisjoner, men andre studier viser at sykepleierne som agerte som lærebokforfattere i perioden 1967-2021 var blant de høyest utdannede sykepleierne i Norge, med tilhørende kulturell-, økonomisk- og sosial kapital (Kristiansen, 2020, s. 51)

Lærebøkene i sykepleie befinner seg i det pedagogiske feltet, men beveger seg inn i det medisinske feltet da bøkene er produsert for elever/studenter som skal agere i det medisinske feltet. Siden 1967 er det sykepleiere som er redaktører for lærebøkene i 3-årig sykepleieutdanning med innspill fra flere andre yrkesgrupper. Sykepleierne har i stor grad overtatt ansvar for egen profesjon og dermed overtatt noe av det som tidligere var legene sin posisjon (Skaset, 2003, s. 545). I kampen, som har foregått i dette sosiale rommet har sykepleierne tilegnet seg høyere kulturell kapital hvor legene har måtte gi fra seg noe av sin kapital innenfor sykepleiefaget. Disposisjonene, og særlig posisjonene, til sykepleierne har endret seg gjennom historien. De som er redaktører for lærebøker i sykepleie kan i vår tid ha mye kulturell-, økonomisk- og sosial kapital. Et eksempel i så måte er Nina Jahren Kristoffersen. Fra 1996 og frem til 2021 har Kristoffersen hatt en dominant posisjon som redaktør for lærebøker i grunnleggende sykepleie som er beregnet på bachelorutdanninger i sykepleie (Kristoffersen et al., 1996; Kristoffersen, 2021). Det er hovedsakelig Kristoffersen som har posisjonert seg til overvekt i den siste boken (Kristoffersen, 2020b, s. 202).

Kristoffersen er sykepleier med hovedfag og doktorgrad i sykepleievitenskap, er førsteamanuensis ved sykepleierhøgskolen i Østfold hvor hun også har hatt ansvar for programutvikling og læreplanen i grunnutdanningen og medvirkende til studieplaner for videreutdanninger innenfor sykepleie (Kristoffersen et al., 1996). Hennes posisjon disponerer

for at hun kan agere som doxabærer både i det pedagogiske feltet som hun agerer i og i det medisinske feltet som hun henvender seg til (jf. kap. 2.6.1 om doxa).

Problematismen av overvekt som oppstod i læreboken til Anton Jervell i 1941, har stått ved lag helt frem til vår tid. Sykepleierne som skriver lærebøker som er rettet mot de som tar 3-årig utdanning i sykepleie har videreført den medisinske logikken som oppstod i medisinen på slutten av 1800-tallet og som ble nedfelt i læreboken til Jervell i 1941 (jf. kap. 3.3 & 3.3.2).

3.5 1955-2021: Lærebøker i operasjonssykepleie posisjonerer seg i liten grad til overvekt

I kapittel 3.3 og i kapittel 3.4 så vi at lærebøker som henvender seg til de som tar tre-årig utdanning i sykepleie, har hatt mange posisjoneringer om overvekt i perioden 1941 - 2021. Nedenfor argumenterer vi for at det er få posisjoneringer om overvekt i lærebøker som retter seg mot sykepleiere som tar videreutdanninger og mastergrader i operasjonssykepleie.

Den første boken i operasjonssykepleie, *Operasjonsstueteknikk* fra 1955 posisjonerer seg ikke til overvekt (Hillestad, 1955). Den reviderte utgaven i 1978 posisjonerte seg til overvekt ved å ha beskrivelse av en prosedyre for adipositasoperasjoner (Hillestad et al., 1978, s. 229-231).

I læreboken i operasjonssykepleie fra 2009 som retter seg mot operasjonssykepleiefagets innhold, handling og holdning (Dåvøy et al., 2009, s. 5). I denne boken posisjonerer forfatterne seg til overvekt i forbindelse med leiring fordi det kan medføre komplikasjoner for pasienten (Hansen & Brekken, 2009, s. 227, s. 233). I 2018 kom *Operasjonssykepleie* i revidert utgave og nå med et eget avsnitt om overvekt under kapittelet om leiring. Det blir argumentert for at ryngleie er utfordrende og særlig trendelenburgleie bør unngås grunnet respiratoriske utfordringer (Hansen & Brekken, 2018, s. 339). I avsnittet om overvektige pasienter problematiseres overvekt i forhold til ulike komplikasjoner som trykksår, venetrombose og rbdomyolyse (Hansen & Brekken, 2018, s. 339). Posisjoneringen til overvekt i bøkene viderefører doxa om overvekt i en naturvitenskapelig logikk (jf. kap. 3.3.5).

3.5.1 Forfatterens posisjoner og disposisjoner i lærebøkene for operasjonssykepleie

Redaktører for lærebøker er på mange vis bærere av fagets doxa. I Norge er det fire personer som har agert som redaktører for lærebøker i operasjonssykepleie; Borghild Hillestad, Grethe Dåvøy, Petrin Eide og Ingeborg Hansen (jf. tabell 5). Selv om posisjoneringene om overvekt

er skrevet av andre kapitelforfattere i lærebøkene fra 2009 og 2018, er det redaktørene som har siste ordet. Vi har derfor konsentrert oss om å konstruere habitusen til redaktørene.

Tabell 5: Lærebøker i operasjonssykepleie

| År: | Forfatter: | Tittel: |
|------|---------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1955 | Borghild Hillestad | Operasjonsstue-teknikk |
| 1978 | Borghild Hillestad (red.) | Håndbok for operasjonssykepleiere |
| 2009 | Grete Dåvøy, Petrin Eide & Ingeborg Hansen (red.) | Operasjonssykepleie |
| 2018 | Grete Dåvøy, Petrin Eide & Ingeborg Hansen (red.) | Operasjonssykepleie |

I 1955-2008, det vil si i over 50 år, hadde operasjonssykepleier Borghild Hillestad posisjonen som redaktør for lærebøker i norsk operasjonssykepleie (Hillestad 1955, s.XI, Hillestad et.al., 1978, s. 5). Den reviderte utgaven som kom i 1978 inneholdt flere forfattere og ble revidert i samarbeid med Norsk Sykepleieforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere. I forordet beskrives boken for sykepleiere av sykepleiere. Det krediteres likevel en mengde leger som har bidratt til innholdet om kirurgiske inngrep (Hillestad et.al., 1978, s. 5). Komiteen som reviderte innholdet har alle posisjon som sykepleiere, dog med høyere kapital i form av å være sjef-, over-, og operasjonssykepleiere, og som de påpeker, under veiledning og korrigerer av leger. Samtlige besitter høy kapital innenfor det medisinske feltet og dette disponerer for at de får agere i det pedagogiske feltet som produserer kunnskap for det medisinske feltet (jf. kap. 3.3.1)

Tabell 6: Hillestads posisjon, disposisjoner og posisjoneringer

| Navn: | Posisjon: | Disposisjoner: | Posisjoneringer: |
|--------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Borghild Hillestad | Operasjonssykepleier, lærer i operasjonssykepleie | Høy kulturell kapital Høy økonomisk kapital Høy sosial kapital | Beskriver prosedyre ved overvektskirurgi |

I perioden 2009-2022 er det Grethe Dåvøy, Petrin Eide og Ingeborg Hansen som har agert som redaktører for lærebøker i operasjonssykepleie (Dåvøy et al., 2009; Dåvøy et al., 2018).

Dåvøy, Eide og Hansen argumenterer for at leiringen kan være utfordrende dersom pasienten er overvektig, samt at overvektige pasienter er mer utsatt for komplikasjoner i forbindelse med operasjon (Hansen & Brekken, 2009, s. 227, s. 233; Hansen & Brekken, 2018, s. 339).

Ifølge veilederen vår, Jeanne Boge, kommer Grethe Dåvøy og Petrin Eide fra familier som har relativt mye kulturell-, sosial- og økonomisk kapital.

Grethe Dåvøy er en operasjonssykepleier med over 20 års erfaring som operasjonssykepleier/lærer i operasjonssykepleie. Hun er gift inn i en familie med høy kulturell-, økonomisk- og sosial kapital. Hennes mann er bror til Laila Dåvøy. Laila Dåvøy var forbundsleder for Norsk Sykepleierforbund i perioden 1992-1998. I perioden 1999-2005 var hun minister og i perioden 2005-2013 var hun stortingsrepresentant.

Petrin Eide er en operasjonssykepleier med over 20 års erfaring som operasjonssykepleier/lærer i operasjonssykepleie. Eide er også faggrupeleder for norske operasjonssykepleiere. Eides far var professor i psykologi og hennes mor var oversykepleier på Haukeland sykehus. Eide kommer med andre ord fra en familie med høy kulturell-, økonomisk- og sosial kapital.

Ingeborg Hansen var også operasjonssykepleier med lang erfaring som operasjonssykepleier og lærer i operasjonssykepleie. Vi har ikke lyktes i å finne mer om hennes bakgrunn, og kan derfor ikke si mer om hennes kapital.

Dåvøys og Eides kapitaler kan ha disponert for at de er de som har posisjonert seg som redaktører for lærebøker i operasjonssykepleie de siste 13 årene.

Tabell 7: Dåvøy, Eide og Hansens posisjon, disposisjoner og posisjoneringer

| Navn: | Posisjon: | Disposisjoner: | Posisjoneringer om overvekt: |
|--------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grethe Dåvøy | Operasjonssykepleier, Lærer i operasjonssykepleie | Høy kulturell kapital Høy økonomisk kapital Høy sosial kapital | Utfordring ved leiring av overvektige. Risiko for komplikasjon i forbindelse med operasjon ved overvekt |

| | | | |
|--------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Petrin Eide | Operasjonssykepleier, Lærer i operasjonssykepleie | Høy kulturell kapital Høy økonomisk kapital Høy sosial kapital | Utfordring ved leiring av overvektige. Risiko for komplikasjon i forbindelse med operasjon ved overvekt |
| Ingeborg Hansen | Operasjonssykepleier, Lærer i operasjonssykepleie | Høy kulturell kapital | Utfordring ved leiring av overvektige. Risiko for komplikasjon i forbindelse med operasjon ved overvekt |

Det at det er krav om tre-årig grunnutdanning i sykepleie før man kan starte på norske operasjonssykepleierutdanning, kan ha disponert for at Hillestad, Dåvøy og Eide i liten grad problematiserer overvekt, fordi lærebøker i grunnleggende sykepleie har gjentatte ganger argumentert for at overvektige pasienter skal gå ned i vekt før kirurgiske inngrep (jf. kap. 3.4.5). De overvektige pasientene hører med andre ord ikke hjemme på operasjonsstuen da de må slanke seg før de kan bli operert.

4.0 Reproduksjon av eugenikk-inspirerte kroppsideal

Denne studien startet på bakgrunn av en undring over at de ansatte på norske operasjonsstuer posisjonerte seg negativt til overvektige pasienter. Vi har argumentert for at slike negative posisjoneringer kan forstås og forklares i lys av posisjoneringer om at overvektige helst ikke bør bli operert (jf. kap. 3.4.5). At det kan være vanskelig å bli operert om man er overvektig kan forstås som en form for symbolsk vold (jf. kap. 2.1). Symbolsk makt er en usynlig makt som vedvare ved at den ikke erkjennes. Når ingen adresserer eller verbaliserer makten godtar man at den eksisterer. Slik videreføres den usynlige makten og virker naturlig (Bourdieu, 1996, s. 38-43). De som besitter makten, har makt til å definere og reproducere for eksempel doxa om hva som anses å være normal vekt og hva som anses for å være unormal vekt. For at agentene skal akseptere, for eksempel normene for normal vekt/overvekt, må normene legitimeres. Utdanninger, for eksempel utdanninger i sykepleie og grunnleggende sykepleie, kan fungere som institusjoner med legitimerende makt (Wilken 2006, s. 68-71).

Lærebøker i sykepleie agerer som doxabærere og viderefører/opprettholder doxa om overvekt. Doxa er bestemt av de med høyest kapital i det medisinske feltet, legene. I kapittel 3.3.2.1 så vi at norske leger har understøttet eugenikken, med tilhørende kroppsideal. Slike kropper skulle bidra til å fremme samfunnshygiene (jf. kap. 3.3.2.4). Fra 1941 har eugenikk-inspirerte kroppsideal blitt nedfelt i lærebøker i norsk sykepleie (jf. kap. 3.4). Frem til vår tid har disse idealene blitt reproduisert av sykepleiere i lærebøker i sykepleie (jf. kap. 3.4.7). For eksempel i form av KMI tabellen (jf. kap. 3.4.2). Selv om man er klar over at KMI ikke egner seg til individuell bruk, blir den reproduisert. Men det kan være at de som agerer som forfattere av lærebøker i sykepleie ikke er klar over den symbolske makten de utøver når de reproducerer eugenikk-inspirerte kroppsideal. Det kan være at lærebokforfattere og andre som agenter i det medisinske feltet ikke er klar over hvor ideologiene som problematiserer overvekt stammer fra. For symbolsk makt er en usynlig makt som vedvare ved at den ikke erkjennes (Bourdieu, 1996, s. 38-43).

Å være deltager i kampen om kapital i det sosiale feltet gjøres ikke uten risiko og kapitalen man besitter er av betydning for gjennomslagskraften man har (jf. kap.2.6.1). Av egne erfaringer, som nylige operasjonssykepleierstudenter, vet vi at som student er det forventet at man følger de regler og væremåter som allerede eksisterer. Man anses for å være nederst i det hierarkiske systemet og man innehar minst kulturell kapital. Som Bourdieu påpeker, opponerer man ikke mot doxa i et felt uten at det kan bli konsekvenser, og konsekvensen kan

være at man ikke lenger får agere i feltet (Wilken, 2006, s. 43) (jf. kap. 2.1). Det at studentene godtar premissene om at kunnskapen de tilegner seg er den naturlige sannhet, kan bidra til at maktforhold og doxa om for eksempel overvekt reproduseres (Wilken, 2006, s. 68).

4.1 Videre forskning

Det kunne vært interessant å gjennomføre en observasjonsstudie, intervju eller selvrapportering for å gjøre nærmere undersøkelser av helsepersonell sine posisjoneringer til overvektige pasienter.

5.0 Referanseliste

- Almås, H., Areklett, E., Fagermoen, M. S., Farmen, M. E., Flakne, S., Fodstad, G., ..., & Valand, E. (1985). *Medisinsk og kirurgisk sykepleie*. Universitetsforlaget.
- Almås, H. (1992). Sykepleie til pasienter med ernæringsforstyrrelser. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie*. Universitetsforlaget.
- Almås, H., & Berntzen, H. (2001). Generell preoperativ sykepleie. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie. B. 1* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Almås, H., & Kondrup, J. (2001). Sykepleie til pasienter med ernæringsproblemer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie*. (Bd. 1., 3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Almås, H., Førsum, A. J., & Martinsen, L. A. (2010). Sykepleie ved endokrine sykdommer. I H. Almås, D. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie. 1* (4. utg.). Gyldendal akademisk,
- Askevold, F. (1968). Psykosomatisk medisin. I K. Lerheim, C. Borchgrevink, O. Breiland, & R. Juvkam (Red.), *Lærebok for sykepleieskoler. 6: Psykiatri*. Fabritius.
- Austgard, K. I. B., & Hovland, B. (2017). *Rikke Nissen: I kamp og kjærlighet: Norges første sykepleielærer*. Verbum.
- Berntzen, H., Almås, H., Gran Bruun, A. M., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Grønseth, R. (2010). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie. 1* (4. utg.). Gyldendal akademisk.
- Bjerkreim, T. (1996). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen (Red.), *Generell sykepleie. 3: Pasient og sykepleier: Kropp, omgivelser og metoder*. Universitetsforlaget.
- Borchgrevink, C. (1968). Diettlære. I K. Lerheim, C. Borchgrevink, O. Breiland, & R. Juvkam (Red.), *Lærebok for sykepleieskoler: Diagnostikk og terapi: Bd. X*. Fabritius.

- Blackburn, H., & Jacobs, D., Jr. (2014). Commentary: Origins and evolution of body mass index (BMI): continuing saga. *International Journal of Epidemiology*, 43(3), 665–669.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyu061>
- Boge, J. (2008). *Kroppsvask i sjukepleia*. [Doktoravhandling. Universitetet i Bergen.]
- Boge, J. H. (2021). A praxeological approach to constructions of social science. *Praxeologi – Et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker*. (3).
<https://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). Akademisk Forlag.
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolisk makt: Artikler i utvalg* (A. Prieur, Overs.). Pax Forlag.
- Bourdieu, P. (2007). *Viten om viten og refleksivitet: Forelesninger holdt ved Collège de France 2000-2001*. (T. Slaatta Overs.). Pax Forlag.
- Brandser, Y. E., Boge, J. H., & Petersen, K. A. (2014, 27. juni). *Søknad avslått, rett i søpla?* Sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2014/06/soknad-avslatt-rett-i-sopla>
- Bratland-Sanda, S., Vikøren Myhre, T. H., & Tangen. (2019). Treningsentre, fitness og folkehelse—Aktiviteter, verdier og paradokser. I E. Å. Skille, I. B. Vedøy, & K. R. Skulberg (Red.), *Folkehelse: En tverrfaglig grunnbok* (2.utg.). Oplandske bokforlag.
- Callewaert, S. (2014). Habitus. I L. B. Brønsted, C. Jørgensen, M. Mottelson, & L. Muschinsky (Red.), *Ny pædagogisk opslagsbog* (1. utg., s. 165-170). Hans Reitzels Forlag.
- Christophersen, E. (1995). *Vestfold i krig: Jubileumsutgave 1945-1995*. (2.utg.). Bokkomitéen Vestfold i krig.
- Dahl, M.B (2020). *Dagkirurgi – en helsepolitisk effektiviseringsstrategi?: En praxeologisk registrantanalyse av statlige føringer for dagkirurgi, 1995-2020*. [Masteroppgave, Høgskolen på Vestlandet]. HVLOpen.
<https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2666964>

- Damkjær, S. (2004). Bourdieus selvanalyse og arv—Om «Esquisse pour une auto-analyse». *Forum for Idræt*, 20(1). <https://doi.org/10.7146/ffi.v20i1.31711>
- Dåvøy, G. M., Eide, P. H., & Hansen, I. (Red.). (2009). *Operasjonssykepleie*. Gyldendal akademisk.
- Dåvøy, G. M., & Andersen, B. (2009). Operasjonsavdelingen. I G. M. Dåvøy, P. Eide, & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* Gyldendal Akademisk.
- Eide, P. H., & Lockertsen, J.-T. (2018). Operasjonssøstrene og operasjonsstuene. I G. Dåvøy, P. H. Eide, & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg., s. 18–27). Gyldendal akademisk.
- Eknoyan, G. (2008). Adolphe Quetelet (1796–1874)—The average man and indices of obesity. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 23(1), 47–51. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfm517>
- Folkehelseinstituttet. (2015, 1. mars). *Kroppsmasseindeks (KMI / BMI) og helse*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning. (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning* (FOR-2021-10-26-3095). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3095?q=operasjonssykepleier>
- Grøn, K., & Widerøe, S. (1921). *Haandbok i sykepleien*. Aschehoug.
- Hansen, L. J. (2020, 25. februar). Carl Semb. I *Norsk biografisk leksikon*. http://nbl.snl.no/Carl_Semb
- Hansen, I., & Brekken, R. S. (2009). Leiring av pasienten på operasjonsbordet. I G. A. M. Dåvøy, P. H. Eide, & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie*. Gyldendal akademisk.
- Hauge, B. S. (2020). *Avgjørelser i klinikken: En praxeologisk studie om myndighet mellom leger og sykepleiere i en ortopedisk klinikk ved et norsk sykehus, og om forholdet mellom evidensbasert og erfaringsbasert kunnskap som forskrift for medisinske avgjørelser* [Masteroppgave, Universitetet i Bergen]. BORA. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/23116>

- Hillestad, B. (1955). Operasjonsstueteknikk. Fabritius.
- Hillestad, B., Gjendem, S., Hansen, R. K., Olsen, K. U., & Sverreson, E. (Red.). (1978). *Håndbok for operasjonssykepleiere* (2. utg.) Fabritius.
- Horne, R. (2016). «Like barn leikar best»: Ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengande barn og unge [Doktoravhandling, Universitetet i Bergen].
Nasjonalbiblioteket. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2020092207776
- Jacobsen, E. L., & Bye, A. (2015). Ernæring. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken. 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Jervell, A. (1941). Kosthold og diétlære. I A. Jervell, G. Arentz, K. E. Moe, M. Asbjørnsen, & A. Himestad (Red.), *Lærebok for sykepleiersker. II*. Fabritius.
- Jervell, A., Arentz, G., Moe, K. E., Asbjørnsen, M., & Himestad, A. (Red.). (1941). *Lærebok for sykepleiersker*. (Bd. 1-3). Fabritius.
- Jervell, A., Woland, G., Hunskaar, R., Thomassen, E., Nymoene, H., & Thomassen, A. (Red.). (1960). *Lærebok for sykepleiere. 1: Alminnelig sykepleie* (3. utg.). Fabritius.
- Jervell, A. (1960). Diéttlære. I A. Jervell, G. Woland, R. Hunskaar, E. Thomassen, H. Nymoene, & A. Thomassen (Red.), *Lærebok for sykepleiere. 7: Sosialmedisin, hygiene, kostlære, diéttlære* (3. utg.). Fabritius.
- Järvinen, M. (2013). Pierre Bourdieu. I H. Andersen & L. B. Kaspersen (Red.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (5. utg.). Hans Reitzels forlag.
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv - ny forståelse: Sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Gyldendal akademisk.
- Kaurin, E. (1879). *Sygepleiersken: Kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd*. Cammermeyer.
- Kristiansen, E. H. F. (2020). *MUNNBINDPRAKTIKKER VED KIRURGISKE INNGREP / ET PRAXEOLOGISK PERSPEKTIV* [Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet].

https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopenxmlui/bitstream/handle/11250/2668063/Master_Kristian_sen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A., & Grimsbø, G. H. (Red.). (1996). *Generell sykepleie*. (Bd. 1-3). Universitetsforlaget.
- Kristoffersen, N. J. (2021a). Helse og sykdom—Utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. H. Grimsbø, (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2021b). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utgave). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal S.A & Grimsbø, G.H. (Red.) (2021) *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utgave). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal S.A & Grimsbø, G.H. (Red.) (2021) *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utgave). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal S.A & Grimsbø, G.H. (Red.) (2021) *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utgave). Gyldendal.
- Kropp, K. (2009). Registrantanalyse: Historiseringen af et felt via dokumenter. I O. Hammerslev, J. A. Hansen, & I. Willig (Red.), *Refleksiv sociologi i praksis: Empiriske undersøgelser inspirert af Pierre Bourdieu*. Hans Reitzels forlag.
- Kyllingstad, J. R. (2019, 27. august). Eugenikk. I *Store medisinske leksikon*.
<http://sml.snl.no/eugenikk>
- Larsen, Ø. (Red.). (1986). *Norges leger: 1986*. (12. utg.). Den Norske lægeforening.
- Larsen, Ø. (2009). Haakon Natvig. I *Norsk biografisk leksikon*. http://nbl.snl.no/Haakon_Natvig
- Lerheim, K., Borchgrevink, C., Breiland, O., & Juvkam, R. (Red.). (1967). Lærebok for sykepleieskoler. I *Lærebok for sykepleieskoler*. Fabritius.

- Løvmo, C.T. & Vevle, M.S. (2021). *Maktmisbruk på operasjonssalen?: en praxeologisk studie om operasjonssykepleierens holdning til overvektige pasienter og hvor disse kommer fra* [Eksamensoppgave]. Høgskulen på Vestlandet.
- Moseng, O. G. (2012). *Framvekst og profesjonalisering. Norsk sykepleieforbund gjennom 100 år (1912-2012)*. Akribe.
- Müller, C. (1921). Sykepleie ved indre sykdomme. I K. Grøn & S. Widerøe, *Haandbok i sykepleien*. Aschehoug.
- Myhre, J. E. (2020, 21. oktober). *Befolkningsøkningen*. Norgeshistorie.
<https://www.norgeshistorie.no/bygging-av-stat-og-nasjon/1406-befolkningsokningen.html>
- Natvig, H. (1941). Personlig hygiene. I A. Jervell, G. Arentz, K. E. Moe, M. Asbjørnsen, & A. Himestad (Red.), *Lærebok for sykepleiersker. II*. Fabritius.
- Natvig, H. (1965). Hygiene. I A. Jervell, G. Woland, R. Hunskaar, E. Thomassen, H. Nymoen, & A. Thomassen (Red.), *Lærebok for sykepleiere. 7: Sosialmedisin, hygiene, kostlære, diettlære* (3. utg.). Fabritius.
- Natvig, H. (1968). Helseundersøkelser. I K. Lerheim, C. Borchgrevink, O. Breiland, & R. Juvkam (Red.), *Lærebok for sykepleieskoler. 2: Forebyggende helsearbeid og sosialmedisin*. Fabritius.
- Nielsen, T. H., Monsen, A., & Tennøe, T. (2000). *Livets tre og kodenens kode: Fra genetikk til bioteknologi: Norge 1900-2000*. Gyldendal akademisk.
- Nissen, R. (1877/2000). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Gyldendal akademisk.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- NSFLOS. (u.å.). *Operasjonssykepleiens historie*. Hentet 13. mai 2021, fra
<https://nsflos.no/nsflos/operasjonssykepleiens-historie/>

- NSFLOS (2015). *Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse*.
<https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>
- Nylenna, M., & Larsen, Ø. (2012). Indremedisinen – en helhet? *Tidsskriftet Michael*, 11.
<https://www.michaeljournal.no/>
- OsloMet. (u.å.). *Elin Thove Willassen*. Hentet 4. mai 2022, fra
<https://www.oslomet.no/om/ansatt/ewillass>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17(5), 941–964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Robstad, N., Söderhamn, U., & Fegran, L. (2018). Intensive care nurses' experiences of caring for obese intensive care patients: A hermeneutic study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 386–395. <https://doi.org/10.1111/jocn.13937>
- Schiøtz, A. (2003a). Befolkningens helse: Realitetene og ideene. I A. Schiøtz (Red.), *Folkets helse—Landets styrke 1850-2003* (Bd. 2). Universitetsforlaget.
- Schiøtz, A. (2003b). *Det Offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*: Bd. 2. *Folkets helse—Landets styrke 1850-2003*. Universitetsforlaget
- Schiøtz, A. (2003c). Et nytt sunnhetsvesen tar form. Sunnhetsloven og dens forutsetninger. I A. Schiøtz (Red.), *Folkets helse—Landets styrke 1850-2003* (Bd. 2). Universitetsforlaget.
- Schiøtz, A. (2003d). Helsepolitikk og forvaltning. I A. Schiøtz (Red.), *Folkets helse—Landets styrke 1850-2003* (Bd. 2). Universitetsforlaget.
- Schiøtz, A. (2003e). «Pass på helsen»—Arbeidet for folkehelsens fremme. I A. Schiøtz (Red.), *Folkets helse—Landets styrke 1850-2003* (Bd. 2). Universitetsforlaget.

- Schiøtz, A. (2017). *Viljen til liv: Medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid*. Samlaget.
- Seip, A.-L. (1989). Politikken vitenskapeliggjøring—Debatten om sosialpolitikk i 1930-årene. I *Nytt norsk tidsskrift*. 1989. (Bd. 6, Nr. 3, s. 210–225). Universitetsforlaget.
- Skaare, J. A. (1959). *Vestfoldforente sykehus 1948-1958*. Vestfold forente sykehus.
- Skålevåg, S. A. (2020, 14. april). Ragnar Vogt. I *Store norske leksikon*. http://snl.no/Ragnar_Vogt
- Skaset, M. (2003). Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003: Folkets helse—Landets styrke 1850-2003. I A. Schiøtz (Red.), *Det Offentlige helsevesen i Norge 1603-2003* (Bd. 2). Universitetsforlaget
- Store norske leksikon. (2021, 20. juni). Det Norske medicinske Selskab. I *Store medisinske leksikon*. http://sml.snl.no/Det_Norske_medicinske_Selskab
- Storesletten, K. (1971). Sykepleie til pasienter med indresektoriske sykdommer. I K. Lerheim, C. Borchgrevink, O. Breiland, & R. Juvkam (Red.), *Lærebok for sykepleieskoler. 4 B: Indremedisin*. Fabritius, 1971-1975.
- University of Connecticut. (2016, 5. desember). *Rebecca Puhl*. Human Development and Family Sciences. <https://hdfs.uconn.edu/person/rebecca-puhl/>
- Vetlesen, H. J. (1883). *De almindeligste Sygdomsaarsager: Fire populær-medicinske foredrag*. Cammermeyer.
- Wathne, M. (2018). *Hva kjennetegner ungdommens kroppsideal, og hvilken betydning mener ungdom at sosiale medier, venner og kroppsøvingsfaget har i for synet på kroppsideal?* [Masteroppgave, OsloMet]. ODA. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/10642/6234>
- Wilken, L. (2006). *Pierre Bourdieu* (V. F. Andreassen, Overs.). Roskilde Universitetsforlag
- Willassen, E., Blomberg, A.-C., von Post, I., & Lindwall, L. (2015). Student nurses' experiences of undignified caring in perioperative practice – Part II. *Nursing Ethics*, 22(6), 688–699. <https://doi.org/10.1177/0969733014542678>

World Health Organization. (2020, 1. april). *Obesity and overweight*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Waage, H. R. (1901). *Lærebog i Sygepleie*. Aschehoug & co.

Aagaard, H. (2021). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. H.

Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utgave).

Gyldendal.

Aanesen, K. H. (2021, 23. mai). *Bourdieu om kapitalformer og habitus*. ndla.

[https://ndla.no/subject:1:fb6ad516-0108-4059-acc3-3c5f13f49368/topic:1:f77c8919-a904-](https://ndla.no/subject:1:fb6ad516-0108-4059-acc3-3c5f13f49368/topic:1:f77c8919-a904-41b3-88a4-34281c13627c/topic:1:b5a3b203-17cc-41d5-95b0-64f44b8700fc/resource:aff36be6-c79d-41e0-927f-3903c7b21c15)

[41b3-88a4-34281c13627c/topic:1:b5a3b203-17cc-41d5-95b0-](https://ndla.no/subject:1:fb6ad516-0108-4059-acc3-3c5f13f49368/topic:1:f77c8919-a904-41b3-88a4-34281c13627c/topic:1:b5a3b203-17cc-41d5-95b0-64f44b8700fc/resource:aff36be6-c79d-41e0-927f-3903c7b21c15)

[64f44b8700fc/resource:aff36be6-c79d-41e0-927f-3903c7b21c15](https://ndla.no/subject:1:fb6ad516-0108-4059-acc3-3c5f13f49368/topic:1:f77c8919-a904-41b3-88a4-34281c13627c/topic:1:b5a3b203-17cc-41d5-95b0-64f44b8700fc/resource:aff36be6-c79d-41e0-927f-3903c7b21c15)