



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

MSS590-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	05-05-2023 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	26-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 MSS590 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	217
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	14146
----------------------	-------

**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

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	14
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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

Måltidsmiljøet- en glemt praktikk?

En praxeologisk studie om måltidsmiljøet i sykehus.

The meal environment - a forgotten internship?

A praxeological study of the meal environment at hospitals

KRISTIN SANDERUD

Kandidatnummer: 217

Master i sykepleie- kliniske spesialister, Nevrologi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap Institutt for helse og omsorgsvitenskap

Høgskolen på Vestlandet

45 studiepoeng

Veileder: Førsteamanuensis Jesper Fredriksen

Innleveringsdato: 26.05.2023

Innleveringsdato 26.05.2023 Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskolen på Vestlandet, § 12-1.

## FORORD

Nightingale skrev i 1860;

«Enhver observant iakttager av syke mennesker vil være enig i at tusenvis av pasienter sulter hvert år, midt i overfloden, på grunn av manglende oppmerksomhet på hvordan de best kan ta til seg mat»

(Nightingale,1997 s. 102; Kristoffersen 2011b, s.162).

Dette kan sies å være mitt utgangspunkt for masterstudiet i 2023. Arbeidet med masteroppgaven har vært spennende, krevende og lærerikt. Det har vært spennende å kunne fordype seg i ett fenomen som engasjerer meg. Krevende, da man ikke alltid forstår hvordan man skal angripe problemet, og lærerikt når man mener å ha løst problemet.

Det har også underveis oppstått utfordringer i form av sykdom i nær familie som har forsterket viktigheten av oppgavens hensikt og gitt læring i ernæringsutfordringene i rollen som pårørende. Covid-19-, influensa- og Noro-virus-utbrudd blant kolleger har gitt behov for ekstravakter, og tiden til oppgaven ble deretter.

Under kyndig og tålmodig veiledning av Jesper Fredriksen, har oppgaven kommet til ett endepunkt. Jeg vil herved rette en stor takk for alle innspill du har kommet med. En takk til mine tre tålmodige og omsorgsfulle barn, Aasmund, Torstein og Anne som har støttet meg gjennom frustrasjoner og oppgitthet, og gitt meg troen på at det er gjennomførbart.

Til sist en stor takk til Ståle, min kjære mann, for konstruktive innspill, korrekturlesning og ivaretagelse av husarbeidet. Takk for hjelpen, alle sammen!

## Sammendrag

Studien er fundert i en undring over at måltidsmiljøet ved somatiske sykehus virker til å være nedprioritert hos sykepleierne. Ernæring er et viktig grunnleggende behov som skal ivaretas av sykepleieren. Uten næring har ingen annen behandling noen hensikt. Allikevel oppleves det at andre målbare oppgaver er mer viktige å få gjennomført.

Gjennom Pierre Bourdieu's teori om praktisk sans, doxa og en praxeologisk analysestrategi med tilhørende habituskonstruksjoner er det forsøkt å finne en forklaring og forståelse på hvorfor dette skjer. Ved å benytte registrantanalyse som metodisk verktøy, systematiseres empirien fra dokumentanalysen. Lærebøker tilknyttet generell sykepleie benyttet ved sykepleiernes grunnutdanningen i perioden 1877-2016 er forskningsgrunnlaget i studien.

Forskeren mener å ha funnet at måltidsmiljøet har vært urokkelig i lærebøkene i hele perioden, men at den har endret posisjon etter logikken i feltet. Frem til 1967 var det legene som formidlet sykepleierkunnskapen, senere har sykepleiere med høyere utdanning formidlet dette. Det forstås at feltet domineres av sosialhygiene-logikken frem til ca. 1970 og etter dette dominerer den økonomiske- logikken og at dette påvirker valg av arbeidsoppgaver hos sykepleieren. Innenfor effektivitetskravet som følger av de gjeldende økonomiske rammene vil, sykepleieren benytte sin praktiske sans i utøvelsen av måltidsmiljøpraktikken.

Nøkkelord: måltidsmiljø, ernæring, sykepleier, nevrosykepleier, praxeologi, habitus, registrantanalyse, Pierre Bourdieu.

## Summary

The study is based on a sense of wonder that the meal environment in somatic hospitals, seems to be given low priority among the nurses. Nutrition is an important basic need to be taken care of by the nurse. Without nutrition, no other treatment has any purpose. Still, it is perceived that other measurable tasks are more important to accomplish.

Through Pierre Bourdieu's theory of practical sense, doxa and a praxeological analysis strategy with associated habitus constructions, an attempt has been made to find an explanation and understanding of why this happens. By using small reports analysis as a methodological tool, the empirical evidence from the document analysis is systematized. Textbooks related to general nursing used in the nurses' basic education in the period 1877-2016 are the research basis for the study.

The researcher believes to have found that the meal environment has been unwavering in the textbooks throughout the period, but that it has changed position according to the logic of the field. Until 1967, it was doctors who imparted nursing knowledge, later nurses with higher education have communicated this. It is understood that the field is dominated by social hygiene logic until approx. 1970 and after, the economic logic dominates and that this influences the choice of work tasks for the nurse. Within the efficiency requirement set out in the current financial framework, the nurse will use her practical sense in the practice of mealtime environment.

Keywords: meal environment, nutrition, nurse, neurological nurse, praxeology, habitus, content analysis, Pierre Bourdieu

## Innhold

FORORD.....	2
Sammendrag .....	3
Summary .....	4
1.0 Introduksjon .....	7
1.1 Bakgrunn og undring .....	7
1.2 Nasjonale føringer for måltidsmiljøet.....	8
1.2.1 Måltidsmiljø.....	9
1.3 Tidligere studier om måltidsmiljøet.....	9
1.4 Det juridiske grunnlaget .....	11
1.5 Antakelse og hensikt med studien.....	11
2.0 Teoretisk perspektiv .....	11
2.1 Teorien om praktisk sans.....	12
2.2 Praxeologisk vitenskapsteori. ....	12
2.3 Praxeologiske begreper og analysestrategi .....	13
2.3.1 Habitus. ....	13
2.3.2 Felt .....	14
2.3.3 Doxa/heterodoxa/ ortodoxa .....	15
2.3.4 Sosialt rom.....	16
2.4 Autoanalyse.....	17
2.5 Forsknings spørsmål.....	17
2.6 Begrepsavklaringer .....	17
2.6.1 Rommet.....	18
2.6.2 Møtet (mellommenneskelige forhold) .....	18
2.6.3 Presentasjon av maten .....	18
2.6.4 Rammene (ledelse, ressurser) .....	18
2.7 Avgrensning.....	19
3.0 Metode.....	19
3.1 Dokumentanalyse.....	19
3.2 Dokumentsøk .....	19
3.3 Utvalg .....	20
3.4 Registrantanalyse .....	20
3.5 Registrantteknikk.....	21
3.6 Inspirasjon fra tidligere praxeologiske studier.....	22
3.7 Etske betraktninger .....	22
4.0 Analysedel I: .....	23

4.1 Autososioanalyse.....	23
5.0 Analysedel II: .....	25
5.1 Posisjonerings overfor måltidsmiljøet i lærebøkene i sykepleie. ....	25
5.1.2 Oppsummering av posisjoneringene i perioden 1877-2016.....	32
5.2 Konstruksjon av det medisinske feltet og det sosiale rommet agentene agerer i. ....	33
5.2.1 Konstruksjon av feltet.....	33
5.2.2 Oppsummering av feltet.....	41
5.3 Konstruksjon av det sosiale rommet .....	42
5.3.1 Oppsummering av måltidsmiljøets posisjonering i lys av feltet og det sosiale rommet .....	50
.....	50
6.0 Diskusjon av funn .....	51
6.1 Metodologiske styrker og svakheter .....	53
7.0 Teori om hvordan det kan ha seg at sykepleiere prioriterer måltidsmiljøet lavt ved somatiske sykehus.....	53
7.1 Videre forskning. ....	54
Litteraturliste .....	55
Vedlegg .....	64
Vedlegg 1, Tabell 1; Oversikt over analyserte lærebøker i generell sykepleie, grunnutdanning, perioden 1877-2016.....	64
Vedlegg 1; Tabell 2; Oversikt over forfattere av kapittel relatert til miljø rundt pasienten, i lærebøker i sykepleie, grunnutdanning, perioden 1877-2016 .....	65
Vedlegg 2, Tabell 3: Agentenes posisjoneringer av måltidsmiljøet i sykepleiebøkene, grunnleggende sykepleie .....	66
Vedlegg 3: Tabell 4: Registrantanalyse om agentenes posisjon i det sosiale rommet, samt logikken i feltet.....	70
Vedlegg 4; Søkestrategi for artikkel.....	78
Vedlegg 5 Figur 1; Måltidsmiljøet og agentenes posisjon et konstruert sosialt rom. ....	79



## 1.0 Introduksjon

Pasienter med nevrologiske lidelser tilhører en gruppe hvor sykdomsrelatert underernæring forekommer ofte. Årsaken til dette er mange og sammensatte. Som helsepersonell er vi gjennom lovverket pålagt å utøve faglig forsvarlig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2017, s. 8-14) tilknyttet blant annet ernæring. De økonomiske samfunnskostnadene ved sykdomsrelatert underernæring er estimert til ca. 31,7 milliarder kroner hvor 10,6 milliarder er tilknyttet spesialhelsetjenesten. For pasientene gir underernæring redusert livskvalitet, økt sykkelighet og tidlig død (Skogli et al., 2022). Dette er en studie om miljøet rundt pasientens måltid, måltidsmiljøet, slik det normsettes i «Kosthåndboken» (Helsedirektoratet, 2012).

### 1.1 Bakgrunn og undring

Jeg videreutdannet meg til Nevrosykepleier i 2017, og har de siste 5 årene jobbet som slagsykepleier på en generell medisinsk post, inkludert Slagenhet, ved et lokalsykehus. De fleste sykepleierne som jobber på denne posten, har grunnutdanning i sykepleie. I løpet av min 23-årige yrkestid som sykepleier i somatiske sykehus, har jeg observert en endring i miljøet rundt pasientenes måltider som spriker med det jeg lærte i grunnutdanningen i 1996-1999, samt opplæringen jeg fikk som nyansatt.

I grunnutdanningen lærte vi å tenke individet som en helhet bestående av fysiske, psykiske, sosiale og åndelige sider som kontinuerlig var i samspill med omgivelsene, *miljøet*. Sykepleierfunksjonen bestod blant annet i å hjelpe/kompensere for pasienten slik at han fikk dekket de grunnleggende behovene dersom han ikke var i stand til dette selv. Videre lærte jeg at måltidet skulle serveres på en appetittlige og innbydende måte, varm mat skulle serveres varm og kald mat kald. Bestikket/servise skulle være helt og rent. Små porsjoner til de som hadde liten matlyst. God sittestilling for å kunne spise og svelge maten var viktig. Det skulle signaliseres at man hadde god tid til å bistå under måltidene selv om dette ikke var virkeligheten. Rommet skulle være ryddig og sengene redd. Dette var òg en måte å vise

pasienten respekt, og at han ble «sett» som menneske. Dette ble også understreket i opplæringen jeg fikk som nyansatt. Dette kom opp på ny i videreutdanningen hvor pasienter med nevrologiske lidelser har høy risiko for underernæring på grunn av sine kognitive, motoriske og sensoriske utfall i ulik grad. Ved å gjøre spisesituasjonen gjenkjennbar, som det å sitte ved ett bord å spise, settes det i gang automatiserte innlærte funksjoner (Stensvold & Utne, 1997, s. 123).

Det oppleves at de fleste pasientene spiser på pasientrommet, sittende på sengekanten da det ikke er økonomi til å kjøpe inn lenestoler eller plass grunnet ordningen med «fortetning» ved overbelegg. Renholdet og orden av spiseområde er dårlig. Støy og uro, avbrytelser i form av undersøkelser, legevisitt, blodprøver og renholdere som vasker foregår samtidig med måltidet. Ytterst få får tilbud om stell og toalettbesøk før inntak av måltidet, og det luftes sjeldent. Når det gjelder serveringen av maten til de som trenger dette, er det lite farger og pynting, mye er innpakket i plast. Spisebord er fjernet, bilder er byttet ut med informasjonstavler, spisestuer og oppholdsrom er tatt i bruk for administrative oppgaver. Ett postkjøkken hvor det er tilgang til mat hele døgnet er eneste oppholdsrom på posten. Postkjøkkenet består av åtte pinnestoler og to spisebord hvor det er anledning til å innta måltidene. Anretning til sortering av matavfall og oppvask er rett bak spiseplassene. Postkjøkkenet fungerer også som «lager» for serveringstraller. Mye trengsel og støy forekommer på postkjøkkenet under matserveringen da tiden er knapp. Det er et serveringsvindu på 30 minutter ved varm mat, hvor maten skal porsjoneres, serveres og oppvasken innhentes.

På bakgrunn i dette undrer det meg hvordan dette miljøet rundt pasientene under måltidene er akseptert hos sykepleierne og i praksis ikke prioriteres høyere.

## 1.2 Nasjonale føringer for måltidsmiljøet

Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og forebygging av underernæring (Helsedirektoratet, 2022) trekker frem ernæringstrappen (figur 1) som veiledende for valg av

tiltak som kan bedre ernæringsinntaket og er minst ressurskrevende for å komme i mål med ernæringsbehandlingen. Trinnene kategoriseres, nedenfra og opp, fra matomsorg til medisinsk ernæringsbehandling. Trappens nest laveste trinn viser til måltidsmiljøet som ett tiltak for å bedre matinntaket hos pasientene, under kategorien matomsorg (Helsedirektoratet 2022).

### 1.2.1 Måltidsmiljø

Helsedirektoratet (2012) benytter begrepet måltidsmiljø i definisjonen av miljøet rundt pasientens måltid. Måltidsmiljø som begrep vil i hovedsak bli benyttet i stedet for miljøet rundt pasientens måltid videre i studien. Måltidsmiljøet defineres som *atmosfæren rundt måltidene* og kan presenteres som et samspill mellom *rammene* (ledelse, ressurser), *rommet, møtet* (mellommenneskelige forhold) og *presentasjon av maten* (Helsedirektoratet, 2012, s. 99).

### 1.3 Tidligere studier om måltidsmiljøet

Retningslinjene er tydelige i sin anbefaling angående måltidsmiljøet, men egen erfaring samsvarer ikke med dette. Er det bare jeg som opplever sprik mellom anbefaling og praksis eller finnes det studier som kan understøtte egne observasjoner i ivaretagelsen av måltidsmiljøet? Det ble foretatt søk etter forskning i databaser gjennom biblioteket ved Høgskolen på Vestlandet (vedlegg 4). Tre studier ble aktuelle.

Beck, Birkelund, Poulsen & Martinsen (2015) identifiserte tre hovedtemaer i sin systematiske observasjonsstudie av miljøet rundt sykehusmåltidene for pasienter ved en nevrologisk avdeling i Danmark. Disse beskrives som; «å spise på en jernbanestasjon», skape estetiske måltider i en ikke-estetisk atmosfære og å benytte kjente ritualer i ukjente omgivelser. Studien konkluderte med at måltidene hadde høy risiko for å bli servert som en tankeløs oppgave uten erkjennelse av at måltidet har flere dimensjoner enn bare inntak gjennom munnen.

Kleiven, Kyte & Kvigne (2016) gjennomførte forskningsgruppeintervjuer av 12 sykepleiere i praksis fra både spesial- og kommunehelsetjenesten fra to ulike geografiske områder i Norge. Funn fra studien viser at ytre krav og rammer påvirker arbeidshverdagen. Dette gir tradisjonelle sykepleieverdier trange kår, ved at man prioriterer det man blir målt og kontrollert på (økt effektivitet og produktivitet), mens pasientens psykososiale behov og aktiviteter nedprioriteres samt andre behov som munnstell, ernæring og annen liknende nødvendig helsehjelp blir lidende. Sykepleieverdiene trekkes frem *som respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet*, og at sykepleien skal være basert på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter.

Våren 2012 startet Eide, Halvorsen & Almendingen (2014, s. 696-706) en studie av 16 sykepleieres opplevelse av barrierer i ernæringsarbeidet ved ett universitetssykehus i Norge. Det beskrives funn av fem barrierer som omhandler sykehusstruktur og organisering samt sykepleierens kompetanse og opplevelsen av å jobbe alene i ernæringsarbeidet. Artikkelen viser til ett stort behov av større fokus på ernæringspleie til eldre innlagt i sykehus for å identifisere og behandle underernæring hos denne pasientgruppen i henhold til de anbefalingene gitt i relevant lovfestet nasjonal retningslinje. Det poengteres at studien samsvarer med funn fra andre Europeiske lands studier, hvor en grunnleggende del av pasientens grunnleggende behov ikke blir prioritert i sykehusmiljøet for tiden. Selv om denne studiens populasjonsutvalg er den eldre pasientgruppen, er funnene overførbare for pasienter innlagt sykehus med neurologiske sykdommer.

Det ble ikke funnet noen studie med Praxeologisk vitenskapsteori om aktuell forskningsobjekt.

## 1.4 Det juridiske grunnlaget

Via helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §4-1) om forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, spesialhelsetjenesteloven (1999a) og Helsepersonelloven (1999b) plikter helsepersonell å holde seg *faglig oppdatert, kjenne til og innrette sitt arbeid etter faglig anbefalinger*. Kravet om omsorgsfull hjelp viser til helsepersonellens plikt til å *følge opp forhold, her ernæringsinntaket, som kan være forårsaket av blant annet tilstanden, sykdommen og plagene pasienten har*. I følge spesialhelsetjenesteloven (1999a, §3-8), vises det til at sykehusene skal ivareta pasientbehandlingen (Helsedirektoratet, 2016).

## 1.5 Antakelse og hensikt med studien

I det innledende kapittelet er det forsøkt å beskrive hvordan måltidsmiljøet utøves i praksis og hvordan det vitenskapelig er tenkt utført. Studien er basert på en teori om at utøvelsen av måltidsmiljøet først og fremst er basert helsepersonellens praktiske sans og i mindre grad på kunnskap (Callewaert, 1997) (pkt. 2.1). Hensikten er å forklare og forstå hvorfor miljøet rundt pasientens måltid i somatiske sykehus ikke følger «Kosthåndbokens» norm.

## 2.0 Teoretisk perspektiv

For å kunne forklare og forstå hvorfor måltidsmiljøet i somatiske sykehus praktiseres som det gjør er studien fundert i praxeologisk vitenskapsteori (jf. kap. 2.2). Teoriens begreper og analysestrategi (jf. kap. 2.3) vil kunne avdekke former for makt og dominans i samfunnslivet, kjente som miskjente, gjennom en relasjonell måte å tenke på (Horne, 2016, s. 39). Som nevnt tidligere, tar studien utgangspunkt i antakelsen om at utøvelse av måltidsmiljøet er basert på helsepersonellens praktiske sans og i mindre grad på kunnskap.

Antakelsen om at sykepleiere ikke prioriterer måltidsmiljøet ved somatiske sykehus er fundert og analysert ved hjelp av den franske sosiologen Pierre Bourdieu sin (1930-2002) teori om praktisk sans (jf. kap. 2.1). Denne teorien kan gi en forklaring og forståelse av

hvorfor sykepleieren gjør som hun gjør i sin utførelse/prioritering av måltidsmiljøet (Petersen & Callewaert, 2013). Kroppen, er ifølge Bourdieu, en huskelapp som tar til seg de maktforholdene den gjennomlever, og nedtegner dem i form av smak, holdning, væremåte og mentale normer (Bourdieu, P., 2002).

## 2.1 Teorien om praktisk sans

Bourdieu argumenterte for at den praktiske sans er en kroppsliggjort handlingsorientering som ubevist har innlemmet seg i de objektive strukturene. Måten man handler på er mer konsis enn det man gir uttrykk for gjennom tale. Slike handlemåter omtaler Bourdieu som praktikk også kalt mimesis, da de er lært gjennom miming (Boge, 2021, s. 3-4).

Samfunnsmedlemmers konkrete praksiser er grunnleggende for videreføringen av sosialkulturelle mønstre, det vil si individet bærer sin sosiale gruppes verdi og meningsverden. Gjennom sosialisering og kulturell læring (familie, venner, skole, arbeidsliv) vokser individet inn i bestemte utvalg av vaner og ferdigheter og tilegner seg bestemte former for sanselig/kroppslig kompetanse. Dette skjer ubevist og må sees sammen med sosialiseringens og læringens objektive betingelser. Hvert enkelt individ i samfunnet utvikler visse *disposisjoner* som omfatter persepsjon, preferanser og handling. Alle handler ut fra visse rammer og bestemte tilbøyeligheter der de er predisponert for bestemte handlinger, for hva de foretrekker, liker og føler seg fortrolige med og hva de ønsker å unngå (Thornquist, E., 2018 s. 163-165).

## 2.2 Praxeologisk vitenskapsteori.

Praxeologi omtales som læren om praktikk. Gjennom sin teori ønsket Bourdieu å avdekke betingelsene som er grunnlaget for viten, og ikke bare å skape viten. Teorien omtales også som refleksiv sosiologi (Bourdieu, P., 1992 s. 67: Bourdieu, P., 2004 s. 425: Wilken, L., 2011, s. 115). Teorien tar utgangspunkt i at det finnes tre former for teoretisk viten; objektivistisk, fenomenologisk/subjektivistisk og praxeologisk (Bourdieu, 1998; Boge, 2021). Objektivismen

forklarer menneskelig handling (praksis) i lys av objektive strukturer. Fenomenologien tar utgangspunkt i individets subjektive erfaringer uten å ta med de sosiale forutsetningene for erfaring. I et praxeologisk perspektiv alene eller et objektivistisk/strukturelt perspektiv alene skaper gyldig kunnskap om menneskelige handling slik de kommer til uttrykk i muntlig og skriftlig språk og andre kroppslige uttrykk. Praxeologi er basert på teorien om at menneskets måte å agere/handle på er praktikk som blir formet i samspillet mellom objektiv strukturer og subjektive erfaringer (Bourdieu, 1998; Petersen, 1996; Boge, 2021).

Bourdieu hadde en formening om at objektivisme og subjektivisme representerer to vidt forskjellige måter å forstå det sosiale liv på. Objektivismen med sine objektive strukturer, eksempel; tjener mye eller lite, mer eller mindre utdanning, som gir grunnlaget for agentenes (aktør) liv uavhengig av hvordan de selv forstår det. Mens subjektivismen er interessert i agentenes egen oppfattelse av livet de lever. For å forstå hvorfor individene gjør som de gjør må objektivismen og subjektivismen utfylle hverandre. Dette fordrer en forståelse av praktisk sans (Wilken, L., 2011, s. 118-119).

## 2.3 Praxeologiske begreper og analysestrategi

Den praxeologisk forskningen gir ikke direkte svar på forskningsspørsmålene som forskeren stiller, men ved hjelp av habituskonstruksjoner kan forskeren finne indirekte svar (Boge, J., 2021, s. 5).

### 2.3.1 Habitus.

Habitus ligger til grunn for ideen om den handlende aktøren. Den er ett integrert system av varige og kroppsliggjorte *disposisjoner* som regulerer hvordan individet oppfatter og handler i den fysiske og sosiale verden. Slik sett er habitus handlingstilbøyeligheter som setter sitt avtrykk på alt individet tenker og gjør, og hvem det er (Wilken, L., 2008, s. 36). Kroppen, er ifølge Bourdieu, en huskelapp som tar til seg de maktforholdene den gjennomlever, og nedtegner dem i form av smak, holdning, væremåte og mentale normer (Bourdieu, P., 2002).

Habitusbegrepet viser til en dynamisk forbindelse mellom individet og det sosiale. Begrepet viser slik til individets mentale disposisjoner, til erfaringenes kroppslige forankring og til individets sosiale forankring. *Reproduserer* de sosiale forholdene som er skapt, uten å selv vite det. Habitusbegrepet forklarer hvorfor individet gjør som det gjør, ut i fra den situasjonen det er i (Wilkens, L., 2008, s. 36).

Habitus speiler individets historier. Historien kan ha markante brudd mellom primære og sekundære erfaringer. Slik kan menneskets habitus være i utakt med den sosiale virkeligheten noe som kan føre til personlige tragedier og til sosiale fornyelser. Denne endringen i habitus kan forklares ved endring i agentens ytre omgivelser, men krever både en sosial forankring i, og en individuell aksept av et nytt sosialt miljø. Aksept fra det nye miljøet er også en forutsetning for at habitus kan endres (Wilken, 2008, s. 38). Slik kan habitus beskrive bakgrunnen og rammene for agentenes praksis (Wilken, 2008, s. 38)

### 2.3.2 Felt

Feltbegrepet beskriver de sosiale arenaene som praksis utspiller seg innenfor. Det er ett analytisk begrep som kan systematisere studiet av sosial praksis. Agentene deltar i en rekke sosiale kamper om innflytelse og kapital, som foregår innenfor bestemte og relativt selvstendige områder som verken er basert på de samme prinsippene eller har det samme utbyttet. For å kunne definere ett felt må det kunne påvise at det står noe på spill som agentene finner det verdt å kjempe for eller om. Felt er en arena hvor det foregår sosiale kamper. Felt konstitueres relasjonelt og hierarkisk innenfor ett større sosialt system (det sosiale rom). Felt defineres i forhold til bestemte *kapitalformer* som det handler om å besitte og akkumulere (utvide). De ulike kapitalformene gjør at samfunnets sosiale spill ikke kan forstås som tilfeldig spill (Wilken, L.,2008, s. 38-39).



Ved å systematisere kulturell (kunnskap, utdanning, kompetanse), økonomisk (materiell) og sosial (relasjoner, nettverk og forbindelser) kapital og evne å utnytte disse kapitalformene til å omsette kapital til andre former for verdi, oppnås symbolsk kapital.

Kapitalformene er gjenstand for meningsfulle sosiale kamper i ulike felt. Innenfor det medisinske feltet kjempes det om sosial, økonomisk og kulturell kapital som rangerer agentene innenfor feltet. Alle felt er relativt selvstendige sosiale arenaer, som selvstendig kan kjempe sin sosiale kamp som gir mening på sine egne premisser og for de involverte agentene (Wilken, L., 2008, s. 38-41).

Ulike felt er relatert til hverandre i en hierarkisk orden i forhold til verdien av kapital det kjempes om. Kapitalformer som gir tilgang til makt innenfor det større sosiale systemet, er objektivt sett mer verdt enn kapitalformer som kun gir prestisje, ære og makt i ett enkelt felt (Wilken, L., 2008, s.40).

Feltbegrepet er et analytisk begrep som kan benyttes til å systematisere de ulike sosiale kampene om ulike former for kapital, som foregår innenfor rammen av et sosialt system. Felt refererer til relasjoner mellom agenter som kjemper om bestemte former for kapital (Wilken, L., 2008, s. 40). Agentene er alltid bundet av sin habitus, noe som påvirker muligheten til å veksle inn sin kapital. Utfallet av bestemte kamper avgjøres ikke bare i feltet, men også i relasjon til andre felt og i relasjonen til kampen om hvor feltets grenser går. Kampen i feltet involverer alltid også en kamp om feltet og ikke minst om feltets grenser (Wilken, L., 2008, s. 44).

### 2.3.3 Doxa/heterodoxa/ ortodoxa

Alle felt er definert ved noen helt grunnleggende regler som spillerne i feltet må akseptere, disse reglene omtales som feltets *doxa*. De er de uuttalte og udiskutable premissene som agentene handler i forhold til, og gir kampen i feltet mening. Doxa er udiskutabelt innenfor

et felt, altså uskrevne besluttete sannheter, men utenfor feltet kan man diskutere og problematisere feltets premisser uten å bli ekskludert. Det at agentene er bundet av feltets doxa gjør at det er mulig å gjøre visse posisjoneringer mens andre er umulige. Kun de agentene som godtar spillereglene er med i kampen om/i feltet. Det finnes legitime og illegitime måter å kjempe på i feltet, og doxa fungerer i den forbindelse som eksklusjonmekanisme (Wilken, L., 2008, s. 42-43). Her kommer ortodoksi og heterodoksi inn. Uttrykket ortodoksi benyttes når de som har makten og dominansen forsvare doxa og ikke ønsker endring. Heterodoksi benyttes som uttrykke for de som ønsker endring og utfordrer ortodoksi. Disse er ofte nye og revolusjonære i feltet (Petersen, 1989, s. 47).

#### 2.3.4 Sosialt rom

Agentene må forstås i relasjon til deres sosiale posisjon og medlemskap i sosiale grupper, sosiale tilhørighetsforhold, og ikke med utgangspunkt i deres personlige kvaliteter. Dette kommer frem i modellen over det sosiale rom, som strukturer relasjonene mellom agenter, sosiale klasser, felt og kapitalformer. Modellen må forstås som en struktur av objektive posisjoner som alltid konkret er befolket av virkelige mennesker, men som samtidig eksisterer i teorien som en delvis virkelighet uavhengig av dem. Slik kan man forstå det sosiale rommet som representant for et system av objektive relasjoner mellom ulike mulige kombinasjoner av relevante maktforhold og ressurser. Dette er en tankemåte som gir et teoretisk bud på grunnstrukturen i et samfunn, og som kan benyttes i analysen av et konkret samfunn, det forventes en bevegelse fra den teoretiske gruppe til den praktiske gruppe (Wilken, L., 2008 s. 51-59).

Den praxeologisk forskningen gir ikke direkte svar på forskningsspørsmålene som forskeren stiller, men ved hjelp av habituskonstruksjoner kan forskeren finne indirekte svar (Boge, 2021).

## 2.4 Autoanalyse

I en praxeologisk tilnærming er ikke forskeren nøytral. Forskeren er i behov av å objektiviser seg selv. Forskeren er selv agent i sosiale handlinger og påvirker derfor alle deler i en studie. Gjennom autoanalyse konstruerer forskeren sin egen habitus, og lar bli gjennomskinnelig for seg selv og leseren. Gjennom autososioanalyse blir forskeren posisjoneringer til praktikken som skal studeres, hvilken posisjon han innehar og sin «plass» i det sosiale rommet og sine relasjoner i feltet. Forskerens posisjon i feltet, vil påvirke hvordan forskeren agerer. Dette er viktig å være bevist. (Boge, 2021, s. 8)

## 2.5 Forskningsspørsmål

For å finne en forklaring og forståelse på hvordan det kan ha seg at pasientenes måltidsmiljø i somatiske sykehus nedprioriteres og ikke følger «Kosthåndbokens» norm om måltidsmiljø gjennom teorien om praktiske sans er følgende forskningsspørsmål stilt:

- 1) Hvordan posisjonerer sykepleiefaget seg til måltidsmiljøpraktikken?
- 2) Hvordan kan det ha seg at sykepleierfaget har posisjonert seg som det gjør til måltidsmiljøpraktikker i et historisk og nåtidig perspektiv?
- 3) Hvordan virker det på praktikken av måltidsmiljøet at agentene i generell sykepleie innehar den posisjonen de har?

## 2.6 Begrepsavklaringer

Måltidsmiljøets (pkt. 1.2.1) innhold består av flere begreper. Nedenfor er disse forsøkt avklart.

### 2.6.1 Rommet

Rommets farger, møblering, lyder, belysning, luft, temperatur og lukt påvirker måltidsopplevelsen. Maten serveres etter god utlufting av rommet hvor bord og gulv er rene, dette er en selvfølge ifølge Helsedirektoratet. God sittestilling i seng for de som ikke kan sitte i stol (Helsedirektoratet, Kosthåndboken, 2012, s. 99).

### 2.6.2 Møtet (mellommenneskelige forhold)

Hvordan maten serveres påvirker måltidet, likeså kommunikasjonen med pasienten under måltidet. Personalet må være godt informert om pasientens ønsker, behov og funksjonsevne. Ved å prioritere måltidet får pasienten nok tid til å spise og respekt (Helsedirektoratet, Kosthåndboken, 2012, s. 100).

### 2.6.3 Presentasjon av maten

Maten skal smake godt, dufte godt, være nylaget, ha rett temperatur og presenteres på en delikat måte. Pynt maten med farger, tilpass porsjon etter matlyst og tilby valg av mat (Helsedirektoratet, Kosthåndboken, 2012, s. 100).

### 2.6.4 Rammene (ledelse, ressurser)

Via helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester m.m) §4-1 om forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, og spesialhelsetjenesteloven (1999, §2-29) plikter helsepersonell å holde seg faglig oppdatert, kjenne til og innrette sitt arbeid etter faglig anbefalinger. Kravet om omsorgsfull hjelp viser til helsepersonellens plikt til å følge opp forhold, her ernæringsinntaket, som kan være forårsaket av blant annet tilstanden, sykdommen og plagene pasienten har. I følge spesialhelsetjenesteloven (1999, §3-8), vises det til at sykehusene skal ivareta pasientbehandlingen.

## 2.7 Avgrensning

På grunn av oppgavens begrensede rammebetingelser er ikke måltidsmiljøets rammer (ledelse, ressurser) analysert og posisjonert i oppgaven. Det er foretatt valg av hvilke momenter innen måltidsmiljøet som skal inn i registrantanalysen da måltidsmiljøet favner mye (jf. pkt. 3.5). Det er valgt lærebøker tilknyttet grunnutdanningen i sykepleie i Norge. Dette da det ikke er utdannet så mange sykepleiere innen nevrologifaget. Grunnutdanningen gir derfor ett reelt bilde av hvilken fagkunnskap som ligger til grunne hos sykepleiere i landet til de yrkesaktive.

## 3.0 Metode

### 3.1 Dokumentanalyse

Gjennom Bourdieu sin praktikkteori anvendes dennes begreper og verktøy for å tilnærme meg et svar på undringen (problemstillingen). Studien benytter dokumentanalyse av nåtidige og fortidige tekster for å konstruere agentenes habitus til måltidsmiljøet (Boge 2021, s. 5). Habitus består som kjent av begrepene posisjon og disposisjon, uttrykt ved oppstilte kapitalindikatorer, samt begrepet, posisjonering, slik dette kommer til uttrykk gjennom lærebokforfatterens beskrivelser i forhold til miljø, rom, matsservering og hva som forventes av sykepleieren i møte med pasienten fremstilles gjennom analyse av litteraturen. Gjennom strukturell analyseregistrering ønskes det å finne doxa for måltidsmiljøet, gjennom agentenes posisjoneringer om objektet i lærebøkene. Det er valgt registrantanalyse som teknikk i analysearbeidet (pkt. 3.4)

### 3.2 Dokumentsøk

Gjennom såkalt pearl-growing teknikk ble det funnet lærebøker og annen aktuell litteratur. Pearl-growing teknikk vil si å finne relevant litteratur gjennom en sentral artikkel om objektet (Strømme, 2013, s. 1). I denne studien har den sentrale litteraturen om objektet vært Kosthåndboken og faglig nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av

underernæring. Eir (2020) og Rognstad (2021) har gjennom sine masteroppgaver inspirert meg å finne litteratur på denne måten. Spesielt lærebøkene og andre historiske verk som har bidratt i oppgaven. Søk etter aktuelle bøker ble utført i nettbiblioteket for Nasjonalbiblioteket.no. Det ble også innhentet bøker via fjernlån gjennom lokalt bibliotek. Men på grunn av korte lånefrister har dette fungert meget dårlig og ble raskt avsluttet som innhenting av litteratur.

Det ble søkt etter tidligere forskning gjennom nettressurser ved Høyskolen Vestlandets biblioteks nettsider. Databasene Google Scholar, Idunn og PubMed ble benyttet. Se Vedlegg 4 for nærmere utfyllende søkerstrategi og søkerord.

### 3.3 Utvalg

Utvalgte dokumenter er valgt etter relevans for problemstillingen for å kunne tilnærme meg ett svar på hvordan det kan være at sykepleierne ved somatiske sykehus prioriterer måltidsmiljøet lavt. Her omhandler den norske historien tilknyttet sykepleieren, sykepleiefaget og helsevesenets historie. Følgende litteratur er benyttet:

- ❖ Lærebøker i generell sykepleie, grunnutdanning, fra 1877-2016 (vedlegg 1, tabell 1)
- ❖ Folkets helse- landets styrke.» Aina Schiøtz 2003
- ❖ Framvekst og profesjonalisering» O.G. Moseng 2013
- ❖ «Virke og profesjon» Ellen Cathrine Lund 2012

### 3.4 Registrantanalyse

Registrantanalyse er en systematisk metode for å lese og registrere på som gir ett overblikk over den valgte litteraturen. Ved store mengder litteratur, er dette en godt egnet teknikk for å få oversikt over det spesifikke innholdet forskeren ønsker å innhente. En registrant er en samling av korte referater, som baseres på systematisk lesing av ulike typer dokumenter. Ved å stille de samme spørsmålene til de ulike dokumentene, er formålet med metoden å belyse forskningsobjektets opprinnelse eller historiske forandring. Metoden egner seg godt

til å strukturere historiske prosesser, og hvordan disse prosessene er av betydning for forståelsen av hvorfor agentene gjør som de gjør i nåtid i forhold til måltidsmiljøet. Metoden kan bidra til at forskeren oppdager de institusjonelle betingelser for agentenes praksisformer og stillingtagen (Kropp, K., 2009, s 173-174). Gjennom den systematiske registreringen vil jeg kunne avdekke eventuelle brudd/hendelser som gir endringer i agentenes stillingtagen (posisjonering) og kunne konstruere en doxa. Dataene vil å kunne kartlegge om doxa eventuelt går over i heterodoxa og tilbake igjen til ortodoxa. Det blir også mulig å konstruere felt og det sosiale rommet agentene agerer i og slik konstruere agentenes habitus.

### 3.5 Registrantteknikk

Hensikten med registrantanalysen er å gi meg en systematisk oversikt over den store mengden informasjon litteraturen vil gi meg. For å kunne sortere hva som er relevant og mindre relevant av data av agentenes posisjoneringer til forskningsobjektet, måltidsmiljøet, er det i analysedel II (pkt. 5.0) fokusert på posisjoneringen av rommet gjeldende farge, møblering, lyder, belysning, luft, temperatur, lukt, god utlufting, renhold av gulv og bord, god sittestilling i seng eller ved bord. Møtet omhandlende matsservering, kommunikasjon og tidsaspektet ved å få nok tid til å spise. Presentasjonen av maten angående oppdekking, oppdekking på eventuelt matbrett, rett temperatur, appetittvekkende, farge og porsjonstørrelse.

Det ble utformet et registrantanalytisk skjema (tabell 1) hvor bokens tittel, årstall, hovedredaktørens navn (agent) og posisjon (lege/ sykepleier), samt agentenes posisjoneringer til måltidsmiljø og logikken i feltet ble fylt inn. For å forklare sykepleierens posisjoneringer om sykepleierens posisjon i det sosiale rommet ble det også registrert hvilke agenter og deres disposisjoner som hadde forfattet kapitlene omhandlende måltidsmiljøet eksempelvis pasientrommet og matsservering (vedlegg 3, tabell 4). Gjennom konstruksjon av feltet ble det tilstrebet å belyse logikkene i feltet for å avdekke eventuelle brudd og forandringer i måltidsmiljøets opprinnelse og historie. Eventuelle endringer vil tilstrebes å

forklares i lys av feltet, og disposisjonene og posisjonen agentene innehar i det sosiale rommet som agentene agerer i (jfr. forskningsspørsmål 2 og 3).

Tabell 1: Punkter ved en registrantanalyse

Årstall	Tittel	Forfatter- navn/agent	Posisjoneringene til agentene om måltidsmiljøet	Agentenes posisjon i det sosiale rommet	Agentenes disposisjoner	Logikken i feltet
---------	--------	--------------------------	---	--	----------------------------	----------------------

### 3.6 Inspirasjon fra tidligere praxeologiske studier.

Det er funnet inspirasjon i utføringen av metoden i tidligere praxeologiske studier av Rikke Carcia Eri (Eri, 2020) og Linn Rosnegård Rognaldsen (Rognaldsen, 2021) som begge har benyttet registrantanalyse i sine masteroppgaver.

### 3.7 Etske betraktninger

Dokumentene er offentlig publiserte dokumenter og er funnet gjennom flere offentlige kanaler og inneholder derfor ikke sensitive personopplysninger. Forfatteren må være bevisst den samtiden og konteksten de ulike dokumentene er skrevet i, da dette påvirker utgiverens meninger og holdninger som kanskje ikke er gyldige i nåtid. I og med at studien benytter dokumentanalyse, med registranalytisk teknikk, som metode for å generere data, er det ikke behov for å søke REK (Regionale komitéer for helsefaglig og medisinsk forskningsetikk) eller Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).



## 4.0 Analysedel I:

### 4.1 Autososioanalyse

Bourdieu mente at forskeren påvirker alle deler i en studie. Han anså forskeren som en agent som også står i relasjon til forskningsobjektet (jf. pkt.2.4). Gjennom å objektivisere min egen relasjon til måltidsmiljøet vil jeg som agent bli mer gjennomiktig for meg selv og leseren. Nedenfor er det fremstilt en enkel oppsummert autososioanalyse av forskeren.

Forskerens egen posisjonering overfor måltidsmiljøet er at jeg anser trivsel, innbydende miljø og god atmosfære som viktige elementer for matinntaket. Måltidsmiljøet er en mulighet til å gi pasientene en følelse av å være verdsatt og sett, og ikke bare en vare i ett produksjonssystem. Den psykologiske effekten av dette mener forskeren leder til økt matinntak som igjen leder til raskere tilfriskning, bedring av funksjoner og mindre plager og tilleggskomplikasjoner for pasienten. Næring er viktig for hjerneceller som «ligger i svime» etter et hjerneslag for å kunne redde noen av disse. Ernæring gjør pasientene mer motstandsdyktig mot liggesår og infeksjoner.

Forskeren er en kvinne født i begynnelsen av 1970-årene. Vokste opp i distrikts- Norge med to storebrødre, gifte foreldre og farmor. Vi bodde i selveid enebolig hvor oppveksten var preget av lek med søsken, søskenbarn og senere idrett. Gjennom idretten reiste vi på samlinger som fortsatt oppleves som gode opplevelser. Min mor utdannet seg til barnepleier senere hjelpepleier, men var den meste av tiden hjemme med oss barna og min farmor. Jeg Min far hadde ingen skolegang etter folkeskole, men jobbet seg opp i systemet til å bli driftsleder, som det het den gangen, i en større bedrift. Mine brødre har utdannelse innen realfag, som sivilingeniør ved NTH og doktorgrad i fysikk ved UiO. Jeg ble hjelpepleier og senere sykepleier, for deretter å videreutdanne meg innen nevrologi. Nevrologi er et felt som fanget min interesse allerede under grunnutdanningen, spesielt hjerneslagbehandlingen. Jeg studerte sykepleie ved høyskolen på Gjøvik, og videreutdanning i klinisk sykepleie med fordypning i nevrologi. Jeg jobbet to år på sykehjemmet, hvor jeg også

møtte min mann som er sykepleier, nå intensivsykepleier. Vi har tre barn sammen og bor i distrikts- Norge. Etter noen år hjemme med barna og husbygging, begynte jeg igjen i jobb på det lokale somatiske sykehuset, generell medisinsk avdeling. Gjennom jobben på sykehjemmet som hjelpepleier fikk jeg og opplæring av andre hjelpepleiere. Deres arbeidsmoral og yrkesstolthet har absolutt preget mitt arbeid senere. Utsagn som «Nå skal vi ha en lang og deilig frokost» har nok satt seg i kroppen og ubevist påvirket min egen habitus.

## 5.0 Analysedel II:

### 5.1 Posisjonerings overfor måltidsmiljøet i lærebøkene i sykepleie.

I denne delen av studien er det foretatt analyse av lærebøkernes posisjonering av måltidsmiljøet, slik de fremkommer i de lærebøkene om grunnleggende sykepleie fra 1877-2016. Det vises til (vedlegg 2, tabell 3) for utfyllende informasjon om tittel og redaktørnavn. Dette ved å finne posisjoneringer relatert til rommet, møtet og presentasjon av maten slik det er norm-satt i «Kosthåndboken» (Helsedirektoratet, 2012). Dette for å lette analysen av posisjoneringer om måltidsmiljøpraktikken. Funnene blir presentert under som praktikken måltidsmiljø. Posisjoneringene er fremstilt periodisk da dette gir en mer strukturert fremstilling av analysen.

Doxa er fremstilt i oppsummeringen.

#### **Posisjonering til måltidsmiljøet i perioden 1877-1920**

Florence Nightingale uttrykte at meget få mennesker, uavhengig av klasse, har noen ide om den overordentlige renslighet som utfordres i ett sykerom (Nissen, 2000, s. 26).

Nissen argumenterer i 1877 for lufting og fjerning av objekter som kan forårsake dårlig lukt i pasientrommet, riktig romtemperatur og sollys. Sykepleieren skal være ren. Det argumenteres for hjelpeteknikker ved matning. Rengjøring av pasientrommet kan ikke gjøres godt nok. Bordoverflater tørkes av gjentatte ganger i løpet av dagen. Nissen argumenterer for at pasientene ikke skal spise mer enn det dietten tilsier, men gis nok tid til å spise. Omtaler ikke presentasjon av maten utover at spiseredskapene må være rene (Nissen, 2000, s. 22, s. 25-29 & s. 30-36).

I 1901/1914 presenteres Waage et eget avsnitt med tittel «Servering av mad og drikke». Waage (1901) argumenterer for god utlufting før frokost, etter middag og kveldsmat. Objekter som gir dårlig luft, fjernes. Rommet skal holde riktig temperatur, 18 C°, og holdes i

orden samt være rent. Dette for at det skal se hyggelig og ordentlig ut da omgivelsene påvirker pasienten. Beskriver renhold av rommet, blant annet vask av stoler, bord, gulv hver morgen, sollys er en viktigfaktor. Det skal være ro og støy i avdelingen sak forhindres. Farger i og på rommet virker irriterende. Pasienten skal gis god tid til å spise, gjerne samtale med pasienten ved dårlig appetitt, og oppmuntre dem til å spise. Finne det pasienten ønsker å spise, unntatt for de med diett. Punktlighet til serveringstidene, og servering på en appetittlig og ordentlig måte. Maten serveres på brett til de som sitter i sengen.

Waage argumenterer for de samme posisjoneringene i 1914, med noen enkle forbedringer. Rommet skal nå ha temperatur på 19C °. Lufting av rommet før eller etter måltidene, men ikke under måltidet (Waage 1901, s.4-6, &s. 69-81, & Waage,1914, s.4-6, s. 70-76 & s. 83-83).

I Grøn og Widerøe sine lærebøker fra 1921/ 1926 har sykerommet, rengjøring og vedlikehold av sykeværelset fått egne kapitler under hovedkapittelet «almindelig sykepleie». Her stilles det krav til renhold av rommet og inventaret. Agenten argumenterer for å vaske gulvet hver morgen, nattbord og bord vaskes etter måltidene, det beskrives hva og hvordan det skal vaskes holdes rent i rommet Det argumenteres for at malte vegger og inventar er lettere å holde rene og at fargen på veggene bør være rolig. Rommet bør holde en temperatur mellom 15-17°C. Sol er et legemiddel for den syke. Lufting og alt som forårsaker dårlig luft fjernes straks. Blomster gjør rommet hyggelig og virker oppkvikkende. Nattbord/spisebord vaskes etter måltidet. Det skal luftes etter måltidet. Forhindre støy og uro (Larsen, 1921, s. 10, & s. 24-25, Larsen, 1926, s. 10, & s. 24-25).

Når maten serveres argumenteres det for at maten serveres så varm som mulig. Alt servise skal være blankt og tørt. Under serveringen skal sykepleieren være ren og nett, hendene grundig vasket og kjoleerme være langt. Små porsjoner foretrekkes, da store svekker matlysten, påfyll er mulig. Matingen foregår langsomt og forsiktig, støtte pasienten opp i sengen slik at han er mottakelig for maten, samt tygge og svelge den. La aldri pasienten få

inntrykk av at det er lite tid til å spise når han mates (Larsen, 1921, s. 24-25 & 1926, s. 24-25).

I Jervell sin lærebok fra 1941 behandler hovedkapittelet, «Alminnelig sykepleie», «Sykehusbygg» i eget kapittel, hvordan dette kan utformes byggeteknisk. I kapittelet «Sykeavdelingen og dens innredning» argumenteres det for å innrede så praktisk som mulig med tanke på pasientens pleie og behandling og imøtekomme de hygieniske krav. Samtidig argumenteres det for ett tiltalende sykehus og derfor er sykehusene utstyrt med lyse farger på veggene, vakre gardiner og møbeltrekk med behagelige stoler. Rommene skal være luftige, lyse og lette å holde rene (Domaas, Heggenhougen, Wyller og Jervell & Øhrn, 1941, s. 5-9).

Jervells utgave fra 1951 er nærmest uforandret fra 1941 utgaven. Kapitelet om sykehusbygningene er forkortet, men fremhever sykehusets utforming og renhold da rene omgivelser gir velvære og trivsel. For å få oversikt over rommet ryddes alt avfall vekk, møbler rettes inn, og gardinene ordnes (Domaas et. al, 1951, s. 1-3).

All god sykepleie er avhengig av renslighet, da dette styrker organismen og gir bakteriene dårlig vekstvilkår. Dette fremkommer i kapitelet om «Renhold» som også er posisjonert under «Alminnelig sykepleie» hvor renholdet er nøye beskrevet. Det er sykepleieren som har ansvaret og oppsynet med renholdet, men det er andre som utfører det. I dette arbeidet må man tenke økonomisk og ikke sløse med vaskemiddelet (Domaas et. al., 1941, s. 15-24, & Domaas et. al., 1951, s. 3-15).

«Lufting» og «Matsservering» omtales i separate kapitler. Det må alltid være god luft i rommet og det anbefales lufting etter gitte rutiner, slik som etter middagsmåltidet. Det argumenteres med at den som serverer mat *bør som regel gå ut fra at pasienten ikke har matlyst*, og bør lokke frem matlysten med alle midler som er til hennes rådighet. Ikke bare de hygieniske prinsippene om at service skal være rent, pent og helt, likeså servietten, men

også det estetiske i serveringen blir presentert i 1941. Hankene på kopper og mugger skal stå samme vei da dette ser ryddigere ut gjerne pynt brettet med en blomst. Det argumenteres for små porsjoner for å ikke ta bort matlysten, høy sittestilling i seng og teknikker til hjelp i maten. Heller ikke her skal man gi mye mat om gangen, og la pasienten tygge ordentlig. Ved å samtale med pasienten kan man rette fokuset over på andre ting enn mat under måltidet. Når måltidet er inntatt fjernes og ryddes matrester og brett bort med en gang. Beskriver teknikker ved hjelp i matsituasjonen (Domaas et. al., 1941, s. 54-55). Det argumenteres for første gang om sosialmedisinen i Jervell, 1941, bind 2. I 1951 utgaven gis noen enkle tillegg slik som riktig mat til riktig tid. Lokke frem matlysten ved å servere maten så innbydende som mulig. Dette argumenteres som rent brett og servietter, rent og helt servise. Dekk brettet med en plan, husk små ting som salt, og pynt gjerne med en blomst. Sett farge på maten. Varm mat serveres varm og kald mat kald. Ha bekvem sittestilling når han spiser. Pasienten må få tid til å tygge samt oppleve å ha god tid under matsituasjonen. Sykepleierens hender og uniform må være rene og luktfrie ved matserveringen. Argumenterer for renhold av bordplate etter måltidet og at omgivelsene er rene og velstelte. Sykerommet luftes etter middagsmåltidet (Domaas et. al., 1951 s. 34-35).

I 1960 utgaven til Jervell er det igjen «utbedringer» i posisjoneringene til måltidsmiljøet. I kapittel om «Renhold», argumenteres det for at rene velstelte omgivelser gir velvære og trivsel såvel som forebygging av sykdom. Posisjoneringen, lufting, har nå flyttet til eget avsnitt i kapitelet om renhold, men omhandler samme posisjonering som i 1941 og 1951 (Hoven, 1960, s. 15). Det argumenteres også i eget kapittel om stell av blomster. Blomster betyr mye for pasienten, da dette gjør rommet hyggelig samt at pårørende viser pasienten omsorg (Hoven, 1960, s. 15). Måltidet bør være enn hyggelig og oppkvikkende stund, som innebærer at maten er blir pent servert. Sitte ved ett pådekket bord i spisestuen eller pasientrommet. Måltidet serveres til samme tid og pasienten må ikke vente på maten. Maten pyntes med sitronskive, tomat, salatblader for å gjøre maten appetittlig. Alt må stå tilgjengelig for pasienten (Hoven, 1960, s. 59-61).

### **Posisjonering til måltidsmiljøet i perioden 1967- 1980**

Hauen agerer i sin lærebok for sykepleieskoler i 1967 at miljøet rundt den syke skal fremme helse, både fysisk, psykisk og sosialt. Miljø defineres som alle ytre faktorer som påvirker liv og helse slik som lys, luft, temperatur, virus, bakterier med mer. En sykeavdeling bør planlegges slik at den kan gi et trivelig, trygt og hjemlig miljø. En spisestue gir sykehusoppholdet en mer naturlig tilværelse. Argumenterer for hygienisk, mentalhygienisk og estetisk pasientrom. Lys, rolige, varme farger, lufting gjennom vinduene, passe varmt rom. Det er ikke lengre sykepleierens oppgave og gjennomføre rengjøringen, men har ansvaret for at hygienen er tilfredsstillende. Eget kapittel om renhold og orden i sykeavdelingen. Argumentasjonene er at rene og velstelte omgivelser gir velvære og trivsel. Orden og hygiene hører sammen. Presenterer generelle regler i rengjøringsarbeidet innebefattende gulvvask, renhold av møbler og fjerning av avfall, samt stell av blomster (Hauen, 1967, s. 42- 62).

«Sykepleierens oppgave i forbindelse med pasientens ernæring» har eget underkapittel tilhørende «pasienten personlige hygiene» i læreboken fra 1967 hvor Hauen er forfatter. Varm mat serveres varm, og kald mat serveres kald. Maten skal være pent og delikat anrettet, for å være appetittvekkende. Gjerne pyntet med farger. All mat serveres på brett, selv om det kun er ett glass. Brettet istandgjøres med omhu etter pasientens ønsker og behov. Matbrettets uttrykk viser omtanke for pasienten. Matbrettet er dagens viktigste begivenhet for pasienten. Alt på brettet skal være rent og helt, og står den riktige veien slik at hanken kan tas med høyre hånd. En blomsterkvast gjør matbrettet ekstra innbydende. Måltidet er en hvile- og hyggestund. Det å kunne sitte ved bordet gir muligheter for sosial kontakt. Har man ikke spisestua bør oppegående pasienter sitte ved spisebord på sykerommet. Frisk luft i rommet må besørges til måltidene og at det er pent og ryddig. Atmosfæren må være så innbydende som mulig. Den som serverer, må være velstelt og pen i uniformen. God sittestilling til de som spiser i senga. Sørge for at pasienten når alt, og hjelpe han til rette. Det beskrives mating til hjelpeløse pasienter, men det å spises selv er det første skrittet til selvhjelp og det pasienten kan utføre selv må stimuleres slik at han blir mest mulig selvhjulpent. God tid og snakk med pasienten under måltidet. Etter måltidet er inntatt i fred og ro, pasienten skal vite og føle at han får tilstrekkelig tid, kan man rydde inn oppvasken

(Hauen, 1967, s.118- 122). Sykepleierne har ikke ansvar for å gjennomføre renholdet, men å påse at hygienen er tilfredsstillende. Renhold har en mentalhygienisk og estetisk betydning, gir velvære og trivsel.

I 1975 og 1980 er utgavene forfattet av amerikanerinnen Mitchell. Agenten argumenterer for fjerning av vond lukt, luften før måltidene og påse appetittvekkende omgivelser.

Utformingen av pasientrommet, sykeavdelingen eller utstyr i rommene har sykepleieren liten innflytelse på. Det argumenteres for mating og opplevelsen ved å bli matet (Mitchell, 1975, s.233- 236 & Mitchell, 1980a, s. 280). Boken jobber problemfokuserende etter sykepleiereprosessprinsippet.

### **Posisjonering til måltidsmiljøet i perioden 1996- 2016**

I 1996 argumenterer Kristoffersen at noe av oppgaven ved matserveringen er å lokke frem matlysten. For pasientene skal måltidet også være en hvile- og hyggestund for pasienten. Rommet må alltid være ryddig og utluftet. Serviset og serviett må være helt og rent. Eventuelle hanker må stå i samme retning. Bord eller brett kan pyntes med en fargerik duk, lys eller annet som virker appetittvekkende. Små matporsjoner, store kan fjerne matlysten. Gjør maten fargerik med sitronskive eller liknende. Varm mat serveres varm og kald mat serveres kald. God sittestilling under måltidet. Se til at alt er innenfor rekkevidde. Måltidet inntas i fred og ro, pasienten må få den tiden han trenger. Ved dårlig matlyst kan sykepleieren prøve å distrahere, gjennom samtale, slik at tankene ikke bare kretser om mat. Rydd ut brett og mat etter måltidet. Rommet luftes etter måltidet. Miljøet hvor maten inntas må være tilpasset. Spisestillingen vil påvirke pasientens valg av matvarer og hjelpemidler. Det argumenteres for mating til hjelpetrengende og generelle retningslinjer ved mating (Kristoffersen, 1996b, s. 332-337).

I Kristiansen et al. 2. utgave fra 2005 benyttes begrepet måltidssitasjonen. Det argumenteres for tiltak som fremmer pasientens matlyst gjennom blant annet



institusjonenes arkitektur, det estetiske i rommet og ved presentasjonen av maten. Inntas maten i samme rom som pasienten sover i kan lukt og lyd påvirke appetitt og matinntak. Rommet som måltidet inntas i skal være rent, pent og luftet. En god sittestilling i seng dersom pasienten er sengeliggende. Det er vanskelig for eldre og syke å spise maten sin selv. Ferdig anrettet mat kan virke stimulerende.

Sykepleieren har ansvaret for å servere til de som ikke greier å forsyne seg selv, maten skal være delikat anrettet. Videre argumenteres det for at sykepleieren må planlegge sitt arbeid slik at pasienten får ro og ikke avbrytes av at undersøkelse, legevisitt og blodprøver skal gjennomføres under måltidet. Måltidet skal være en hvile- og hyggestund og det skal gis nok tid til å innta maten. Rommet må alltid være ryddig og utluftet. Sykepleieren skal være ren på hendene før maten serveres. Sykepleieren må gjerne samtale med pasienter som har dårlig matlyst for å få tankene over på noe annet enn mat. Kopper og glass skal være rene og hele, og hankene stå samme vei for at det skal se delikat ut. Farger på maten og duk, gjerne en blomst som gjør det mer appetittvekkende. Varm mat serveres varm og kald mat serveres kald. Matrester ryddes ut og ikke blir stående. Argumenteres for råd når pasienten har behov for hjelp i spisesituasjonen (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005b, s. 148- 152).

I Kristiansens et.al læreboken fra 2011b, argumenteres det for god sittestilling som gjør at maten lettere kan plasseres innenfor rekkevidde. Her benyttes begrepet spisemiljø. At matlysten øker i et estetisk pent og trivelig miljø, er vist gjennom studier fra 1980 tallet. Rommet må være rent, ryddig og luftet. Gammel mat og drikke skal fjernes fra rommet. Stress og uro hemmer appetitten. Sykepleierne bør legge til rette for at pasienten får ro under måltidet og ikke forstyrres av undersøkelse, legevisitt og blodprøver. At personalet sitter sammen med pasientene under måltidet stimulerer til hygge og gjør at de kan være mer tilgjengelig for hjelp til de som trenger det. Det kan også stimulerer til ro i måltidet og besørge at alle får tid til å spise. Det blir en rolig og god atmosfære. Ellers argumenteres det for råd ved matserving fremstilt i en rosa boks. Her argumenteres det for sykepleierens renslighet ved matservingen, servicet og serviett skal være helt og rent. Hankene på koppene må stå samme vei og maten serveres delikat. Ved bespising ved bord kan det

pyntes med duk, blomster eller annet som virker appetittvekkende. Matporsjonene tilpasses den enkelte og serveres appetittlig med farge fra tomatkive og liknende. Varm mat serveres varm kald mat kald. Sykepleieren kan forsøke å samtale om ting som slik at tankene ikke bare kretser om maten. Rommet luftes viss nødvendig. Det vises til ernæringstrappen for målrettede tiltak. Den ble utarbeidet i 2009 (Kristoffersen et. al, 2011a, s. 187-189). I utgaven fra 2016 fremkommer ingen endring i posisjoneringen til måltidsmiljøet.

### 5.1.2 Oppsummering av posisjoneringene i perioden 1877-2016.

Miljøet rundt pasienten har hele tiden vært sentrert til renhold, det vil si et rent rom, orden, redusere støy, lys, lukt, temperatur, lufting relatert til rommet. God sittestilling for å kunne innta måltidet. Møtet ved matserveringen sentrere seg rundt sykepleierens personlige hygiene, ren og nett, og å konversere under måltidene, samt å være til hygge og skape god atmosfære for pasienten. Pasientene skal gis nok ro, og tid til å få spise. Oppryddingen skal skje raskt etter inntatt måltid, men ikke virke forstyrrende. Posisjoneringen om matservering fikk tidlig eget kapittel i lærebøkene. Teknikker tilknyttet mating har også dominert historien. Spesielt etter 1940 har symmetri og estetikk vært en stor del av måltidsmiljøet.

Presentasjonen av maten sentrer rundt oppdekkingen, rent og helt servise og serviett, rett temperatur på maten, og være appetittvekkende og å fremme matlysten ved hjelp av et pent dekket brett, og anretning av maten med farger og porsjonstørrelse.

Gjennom registrantanalysen av agentenes posisjoneringer i lærebøkene har ikke forskeren funnet endringer som oppfattes som brudd gjennom hele historien. Forskeren vil heller si at kunnskapen er reprodusert fra den ene agenten til den andre, med noen enkle tillegg for å gjøre maten mer appetittlig og fargerik. Det oppfattes som om det gjennom historien har blitt jobbet med å forbedre måltidsmiljøet for å sikre pasientene tilfredsstillende ernæring, men at tiltakene er de samme.

## 5.2 Konstruksjon av det medisinske feltet og det sosiale rommet agentene agerer i.

### 5.2.1 Konstruksjon av feltet

#### *Kulturell ramme*

I den helsefremmende og forebyggende rollen fikk embetsstanden og borgerskapet stor innflytelse. Det var levestandarden til disse klassene som skulle være gjeldende for allmuen, da embetsstanden og borgerskapet ikke var så hardt angrepet av infeksjonssykdommene som i de lavere samfunnsklassene. Det borgerlige dannelsesidealet skulle derfor innprentes i en befolkning for å skape det gode liv (Schiøtz, 2003, s.79). Embetsstanden og borgerskapet uttrykte sin velstand gjennom det materielle og hadde ikke fysisk tungt arbeid. De var godt økonomiske stilt utfra sin utdanning, sosiale nettverk og embetsstillinger. Kvinnene fikk utdanning gjennom privatskoler og var forbeholdt husmorrollen. Med slike ressurser satte de standarden for riktig livsførsel i samfunnet som ble tatt inn i helsearbeidet gjennom å kultivere allmuen gjennom hygieneopplysning, ernæringsopplysning og boligopplysning (Schiøtz, 2003, s. 41-122).

Moseng hevder at den moderne sykepleie oppstod i det øyeblikk de ufaglærte gangkonene forlot sykehusene. Kvinner fra middelklassen med skolering erstattet gangkonene. Sykehusene ble sentrum for den medisinske utviklingen i behandlingsmetoder, kirurgi, faglige utfordringer og forståelsesmetoder. Dette ga endringer i den medisinske praksis, teori og sykdomsforståelse. Bakteriologien og laboratoriemedisinen førte til nye måter å forstå årsaken til sykdom. Sykehusene ble sentrum for den offentlige helsetjenesten. Totalt ga dette legene behov for skolert «hjelp» i behandlingen og pleien av de syke. Sykepleie ble en spesialisert kunnskap rettet mot spesifikke områder innad i institusjonen (Moseng, O.G., 2014, s. 164-167).

For å forklare hvorfor måltidsmiljøet har blitt som det har blitt har jeg undersøkt hvilke logikker som var ledende i feltet.

### *Renovasjonsperioden*

I læreboken til Rikke Nissen rettes mye av hygiene- og ernæringsarbeidet mot private hjem. Ofte ønsket de høyere samfunnsklassene å bli pleiet i hjemme da sykehusene ikke hadde noe godt rykte. Hun beskriver i sin bok, hvordan sykerommet bør innredes i privatpleie og hvordan renholdet skal ivaretas. Når det gjelder sykehusene, skriver Nissen at sykerommene krever den største renslighet for å hindre sykehusinfeksjoner og spredning av smittsomme sykdommer (Nissen, 2000, s.25-48). Når det kom til matinntaket, satte Nissen stramme begrensinger for dette. De fleste syke trengte ikke så mye mat. Tilstanden kunne forverres ved at den syke fikk mye mat, fordøyelsen ikke ville greie å håndtere dette hos den syke (Nissen, 2000, s. 35-38). Perioden som Nissen agerer i blir av historikerne i hygiene definert som renovasjonsperioden, sanering av risikofaktorer var førende. Den gikk frem til ca. 1880. Det er nærliggende å tro at hennes posisjoneringer i boken er inspirert fra Tyskland (Diakonisseutdannelsen ble tatt der) og England (Nightingale), samt at hun har benyttet litteratur både fra Tyskland og England (Schiøtz, 2003, s.226 & Nissen, 2000, kildehenvisning). England fikk sin helselov i 1848. Dødeligheten og sykkeligheten sank etter disse lovpålagtes hygieniske tiltakene ble fremmet (Jervell, A.,1951b, s. 447).

Logikken i feltet går fra miasmeteori til mikrobiologi som årsak til sykdom, nærmest i overgangen fra Nissens bok i 1877 til Waages første bok i 1901. Denne endringen ga også behov for økt kunnskap i hygiene og ernæring til borgene ifølge norske myndigheter. Sosialhygienen ble ett resultat av dette (Schiøtz, 2003, s. 110). Den bakteriologiske perioden spenner seg fra 1880 til 1910. Noe som fremkommer i bøkene til Waage.

### *Sosialhygienisk og mikrobiologisk- logikk 1910-1940*

Waages bøker er direkte rettet mot sykehusene som læreinstitusjon (Waage, 1901/1914, Forord). I 1901 utgaven har mikrobene blitt en del av pensum og det omtales sundhetslære eller hygiene som en del av den medisinske vitenskapen, hvor fokus er å finne forhåndsregler og midler for å forebygge sykdom. Kunnskapen om mikrobene får større betydning for hvordan boligene bør innrettes, hvilke næringsmidler, drikkevann og klesdrakt

bør være. Waage ytrer holdninger tilknyttet sosialhygieneideologien. Hygienens sammenfaller med læren om sykdommens årsak. Han berører også teorien om arvehygienens i den forstand at mange mennesker har anlegg eller disposisjoner for enkelte sykdommer som er medfødt eller ervervet. Spesielt gjelder dette nerve- og sinnssykdommer. U hensiktsmessig levemåte kan føre til ulike sykdommer. Waage beskriver hvordan man kan hindre mat i å bli fordervet, og at mikrobenes også beskytter (Waage, 1901, s. 127- 137). I den reviderte 1914-utgaven fremkommer samme kunnskap.

Fra ca. 1910 beveger hygienearbeidet seg inn i en såkalt sosialhygienisk periode. De svakeste i samfunnet skulle heve sin stand ved hjelp av statelige sosiale reformer. Troen på at miljøet hadde formende kraft, fikk innen forskning og politikk, stor gjennomslagskraft. Fokuset gikk fra den klassiske hygienens i kampen mot smitte som hovedfokus, til ideen om at de sosiale miljøet var avgjørende for utviklingen av befolkningens og individets helse, her gjeldende boligforhold, ernæring, yrke og samfunnsklasse. Gjennom flere virkemidler skulle smitteveiene tettes hos spesielt utsatte grupper.

Oppdagelsen av vitaminene i 1912 og hvor mangel på disse kunne gi sykdom ble ny kunnskap som fremmet sosialhygiene. Ved riktig og rikelig tilføring av ernæring kunne disse sykdommene behandles (Fause & Micaelsen, 2002, s. 138-139). Frem til etter 2. verdenskrig var det kun to muligheter for å ernære pasientene. Det var enten ved å innta maten via munnen selv eller med hjelp, eller sondeernæring (enteral ernæring). Parenteral ernæring ble utviklet på 1950-60 tallet, men fikk ikke innpass før på 1970-tallet. I dette forsvant den enterale ernæringen, sammen med de som behersket denne kunnskapen. Kunnskapen har derfor måttet bygges opp igjen fra tusenårsskiftet (Flaaten, 1999, s. 21).

Erik Evang og Carl Schjøtz var bidragsytere for den sosialhygieniske ideologien i Norge. Schjøtz utøvde studier på barns fysiologiske vektutvikling med formål å danne antropologiske gjennomsnittsnormer. Utgangspunktet var egentlig å forske på barns kosthold i en region av landet. Evangs ernæringsforskning på 1930-tallet overbeviste han om at kostholdet var den viktigste miljøfaktoren for menneskets naturlige utvikling og ikke

minst på motstandsevnen. Legene mente at politikk og fag ikke hørte sammen, mens Evang fremmet det motsatte (Schiøtz, 2003, s. 226-228). Tanken om at de sosiale og økonomiske forholdene som ernæring, bolig, renslighet og friluftsliv hadde betydning for individets motstandskraft, og ikke bar smittestoffet alene, var årsak til sykdom, ble gjeldende (Jervell, 1951b, s. 445).

I læreboken til Grøn og Widerøe 1921/1926 (1921, s. 219-240 & 1926, s. 183-204) argumenteres det for samfunnshygiene og mikrobiologi. Jervells lærebok fra 1941 (bind 2, s. 5-68) argumenter også for sosialhygiene og mikrobiologi. Bøkene samstemmer med tidens logikk de er skrevet i. Jervells utgave fra 1951b (s. 445) samt Jervells utgave fra 1960, hele bind 9 omhandler også sosialhygiene og sosialmedisin.

NSFs lærebok fra 1967 tufter også på sosialmedisin-logikk. Sykdomspanoramaet har nå endret seg fra de dominerende infeksjonssykdommene, til kroniske sykdommer forårsaket av livsstil (Lerheim, 1967b,, s. 148-150).

### *Feltets medisinske utvikling gjennom sykehusene*

De tidlige hospitalene hadde nærmest fungert som fattighus og skjerming av de spedalske og kriminelle. Skillelinjene mellom pleie, fattighjelp og tvangsarbeid var derfor vage. Med naturvitenskapen og påfølgende medisinsk utvikling i århundreskiftet ble det ett paradigmeskifte i sykehusene hvor den kurative hensikten ble grunnlagt. Sykehusene ble også forskning- og utdanningsinstitusjoner for sykepleiere og leger. Det ble mulig å utrede og behandle pasientene. Behandlingsregimene ble mer og mer spesialisert og sykehusene vinner posisjon i samfunnet (Moseng 2012, s. 77-80). Kvaliteten på pleien endret seg ikke i takt med medisinenes framgang. Pleierskene var gangkoner og våkekoner rekruttert fra tjener- og arbeiderklassen med liten kunnskap og dannelse. Man kunne derfor ikke forvente stort av dem. En overgangskone var ønskelig, fra legenes side, for ha en oppdragende effekt på gangkonene. Legene stilte krav om mer kvalifiserte pleiere, og at denne skulle være fra en høyer dannet klasse (Fause & Michaelsen, 2002, s. 81- 84). 1920-30 tallet blir sykehusene helsevesenets sentrum. Sykehusarkitekturen var preget av harmoni, symmetri, orden og hygiene. Gulvene var blanke og sengene stod på geledd, noe som vitner om disiplin og

omsorg for pasientenes helse. Sykehusene hadde strenge systemer, rutiner og krav til faglige kvalifikasjoner overfor sykepleierne (Moseng, 2012, s. 149 og s 172). Private sykehus som Røde Kors` klinikk i Oslo hadde sykeværelser innredd etter borgerlig inspirasjon, med tapet på veggene og duk på bordet (Melby, 2000, s. 58). På 1960 tallet økte behovet for flere medisinske spesialavdelinger på grunn av legevitenenskapens rivende utvikling. Det hadde vært en betydelig kvalitetsheving i tjenesten. Den gode utviklingen i norsk økonomi på 1900-tallet ga muligheter for denne ekspansjonen (Schiøtz, 2003, s. 325 & s. 330).

### *Økonomisk-logikk fra ca. 1970*

Etterkrigstiden blir en ny ideologisk epoke, velferdsstaten. Verdigrunnlaget bygger på trygghet, frihet og likhet og at medborgerne har en moralsk forpliktelse til å vise samfunnssolidaritet og tjene fellesskapet. En sterk statlig styring, et bredt offentlig engasjement og planstyre hvor et samlende program for utviklingen innen ulike sektorer er virkemiddelet. Fagekspertene var en nødvendighet for å gjennomføre den ønskede planpolitikken. Ved å ivareta folkets helse ville landets styrke også vokse. Husmorpolitikken var en del av dette. Bieffekten av dette ga økt skille mellom kjønnene, men tilsynelatende øker verdien av kvinnenens tradisjonelle arbeid for å fremme velferden slik at Norge kan bli en kultivert stat på linje med andre (Kleppe, 2019, & Schiøtz, 2003, s.311- 346). Denne ideologien belastet den sentrale økonomien og overstyrte helsevesenet. Nytenkningen dreide seg mot et mer effektivt og rasjonelt helsevesen, drevet etter markedspolitikk-prinsippet. Tilbud og etterspørsel på brukernes premisser på det laveste effektive omsorgsnivå, LEON- prinsippet (Schiøtz, 2003, s. 369 & s. 500).

### *Sykepleievitenskapens egenomsorgsteorien/behovsteorien*

I læreboka fra 1967 som, Norsk sykepleierforbund utga, presenteres sykepleieprosessen og sykepleieteoretiker Henderson for første gang. Sykepleien skal ta utgangspunkt i den enkeltes behov, ved at den profesjonelle sykepleieren identifisere pasientens *behov* for pleie, yte direkte hjelp, simulere til selvhjelp og overlate til andre grupper det de skal ta seg av. Underforstått at sykepleieren ikke skal gjøre alt for den syke, men se til at han får den pleien han skal ha ut fra hans behov (Hauen, 1967, s. 14). Innføringen av sykepleieteorier

tilknyttet behovsteoreier/ egenomsorgsteorier ved hjelp av sykepleieprosessen, faller naturlig inn i logikken for økonomisk sparing og LEON prinsippet (Schiøtz, 2003, s. 369). Det laveste effektive omsorgsnivået er også å delegere enklere oppgaver til hjelpepersonell slik som hjelpepleierne. Hvilke oppgaver dette gjelder kan defineres gjennom sykepleieprosessen. En slik logikk vil være effektiv og lønnsom da målet er å gjøre pasienten mest mulig selvhjulpent og reduserer behovet for hjelp til ivaretagelsen av seg selv. Samme logikk er benyttet i lærebøkene til Mitchell (1975/1980).

Posisjoneringene for måltidsmiljøet i Kristoffersen lærebok fra 1996 kategoriseres under ernæringskapitlene i lærebøkene. I denne boken blir det vist til blant annet Jervells lærebok fra 1941 og Nightingales posisjoneringer til måltidsmiljøet (Kristoffersen, 1996b, s. 333). Måltidsmiljøet virker til å ha endret status til en vitenskapelig fundert praksis. I leting på svar på hvorfor agenten posisjonerer seg som hun gjør til måltidsmiljøet i lys av feltet i perioden finner jeg flere avisoppslag fra mars 1980, i ulike aviser. Her varsler overlege Thomas Bøhmer om høy forekomst av underernæring blant eldre i Oslo. En tredjedel av de innlagte ved Krohgstøtten sykehus i Oslo er meget alvorlig underernærte. Bøhmer uttaler at man ikke lærer noe om underernæring i det medisinske studiet da det er en konsensus om at fenomenet ikke forekommer i Norge (Arbeiderbladet, 1980, s. 9).

I den videre letingen finner jeg «Retningslinjer for kostholdet ved helseinstitusjoner» fra 1983. Den er utarbeidet av Statens ernæringsråd og utgitt i samråd med Helsedirektoratet. Dette er første gang det gis ut en offisiell anbefaling til kostholdet ved helseinstitusjoner i Norge. Det forutsettes at anbefalingene skal benyttes ved sykehus og andre helseinstitusjoner, ved planlegging av kostholdet ved sykehus og andre helseinstitusjoner og som grunnlag for undervisning og opplysning (Statens ernæringsråd, 1983, s. 3). Disse retningslinjene kommer i nye utgaver i 1985, 1989, og i 1995. I mars 1986 setter Helsedirektoratet ned en intern arbeidsgruppe som gjennom sitt arbeid skal foreslå tiltak/strategi for å forebygge underernæring hos pasienten med hensyn til blant annet miljømessige forhold omkring spisesituasjonen. *Det argumenteres for at området (forstås som underernæring i helseinstitusjoner) har hatt lav prioritet* (Helsedirektoratet, 1986; 2006,



s. 31). Videre i dokumentet argumenteres det for at forhold som pasientens tilstand, *spisemiljø*, bemanningssituasjon, mattilbud, og måltidenes fordeling over dagen påvirker matinntaket til pasientene. I grunn- og videreutdanningen av helsepersonell, bør undervisning i kosthold og klinisk ernæring styrkes da, overvåking av matinntak og ernæringsstatus *er lavt prioritert* innen den medisinske behandlingen og pleien, både ved utdanning og i klinisk praksis. Dokumentet argumenterer for at årsaker til underernæring kan være forhold relatert til miljøet; spiseplass, servering, hygiene, trivsel, ro, personalet, hjelp og redskaper. (Helsedirektoratet, 1986; 2006, s. 32-34). I 2002 ble en ny arbeidsgruppe nedsatt med mandat for blant annet å oppsummere og evaluere helsedirektoratets anbefalinger fra 1987. Formålet for arbeidsgruppen er å bidra til å øke oppmerksomheten og prioriteringen av pasientens kosthold (Helsedirektoratet 2006, s. 3). Dette er ett arbeid som fortsatt pågår gjennom Helsedirektoratets, Trygge hender 24/7 og reviderte nasjonale faglige retningslinjer i forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2022) og som gjenspeiler seg i lærebøkene for grunnutdanningen for sykepleiere i Norge.

### *New Public Management*

På 1980-tallet ble det stopp i bevilgningene fra myndighetene i helsebudsjettet. De ønsket en bedre kontroll, styring og effektiv drift: «Mer helse for hver krone». Knappe ressurser tvang frem krav om effektivisering. Kurdøgnsordningen ble byttet ut med rammefinansiering. Denne ordningen skulle fremme effektivisering, økt kostnadskontroll og mer rettferdig fordeling av ressursene, geografisk. Idealet fra industrien ble omfavnet. New Public Management-bølgen slo innover offentlig sektor i midten av 1980-tallet, med formål om å øke effektiviteten og styrke kontrollen i offentlig sektor. Effektivitet forstått som bedre tilbud (kvalitet) og lavere driftskostnader, eller sagt på annen måte samsvaret mellom behov og tilbud skulle sikres bedre (Lund, 2012, s. 379). Behandling poliklinisk og ved dagkirurgi, reduksjon av sengeplasser og redusert liggetid ved somatiske sykehus ble ett resultat av å effektivisere driften (Schiøtz, 2003, s. 503). Større kontroll over utgiftene, kunne staten få gjennom standardisert behandling. Helsevesenet kan slik lettere styres av politikere og myndigheter og i mindre grad av fagfolk og skjønn. Omsorg og pleie, som vare, prissettes og defineres gjennom instruksjer (Boge, 2011, s. 88-89). Slik som faglige nasjonale retningslinjer.

### *Kunnskapsbasert praksis*

Midt på 1990-tallet ble ett nytt begrep bekjentgjort; Evidensbasert medisin. Retningslinjer ble utviklet i denne ideologien. Slik smeltet medisinsk kunnskap sammen med statlig styring. Finansieringen av sykehusdriften kom opp på nytt. I Kristoffersen (1996) oppfattes det som måltidsmiljøet fremkommer vitenskapelig fundert.

Forslag om innsatsstyrt finansiering (ISF) ble fremmet. Dette skulle stimulere til økt behandling av flere pasienter. Sykehusene skiftet eiere fra fylke til stat, organisert gjennom fem helseforetak med datterforetak i 2002. Ett profesjonelt styre for hvert av de regionale helseforetakene ble etablert bestående av næringslivstopper og helsefaggrupper (Schiøtz, 2003, s. 507- 518). 90-tallet førte også med seg kvalitetssikring gjennom strukturelle tiltak. Pasientloven fra 1999 ble resultatet som samlet pasientens rettigheter og skulle sikre kvalitet i tjenesten (Schiøtz, 2003, s. 519).

### *Innsatsstyrt finansiering*

Helse- og omsorgsdepartementet gir hvert år ut oppdragsdokumenter til de fire regionale helseforetakene. Her fremkommer det krav om hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende året og hvilke midler som er stilt til disposisjon gjennom Stortingets budsjettvedtak. Budsjettet inneholder en egen post for innsatsstyrt finansiering, og utbetalingen skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Systemet har lagt til rette for å øke konkurransen gjennom å øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi. Gjennom gitte kriterier for DRG-poeng (Diagnoserelaterte grupper-poeng) vil ulike diagnoser genererer høy eller lav inntekt i systemet. Dette systemet ønsker å stimulere til økt aktivitet og effektivitet (Regjeringen, 2023). ISF-ordningen har vært benyttet siden 1997 (Schiøtz, 2003. s. 507).

Kristoffersen har i lærebøkene tilnærmet seg den økonomiske-logikken, gjennom å referere til standardiserte verktøy, slik som retningslinjer.

### 5.2.2 Oppsummering av feltet

Gjennom registrantanalysen og konstruksjon av feltet mener forskeren å finne to ulike dominerende logikker.

I perioden 1901-1967 forstås det som om sosialhygiene-logikken ligger til grunn som et resultat av bakteriologien. Lærebøkene fra 1901- 1967 følger denne logikken. Det er infeksjonssykdommene som skal bekjempes etter borgerskapets livs-stils-norm. Sosialhygiene-logikken befester den lave sosiale/økonomiske situasjonen hos det enkelte individ i sammenheng med sykdom og ikke bare mikrobiologi alene som sykdomsårsak. Motstandskraften bedres ved ernæringsrik og tilstrekkelig ernæring, samt opprettholdelse av hygieniske prinsipper innen bolig, ernæring og personlig hygiene. Da medisinen ikke hadde annen effektiv behandlingsmetode mot bakteriene før etter 2. verdenskrig var de hygieniske prinsippene viktige i dette arbeidet. I 1967 dreier fokuset seg fra infeksjonssykdommer mot kroniske- og livsstilssykdommer.

Den andre perioden, fra 1970- 2016, har logikken endret seg fra sosialhygiene til økonomisk logikk. Trenden med kroniske- og livsstilssykdommene vokser frem, og endres fokuset fra å bekjempe infeksjonssykdommene. Legevitenskapen på gjennom ny teknologi og medisin har fått kontroll på disse sykdommene og de er merkbart nedadgående. Behovet av helsetjenester har dermed endret seg, samtidig som det er flere intervensjoner som ikke gir samme behov for innleggelse i sykehusene. Offentlig sektor har endret seg. Den økonomiske-logikken hvor høy produksjon til lavest mulig pris, på lavest mulig nivå, er førende. Denne effektiviteten blir belønnet gjennom ISF-systemet. Til dette trenger man standardiserte instruksjoner. De vitenskapelige funderte retningslinjene fungerer som slike standardiserte instruksjoner.

### 5.3 Konstruksjon av det sosiale rommet

For å kunne forklare sykepleierfaget posisjoneringer overfor måltidsmiljøet, er det forsøkt å konstruere det sosiale rommet sykepleieren agerer i (Wilken, 2008, s. 54-60). I *det sosiale rommet* har relasjonen mellom leger og sykepleiere en sentral plass. I denne studien innebefatter dette leger og sykepleiere som har agert som lærebokforfattere og medforfattere. Gjennom å definere agentenes økonomiske, kulturell og sosiale kapital vil det fremkomme hvem som er den dominerende agenten i rommet. Legene har tradisjonelt vært menn fra høyere sosial klasse, mens sykepleieren ofte har hatt middelklassebakgrunn og vært kvinner (Schiøtz, 2003b, s. 156-168). Tradisjonelt har menn dominert over kvinnen. Agenter fra høyere sosiale lag har dominert agenter fra lavere sosiale lag. Disse dominansforholdene gjør seg gjeldende i analysen av agentenes posisjoneringer overfor sykepleie(ren). Dette etter inspirasjon av Eri sin masteroppgave om «Håndhygiene til den koordinerende operasjonssykepleieren på operasjonsstuen» (Eri, 2020, s. 43) (vedlegg 3, tabell 4).

#### **1877-1920 Legen dominerer sykepleieren.**

Nissens lærebok fra 1877 er bygget på at sykepleie ble sett på som et kall. Diakonissens oppgaver var å lindre den sykes lidelse, utføre legens forordninger og rapportere til denne om den sykes tilstand. Diakonissen skulle være lydige mot legen i alt som vedkom den sykes pleie, forstås som behandling og undersøkelse. Den legemlige sykepleie, som er diakonissens oppgave, består blant annet i å servere mat og drikke, samt utføre alt på en sykestue ordentlig og upåklagelig, som forstås som husholdningsoppgaver. Hun stilte spørsmål om en kristelig barmhjertighetsgjerning var godt nok for å bli en god sykepleier, eller om det var behov for relevant utdanning (Nissen, 2000, s. 19-23). Rikke Nissen (1834-1892) var en språkkyndig og velutdannet Diakonisse fra embetsmannsfamilie og storgård på Hedmarken. Hun forble ugift og blir ansett som sykepleierpioner. Hun skrev den aller første læreboken for sykepleiere i Norge (Martinsen, 2000, s.252-257).

Sykepleieren har ifølge den mannlige legen Waage to plikter i lærebøkene fra 1901 og 1914. Det er å pleie den syke og å rapportere til legen om den sykes tilstand. Sykepleieren skal sette seg i respekt hos pasienten, trygge han og heve sin stilling overfor han ved å være rolig, bestemt og myndig slik at legens forordninger i behandlingen blir fulgt. Sykepleieren kan fravike legens forordning dersom noe akutt skjer, men helst ha forsøkt å nå legen først. Legen angir kun de viktigste reglene for hvilken behandling som skal gjelde, i andre småting er sykepleieren selvstendig omhandlende sykepleierens daglige sysler; blant annet at pasienten får den næringen han skal ha, ren og frisk luft, holde pasientrommet rent og ryddig der det er nødvendig på grunn av omstendighetene. Sykepleieren har ansvaret dersom det gjøres av andre. Pleie og omsorg krever ikke kunnskap i den grad som ved operasjoner og pleie ved spesielle sykdommer. Ikke ett levebrød, men en oppofrelse for sine pasienter/et livskall (Waage, 1901 s. 1-17 & Waage, 1914, s. 1-14).

I perioden 1877-1914 er legen den dominante. Det kan se ut til at sykepleieren skal være «dobbel» arbeidende da hun skal være tilgjengelig for legen som hans assistent i behandlingen, men selvstendig i huslige oppgaver, eller som Waage uttrykker småting, som omhandler en rekke oppgaver. Fordelingen av arbeidsoppgavene mellom kjønnene er tradisjonelt fordelt, kvinnene hadde sitt virke i hjemmet. Waage setter kvinnen og hennes sykepleieoppgaver i en lav posisjon og slik opphøyer seg selv og sin legestand. Selv om perioden ga kvinnene flere rettigheter gjennom endring av lovverket, virker det til at hun skal være lydige mot mannen (legen). Flere kvinneorganisasjoner etableres. Kvinner i riktig posisjon fikk stemmerett ved stortingsvalg. Kvinnene fikk innpass i det offentlige rom, men det var forbeholdt kvinnene fra middelklassen gjennom sin posisjon i samfunnet (Fause & Micaelsen, 2002, s. 78-81). Waage ønsker å beholde sin posisjon over kvinnen og hennes naturgitte funksjon i husmorrollen, og kvinner fra borgerskapet hadde den riktige dannelsen i dette arbeidet, som underdanig mannen.

Sykepleierrollen ble i pionertiden forbundet med en «biologisk forankret kvinnelighet eller essens». Den var medfødt og en naturlig egenskap formet av kjønn. Sammen med det religiøse verdigrunnlaget, ble sykepleierens yrkesidentitet formet. I det religiøse aspektet sto

underordningsideologien, kallet og kjærlighetsgjerningen fundamentalt. Selv om det i den moderne sykepleien ble kjempet for selvstendighet sto sykepleieren underordnet legen, uten tvil. Det samme gjaldt for sykepleierens gode egenskaper som tradisjonelt kvinnelige. Sykepleierollen har blitt sammenliknet med den gode mors omsorg for sine barn, uegennyttig, tjenende, tilstedeværendekjærlig, streng og oppdragende. Gjennom yrkesrollen hadde sykepleieren sitt liv innenfor institusjonens vegger. Hun bodde og arbeidet ved samme institusjon. Giftet hun seg, gikk hun ut av det lønnede arbeidet da det ikke kunne kombineres med familielivet på grunn av ideologiske og organisatoriske føringer (Schiøtz, 2003b, s 453-454).

Sykepleien går fra utdannede gangkoner til skolerte diakonisser/sykepleiere. Middelklassekvinnene utformet sykepleie til ett kunnskapsbasert kvinneyrke bygd på tradisjonelle, feminine egenskaper (omsorg) og tradisjonelt kvinnearbeid (husarbeid og ivaretagelse av andre) med gitte spesialiserte innretninger, definerte funksjoner innenfor behandlingsregimer, relevant kompetanse og skoling. Kravet om dannelse var passende for middelklassekvinnene som med vilje og skoling underkastet seg legens veiledning. Legene ønsket å forme sykepleierens funksjoner og roller som sin assistent, men sykepleierne ønsket kunnskap, kompetanse, status og selvstendighet (Moseng, 2003, s 18-21).

I 1912 dannet den ugifte sykepleiereliten Norsk sykepleierforbund. De var skolerte, faglig bevisste og selvstendige. Organiseringen skulle styrke faget, øke status, fremheve egenarten og videreutvikle sykepleie som en arena for selvstendig kvinnelig yrkesutøvelse og bedre kvinnenens rettigheter. De selekterte sine medlemmer gjennom utdanningskravet og jobbet for å profesjonalisere sykepleieren gjennom blant annet kunnskapsgrunnlaget. Videre satte den medisinske utviklingen standarden for sykepleien. Flere private organisasjoner som Røde Kors og Norske kvinners sanitetsforening hadde startet sykepleierutdanning for å møte etterspørselen etter utdannede sykepleiere både fra legene og samfunnet. Sykepleierens kamp for sykepleie som et eget fagfelt, uavhengig av kjønnsdimensjonen og sykepleieyrkets selvstendighet omhandlende noe annet enn legens assistent og at utdannelsen skulle

kvalifisere til noe annet enn husarbeid og hjemmehjelp og var samstemt mellom skolene (Moseng 2012, s.13, s. 83-84, s. 143-144 og s. 183). Dette kan forklare kvinnenes innlemmelse som medforfattere i lærebøkene for sykepleiere i den påfølgende tiden og den faglige tyngden som presenteres. Arntzen satt som en av to sykepleiere i Legeforeningens sykepleierkomite i 1918, samt i NSF utdannelseskomite.

### **1921-1960 Sykepleierne medforfatter, men legen dominant**

I lærebøkene «Haandbok i sykepleie» og «Lærebok i Sykepleie», utgitt av de mannlige legene Grøn og Widerøe, har to sykepleielærere Andrea Arntzen og Aagot Larsen forfattet kapitlene omhandlende sykepleierens egenskaper og plikter og kapitlet «alminnelig sykepleie». Det argumenteres for at sykepleie er ett kall som ligger godt til rette for kvinnen. Blir sykepleien oppfattet kun som ett levebrød vil sykepleieren fort falle fra. Leger og samfunnet ser betydningen for godt skolerte sykepleier. Sykepleieren må ha en sterk vilje til å hjelpe sine medmennesker så hun kan bistå legen i det forebyggende og helbredende arbeidet. I sykehusene er lydighet overfor legen absolutt og ubetinget. Kjennskap til husstell og husholdning, praktisk og teoretisk, gir en bedre forståelse for dietten og ernæringen samt økonomi. Sykepleieren har plikter overfor de syke, overfor legene og andre overordnede kolleger og seg selv (Arntzen, 1921, s. 1-9 & Arntzen, 1926, s. 1-9).

Lege og hovedredaktør Anton Jervell utgir lærebøker i 1941, 1951 og 1960. I alle utgavene presenteres flere kvinnelige sykepleiere som forfattere og i redaksjonskomiteen. Muligheter for en 3 årig sykepleieskole og boken er skrevet for dette. I 1951 er offentlig godkjenning og 3-årig grunnutdanning et faktum. Sykepleien bør være det sentrale i en sykepleierlærebok og derfor er sykepleierne representert faglig og redaksjonelt. Oversykepleier Marit Berg Domaas, instruksjonssykepleier Aslaug Heggenhougen og instruksjonssykepleier Ingrid Wyller argumenterer for at sykepleien har utviklet seg og derfor griper sykepleierens og legens oppgaver mer i hverandre. Hovedoppgaven til sykepleieren er stellet av den syke og må anses som en behandlingsmetode. Sykepleie er et fag som krever kunnskap, dyktighet og erfaring. Sykepleieren må være sterk fysisk og psykisk og se på sykepleie som noe mer enn bare ett levebrød (Domaas, 1941, s 1-5).

1941 utgaven fremhever at sykepleieren må besitte sterke fysiske og psykiske egenskaper. Sykepleierne hadde flere sykedager enn andre kvinneyrker. Det ble uttrykt at kjærligheten til kallet som sykepleier, hadde blitt utnyttet. Kan forklare argumentasjonen i lærebøkene hvor man måtte se på sykepleie som noe annet enn bare ett levebrød, nettopp for å greie de lange arbeidsdagene og oppofrelsen for andre. Ikke heller sykepleierne kom unna arvehygien (Moseng, 2012, s. 333-365).

For 1951 utgaven ligger hovedsakelig 1941 utgaven til grunn, men undervisningsleder Aagot Lindstrøm og tidligere oversykepleier Aase Vogt født Kristiansen har bidratt til radikale omarbeidelser. Lindstrøm er leder i NSF's utdanningskomite. Sykepleie er en humanitær og samfunnsmessig oppgave. Sykepleie er et yrke som krever full faglig opplæring. Den humanitære og sosiale betydningen sykepleien har i samfunnet gir sykepleieren en styrket yrkes- og standsbevissthet. Myndighetene har begynt å interessere seg for utdannelsen. Sykepleiere verden over har organisert seg om felles mål. Sykepleieren er den som er nærmest pasienten gjennom det daglige stedet. Sykepleieren er legens medhjelper, assistent ved undersøkelser og behandlinger, samt administrerer forordninger. Ansvaret (leder) for det huslige arbeid i avdelingen hviler på sykepleieren. Mye av det arbeidet som forekommer i en vanlig husholdning, foregår på sykehuset i tilrettelagte sentraler. Sykepleierne skriver om sykepleiefaglige emner, legen om emner tilsluttet medisinfaget (Lindstrøm et. al., 1951, s. 1-3).

1960 utgaven er det igjen endringer grunnet den stadige utviklingen i medisinen og økende kravene til sykepleierens utdanning. Nye forfattere i sykepleiefaget er sykepleierlærerinnen Bjørg N. Hoven, sykepleierlærerinnen Kari Tveit og sykepleierlærerinnen Kjellaug Tveit. Hele boken er tilegnet alminnelig sykepleie. Ny norm for etiske retningslinjer vedtatt i 1953 omhandlende blant annet sykepleiers ansvar for å bevare liv, lindre smerte og fremme helse. Sykepleieren skal også nå utføre legens ordre og støtte legens tillitt. Sykepleieren er berettiget til rettferdig lønn. Mye av argumentasjonen for sykepleierens posisjon i rommet er likt fra 1951 utgaven. Nytt er argumenteres for samarbeid mellom sykepleier og andre



yrkesgrupper innen sykehuset slik som samaritter, hushjelp, stuehjelp, kjøkkenpersonell med flere. Ansvaret for at det huslige arbeidet i avdelingen blir utført hviler på sykepleieren slik som renholdet (Hoven, 1960, s. 9-13). Sykepleieren ble koordinerende overfor andre yrkesgrupper, og hadde overoppsynet med deres utførelse.

Norsk sykepleierforbund (NSF) ble etablert i 1912, forut for perioden. Sykepleierne som var medforfattere og i redaksjonskomiteen av gjeldende bøker, var representert i høyere stillinger i NSF. NSF hadde kjempet en lengre kamp for sykepleiefaget (Moseng, 2012). De aktuelle sykepleieragentene har også videreutdanning og lederstillinger. Med denne stigende anerkjennelsen og posisjonen til sykepleieren nærmer sykepleierne seg legenes posisjon. Dette vises gjennom at det sykepleiefaglige får en mer sentral plass i bøkene, selv om legen som dominant agent fortsatt relaterer sykepleie til huslige forpliktelser.

### **1967-1996; Sykepleieren overordnet legen**

I 1967 dominerer sykepleierne selv kunnskapsformidlingen. Lærebøkene er skrevet av sykepleiere, til sykepleiere i utdanning. Det var en 12 bind utgave utgitt av Norsk sykepleierforbund hvor Kjellaug Lerheim var formann. Boken om generell sykepleie er skrevet av avdelingssykepleier Anne Elisabeth Hauen. Nytt undervisningsprogram forelå fire år etter utgaven til Jervell i 1960, med betydelig utvidelse av pensum. En ny tankemåte for utøvelse av sykepleie var fremmet i denne boken. Sykepleie skulle utøves ut fra pasientens behov. Den praktiske læringen var viktig da prosedyrer læres der sykepleieren er i praktisk turnus. Sykepleieren skal hjelpe pasienten til å bli uavhengig av hjelp så raskt som mulig, og til en fredfull død. Sykepleie er å arbeide sammen med pasienten. Hjelpepleieren vil i samarbeid med sykepleieren yte verdifull hjelp. Den profesjonelle sykepleieren skal kunne ta ansvar for sykepleie og identifisere pasientens behov for pleie, yte direkte hjelp, stimulere til selvhjelp og overlate til andre grupper det de kan ta seg av. Sykepleieren må nå kunne utføre en rekke tekniske, kontormessige og administrative oppgaver som ikke har direkte tilknytning til pasienten. Den egentlige sykepleie kan komme i periferien. Eget kapittel om sykepleierens oppgaver og ansvar for pasienten hvor pleien er sykepleierens ansvar, den går

ofte hånd i hånd med behandlingen (Hauen, 1967, s. 12--30). Sykepleierens posisjon som legens assistens er fraværende i boka. Sykepleieren er der for å yte helhetlig sykepleie i møtet med pasientens behov og situasjon, ikke legenes behov for assistanse.

I 1975 og 1980 er det den amerikanske sykepleieprofessoren Pamela Mitchell som er redaktør for sykepleiebøkene i grunnleggende sykepleie. Sykepleieren er offentlig godkjent og jobber etter og identifiserer sykepleiebehovene, planlegger helse og sykepleie selv, gir eller dirigerer utøvingen av den og vurderer virksomheten og resultatene selvstendig. Sykepleieren skal yte sykepleie som fag og møte pasientens behov (Mitchell, 1974, s.7-9 & 1980a, Forord).

### **1996-2011 Sykepleieren den koordinerende lederen**

I lærebøkene fra 1996 og 2005 hvor Kristoffersen er redaktør har sykepleieren et selvstendig ansvar for å ivareta sykepleierfunksjonen. Denne består i helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutiske sykepleietiltak overfor pasienter med akutt sykdom og skade. Sykepleierens oppgave er å støtte, fremme, beskytte og/eller erstatte individets omsorg for seg selv og å gjøre dette på en måte at det fører individet fram til optimal egenomsorg. Sykepleierne leder sykepleiertjenesten og koordinerer de ulike grupperes deltakelse i denne tjenesten. Etter vedlegg fra rundskriv 1041/82 (Kristoffersen, 1996a, s. 82 og Kristoffersen et. al., 2005a, s.

Sykepleier jobber selvstendige og ansvarsbevisst med evne og vilje til bevissthet og reflektert holdninger ved utøvelse av sykepleie. Sykepleie et praktisk yrke og omfatter områder/funksjoner som utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde omhandlende helsefremmende og forebyggende, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning. Handlingene bestemmes av hensikten. Sykepleieren vurderer og iverksetter sykepleietiltak selvstendig. Det ble etablert lovverk for kvalitetsutvikling i

sykepleie og sykepleierens plikter som følger av dette, samt de etiske og faglig krav til kvalitet (Kristoffersen et. al., 2011, s.17-21 & s. 343 – 385).

Sykepleie gikk fra å være ett kall til en selvstendig profesjon. Sykepleieren fikk sin posisjon under Gud og mannen. Sykepleieren fikk et liv innenfor institusjonen, i nær posisjon som husmoren som hadde sitt virke i hjemmet, unnlatt offentlig virksomhet (Schiøtz, 2003b, s. 456). Med etableringen av NSF fulgte arbeidet for bedre arbeidsvilkår, fritt valg av arbeidssted og faglig utvikling, gjennom utdanning og forskning. Sykepleierloven av 1948 hvor autorisasjonskravet og 3-årig grunnutdanning ble vedtatt bedret sykepleierens posisjon gjennom økt kunnskapsgrunnlag. I 1960 kom ny Sykepleierlov hvor NSF og sykepleierne fikk større innflytelse over faget, og teoriandelen i utdanningen ble fordoblet. Skolene fikk selvstendig økonomi og administrasjon. NSF var nærmest dominant i kunnskapsformidlingen frem til 1987. Ønsket om å bevare det tradisjonelle, pleie og omsorg, samt fange de nye medisinsk og tekniske oppgavene, økte arbeidsmengden for sykepleierne. Hjelpepleieren fikk overta de enkle arbeidsoppgavene som tidligere ble betegnet som husarbeid, men med oppsyn fra sykepleieren i 1963. Sykepleierne fikk formet sin egen kunnskapsformidling gjennom å forfatte lærebøkene selv. Fra 1987 ble utdanningen underlagt høyskole og fikk rammeplaner fra myndighetene med vektning av kunnskapsinnholdet. Sykepleierne ble slik fratatt sin posisjon til å dominere innholdet i læringsformidlingen (Lund, 2012, & Melby, 2000).

### **Oppsummering av agentenes posisjoner i det sosiale rommet 1877-**

I perioden 1877-1914 skulle sykepleieren være underdanig og dominert av legen gjennom sitt kjønn og sosiale klasse. Arbeidsoppgavene var tillagt kjønn og med den praktiske kunnskapen om disse. En kunnskap som var medfødt og var derfor ikke i behov av lengre skoling ifølge den dominante agenten. Denne posisjoneringen av sykepleierfaget viser at agentens disposisjon som mann og lege dominerer det sosiale feltet og posisjoneringene til måltidsmiljøet da agenten dominerer over sykepleieren.

I perioden 1921 – 1960 ble sykepleierne innlemmet i kunnskapsformidlingen, men den var begrenset til sykepleieroppgavene. Sykepleiers særegne fagkunnskap ble slik skilt fra

legenes. Med leger som hovedredaktører og sykepleiere som medforfattere (vedlegg 1, tabell 2) ble kunnskapsformidlingen etablert som en form for samarbeid. Ett uttrykk for at sykepleieren hadde bedret sin posisjon og anseelse. Sykepleierens arbeidsoppgaver ble fortsatt sett på som huslige oppgaver og det å være legens assistent. Det er fortsatt legene som agerer som den dominerende agent i det sosiale rommet ut fra sine disposisjoner som mann og lege.

Fra 1967 til 2016 er sykepleieren selv hovedredaktører for sykepleierbøkene og formidlingen av all kunnskap.. Perioden kan allikevel deles i to: Før 1987 styrte NSF innholdet i utdannelsen selv. Etter 1987 formes rammeplanen av myndighetene som påvirker redaktørens valg av innhold i lærebøkene og behov av medforfattere. Agentene innehar en lederstilling eller høyere utdanning utover grunnutdanningen i sykepleie som mastere/spesialutdanning, lektorer/sykepleielærer, førsteamanuensis og undervisningsstillinger. Det innhentes medforfattere i fagspesifikke emner som ernæring. Sykepleieren er ikke lenger legens assistent, men selvstendig i sine handlinger og faglige oppdateringer.

### 5.3.1 Oppsummering av måltidsmiljøets posisjonering i lys av feltet og det sosiale rommet

I registrantanalysen av (pkt. 3.4) agentenes posisjoneringer til måltidsmiljøet i lærebøkene, ble det ikke funnet noe brudd. Dette tolkes som en godt innarbeidet norm og konsensus som har holdt seg gjennom den moderne sykepleiens historie, og som er blitt formidlet gjennom lærebøkene..

Analysen og konstruksjonen av feltet viser endringer i logikken i feltet. Fra sosialhygiene-logikk til økonomisk-logikk. Fra omsorg til pris satt vare. Der hvor de svake i samfunnet skulle hjelpes, blir sykdommer og behandlingstiltak nå verdsatt etter gitte systemer som gir høyere «inntekt» enn andre, samt stimulerer til økt aktivitet/ «vareproduksjon». I denne økonomiske logikken gir måltidsmiljøet lite inntekt og, isolert sett, ingen produksjon.

Analysen av det sosiale rommet har gitt en oversikt over hvem som har dominert posisjoneringene av måltidsmiljøet. Bøkene med leger og menn som agenter argumenterer for sykepleierens arbeidsområde som husholdningsoppgaver. Dette kan oppleves som degraderende da sykepleie er faglig fundert. Når sykepleierne selv blir de dominerende agentene i kunnskapsformidlingen endres arbeidsoppgaven til å jobbe faglig og pasientsentrert gjennom sykepleieprosessen.

## 6.0 Diskusjon av funn

Sett i lys av feltet og det sosiale rommet ble måltidsmiljøet sin standard utformet gjennom en sykepleier-elite og legestand som var av høyere sosial klasse og ble normgivende for måltidsmiljøet. Uavhengig av agentens posisjon står normen seg fortsatt, opphøyd som vitenskapelig fundert i en nasjonal faglig retningslinje. I den faglige nasjonale retningslinjen innehar måltidsmiljøet en lavere posisjon sett i lys av den økonomiske logikken. I denne posisjonen vil andre arbeidsoppgaver som gir inntekt være mer attraktive, noe systemet ønsker. Figur 1 viser at legene fortsatt er dominante i rommet da deres oppgaver genererer inntekt, men dette gjelder kun der det er dokumentert (screenet) at pasienten har eller er i fare for underernæring. Dette kan forklare hvorfor den nåtidige måltidspraktikken har lav prioritet blant sykepleierne. Selv om sykepleieren innehar en posisjon som gjør at de selv formidler sin egen fagkunnskap gjennom lærebøkene, er denne påvirket gjennom de statlige utarbeidede rammeplanene. Det kan se ut til at sykepleierens posisjon blir styrt til en lavere posisjon enn legenes for å ivareta den økonomiske-logikken og kravene til effektivitet som dette generer. Det å avsette nok tid til å innta ett måltid er en del av måltidsmiljøet. Tid er også relatert til effektivitets-prinsippet. Dette gir to motpoler i et tenkt sosialt rom. Hvor legenes posisjon samstemmer med ønsket økonomisk-logikk. Dette er forsøkt visualisert i vedlegg 5, figur 1. For å imøtekomme denne effektiviteten og produksjonen ser det ut til at sykepleierens utøvelse av lærebøkens doxa blir styrt av den praktiske sans

Lærebøkene setter en norm angående posisjoneringene til måltidsmiljøet i litteraturen. Men hvilken betydning man legger i pent, appetittlig og hyggelig vil trolig preges av den tiden man

lever i og den enkeltes preferanse av det. Noen synes kanskje den tomatskiva eller salatbladet ikke gjør maten mer appetittlig, men heller motbydelig da vedkommende har preferanser til dette. Den enkeltes habitus vil således påvirke normen for hva som er pent, hyggelig og appetittlig. Det vil si at, selv om de aktuelle agentenes posisjoneringer om måltidsmiljøet ikke viser noen brudd gjennom registrantanalysen, vil det kunne være endringer som ikke er blitt avdekket på grunn av samtidens preferanse til hva som er pent, hyggelig og appetittlig. Dette kunne blitt undersøkt gjennom å innhente bildemateriale og analysert disse i de ulike tidsepokene.

Forskeren, som er født i en tid hvor sosialhygiene-logikken var retningsgivende, fikk sin opplæring av agenter som var født inn i, vokste opp i, fikk sin utdanning i og oppdro sine barn etter denne sosial-hygieniske-logikken. Dette kan forklare, og gir forskeren en forståelse av, hvorfor hennes posisjonering til måltidsmiljøet er som den er. Forskerens habitus er formet etter en sosialhygienisk-logikk, mens mange av mine yngre kollegaer trolig har sin habitus formet etter den økonomiske-logikken. Slik blir min «sosialhygieniske-norm» for måltidsmiljøet, møtt med heterodoxa. Det er derfor nærliggende og tro at doxa for fremtidig måltidsmiljø-praktikken vil være dominert av den økonomiske logikken fremtiden, da sosialhygiene-agentene er godt på vei ut av feltet.

Det funnet som overrasker forskeren mest er at måltidsmiljøet ikke er en glemt praktikk. Den har blitt stående i 140 år. Den har stått seg i sykepleierfaget gjennom legedominans, mannsdominans og dominans av en kvinneelite av høy sosial klasse over. Det er kanskje der svart ligger. At de dominerende har hatt herredømme over denne persepsjonskategorien, har ledet til at de dominerte har latt seg dominere. Dette faller inn under Bourdieus sin teori om symbolsk makt (Bøge, 2021, s. 7), som ikke tilhører denne oppgavens teorivalg.

Funnene gir også en bekreftelse på at måltidsmiljøet skaper en stimulerende situasjon for nevrologiske pasienter. Det gir god stimuli både kognitivt og motorisk, og er ypperlig i rehabiliteringsarbeidet. Samtidig skaper den hygge og sosial omgang og stimulerer til pasientmedvirkning.

## 6.1 Metodologiske styrker og svakheter

Metodens styrke er at den «jobber» frem de usynlige strukturene ved hjelp av systematisk innsamling ved hjelp av korte referater og analysearbeid av dataene. Selv om sykepleierne har lært det samme, utøves sykepleie på ulik måte. Den praxeologiske vitenskapsmetoden er derfor godt egnet til å tilnærme seg en forklaring og forståelse for hvordan dette kan ha seg. Det er selvfølgelig en svakhet at forskeren ikke innehar forskningserfaring og begir seg ut på en vitenskapsteori som i utgangspunktet er helt ukjent for henne. Dette har også påvirket forskeren valg av litteratur som kun er basert på lærebøker i generell sykepleie, sykepleiens historie og helsevesenets historie, samt annen utfyllende litteratur. Under arbeidet med oppgaven ble det funnet nyere litteratur som bekrefter forskerens erfaring med lav prioritet av ernæringsarbeidet hos helsepersonell. Forskingen retter seg derimot mot screening og ernæringsbehandling og lite tilknyttet de tradisjonelle sykepleieoppgavene i måltidsituasjonen. Leseren av oppgaven kan kanskje savne det fagspesifikke, nevrologi, i oppgaven. Valg av litteratur har som nevnt påvirket innholdet. De generelle sykepleierbøkene fra grunnutdanningen retter seg mot det generelle og ikke det spesifikke.

## 7.0 Teori om hvordan det kan ha seg at sykepleiere prioriterer måltidsmiljøet lavt ved somatiske sykehus

Studien tok utgangspunkt i egne erfaringer om at pasientenes måltidsmiljø ved somatiske sykehus ikke blir prioritert. Undringen over denne praksisen var årsaken til studien. Analysene av lærebøkens måltidsmiljø-praktikk, sykepleierhistoriens posisjonering av sykepleieren og historisering av feltet har hjulpet til å forstå og forklare nåtidige måltidsmiljøpraktikker (jfr. forskningsspørsmål 3. pkt. 2.4).

Fra den første læreboken i sykepleie ble utgitt i 1877 og frem til 2016 har miljøet rundt pasienten og dennes måltider vært sentrert i sykepleielitteraturen. Det vil si at når sykepleieren ikke ivaretar måltidsmiljøet på somatiske sykehus i henhold til Kosthåndbokens norm til måltidsmiljøet, bryter det med lærebøkens doxa. Det er heterodoxa som råder i

feltet. Prioriteringen og utøvelsen av måltidsmiljø-praktikken, baseres på den praktiske sans som ligger inkorporert hos den enkelte sykepleieren, og veileder sykepleierens handlinger til fenomenet.

Fra 1980-90-tallet foreligger det forskning om at et godt måltidsmiljø bedrer matinntaket. I læreboka fra 1996 vises det til denne forskningen. Lovverket er også tydelig, myndighetenes nasjonale føringer og anbefalinger er tydelige i dette arbeidet. For å rekke alle arbeidsoppgavene blir den praktiske sansen retningsgivende for handlingene, og kan forstås som at nåtidig måltidsmiljø-praktikk er fundert i den praktiske sans.

### 7.1 Videre forskning.

Det kunne vært ønskelig i en videre forskningen å observere og intervjuer formidlerne av den teoretiske kunnskapen gjennom undervisningen på sykepleierhøgskolene for grunnutdanning. Dette for å få en bredere forståelse av hvorfor måltidsmiljøet prioriteres lavt hos sykepleieren, hvordan disse agentene posisjonerer seg gjennom formidlingen av kunnskap om måltidsmiljøet.

Studien har rettet fokus mot en praksis som ifølge lærebøkene har vært i bruk siden langt tilbake. Den sier ikke noe om måltidsmiljøet noen gang har blitt utført slik det har vært beskrevet i disse lærebøkene. Forskeren tar med seg kunnskapen for å bevisstgjør seg sin egen habitus til måltidsmiljøet, og gjennom miming kunne lære nyansatte, sykepleierstudenter og helsefagelever en doxa som gir pasientene en bedre kvalitativ tjeneste.



## Litteraturliste

Arbeiderbladet. (1980, 8. mars). *Det skjer i Oslo; Eldre dør av underernæring.*

Nasjonalbiblioteket.no, Avis. Hentet fra: <https://www.nb.no/items>

Arntzen, A. (1921). Innledning. I Grøn, Kr. og Widerøe, S. (Red.). *Haandbok i Sykepleien* (s.1-9). Kristiania: H Aschehoug og co.

Arntzen, A. (1926). Innledning. I Grøn, Kr. og Widerøe, S. (Red.). *Lærebok i Sykepleien* (s.1-9). Kristiania: H Aschehoug og co.

Beck, M., Birkelund, R., Poulsen, I., & Martinsen, B. (2015) *Supporting existential care with protected mealtimes: patient`experiences of a mealtime intervention in an neurological ward.* Journal of Advanced Nursing, Vol. 73, s. 1947-1957.

Hentet fra: [Supporting existential care with protected mealtimes: patients' experiences of a mealtime intervention in a neurological ward - PubMed \(hvl.no\)](#)

Boge, J. H. (2011). *Kroppsvask i sjukepleie. Et politisk og historisk perspektiv.* Oslo: Akribe AS.

Boge, J. H., (2021). *Ei praxeologisk tilnærming til konstruksjonar av samfunnsvitenskapeleg viten.* Praxeologi, vol. 3. Hentet fra: <https://doi.org/10.15845/praxeologi.v3i0.3161>

Bourdieu, P., (2002). *Distinksjonen- En sosiologisk kritikk av dømmekraften.* Bokklubbens kulturbibliotek. De norske bokklubbene

Domaas, et. al., (1941). *Alminnelig sykepleie; Sykepleiersken.* I Jervell A, (Red.), *Lærebok for sykepleiersker bind 1* (s. 1-138). (2. opplag). Oslo: Fabritius & sønners forlag.

Domaas, et. al., (1951). Alminnelig sykepleie; Innledning. I Jervell A, (Red.), *Lærebok for sykepleiersker bind 1* (s. 1-104). (2. utg). Oslo: Fabritius & sønners forlag.

Callewaert, S., (1997). Om den praktiske sans som noget kropsligt. I P.o.R. Institutt for filosofi (Red.). *Bourdieu-studier København* (s. 13-25). Københavns Universitet Amager.

Eide, H. D., Halvorsen, K., Almendingen, K.; *Journal of Clinical Nursing*, Published by John Wiley & Sons Ltd *Journal of Clinical Nursing*, 24, Original article; *Barriers to nutritional care for the elderly*. Hentet fra: [Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses - PubMed \(hvl.no\)](#)

Eri, R. G. (2020) *Håndhygiene til den koordinerende operasjonssykepleieren på operasjonsstuen*. (Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet) hentet fra: <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlu>

Flaaten, H., (1999). *Innføring i klinisk ernæring*. Førde

Fause, Å. & Micaelsen, A., (2002). *Et fag i kamp for livet; Sykepleiens historie i Norge*. Bergen: Fagbokforlaget.

Grøn, Kr og Widerøe, S. (1921). *Haandbok i Sykepleien*. Kristiania; H Aschehoug og co

Grøn, Kr og Widerøe, S. (1926). *Lærebok i sykepleien*. Kristiania: H Aschehoug og co

Hauen, A. E. (1967). *Lærebok for sykepleieskoler, Generell sykepleielære*. Oslo: Fabritius & sønners forlag.

Helsedirektoratet. (2012, juni). *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. IS-1972*. Oslo (sist endret 2016). Hentet fra: [Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/veileder-i-ernæringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten.pdf)

Helsedirektoratet (2016) *Ernæring, kosthold og måltider i helse og omsorgstjenesten. Nasjonale faglige råd*. Oslo. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorg>

Helsedirektoratet, Råd for ernæring. (2017). *Sykdomsrelatert underernæring. Utfordringer, muligheter og anbefalinger*. IS-0611. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/>

Helsedirektoratet. (2022, 14. mars). *Forebygging og behandling av underernæring, Nasjonale faglige retningslinje*. Oslo. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet>.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra: [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](#)

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Lovdata](#)

Horne R. (2016). *Like barn leker best- ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengende barn og unge*. (Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d) ved Universitetet i Bergen). Hentet fra: <https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream>

Hoven, B. N., (1960). Alminnelig sykepleie; Innledning. I Jervell, A. (Red.) *Lærebok for sykepleiersker bind 1* (s. 9-13). Oslo: Fabritius & sønners forlag.

Jervell A, (Red.) (1941a), *Lærebok for sykepleiersker bind 1*. Oslo: Fabritius & sønners forlag.

Jervell A, (Red.) (1941b), *Lærebok for sykepleiersker bind 2*. Oslo: Fabritius & sønners forlag.

Jervell A, (Red.) (1951a) *Lærebok for sykepleiersker bind 1*. Oslo: Fabritius & sønners forlag.

Jervell A, (Red.) (1951b) *Lærebok for sykepleiersker bind 2*. Oslo: Fabritius & sønners forlag.

Jervell A, (Red.) (1960a), *Lærebok for sykepleiere, bind 1 (3. utg.)* Oslo: Fabritius & sønners forlag.

Jervell A, (Red.) (1960b), *Lærebok for sykepleiere, bind 7 (3. utg.)* Oslo: Fabritius & sønners forlag.

Kleiven, O.T., Kyte, L. & Kvigne, K. (2016) «Sykepleierverdier under press?» Nordisk sykepleieforskning/Nordic Nursing Research, volum 6, no. 4- 2016 (s. 311- 326) Idunn.no. Hentet fra: <https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/action/>

Kleppe, I.G., (2019, 20. september). Husmor. I *store norske leksikon (snl.no)*. Hentet fra: [husmor – Store norske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/husmor)

Kristoffersen, N. J. (Red.) (1996a). *Generell sykepleie bind 1: Fag og yrke- utvikling, verdier og kunnskap* Oslo: Universitetsforlaget.

Kristoffersen, N. J. (Red.) (1996b). *Generell sykepleie bind 3: Pasient og sykepleier- kropp, omgivelser og metoder*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., (Red.) (2005a). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. (1. utg.): Oslo: Gyldendal akademiske.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., (Red.) (2005b). *Grunnleggende sykepleie, bind 2*. (1. utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (Red.) (2011a). *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (Red.) (2011b). *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov*. (2. utgave) Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016a) *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleie-fag og funksjon* (3. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016b) *Grunnleggende sykepleie, bind 2: Grunnleggende behov* (3. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kropp, K. (2009). Registrantanalyse; Historisering af et felt via dokumenter. I Hammerslev, O., Hansen, J.A. og Willig, I. (Red). *Refleksiv Sociologi i praksis* (s. 173-189). København: Hans Reitzels forlag.

Larsen, Aa., (1921) Almindelig sykepleie. I Grøn Kr. & Widerøe, S. (Red.) *Haandbok i sykepleie* (s.10-29). Kristiania: H. Aschehoug & co.

Larsen, Aa., (1926) Almindelig sykepleie. I Grøn Kr. & Widerøe, S. (Red.) *Lærebok i sykepleie* (s.10-29). Kristiania: H. Aschehoug & co.

Lerheim, K., & NSF (Norsk sykepleierforbund) (1967). *Lærebok for sykepleieskoler, bind 2: Forebyggende helsearbeid og sosialmedisin*. Oslo: Fabritius & sønners forlag.

Lindstrøm, Aagot & Vogt, Aa (1951a). Alminnelig sykepleie (s. 1- 104). I Jervell, A. *Lærebok for sykepleiere, bind 1*. (2. utg.). Oslo: Fabritius & sønners forlag.

Lund, E.C., (2012) *Virke og profesjon; Norsk sykepleierforbund gjennom hundre år. Bind 2 (1912-2012)*. Oslo: Akribe AS.

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

Melby, K. (2000) *Kall og kamp, Norsk sykepleierforbundshistorie* (2.utg). Cappelen forlag AS

Mitchell, P. H., (1974) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Kragerø: Universitetsforlaget

Mitchell, P. H., (1975) *Grunnleggende sykepleie bind 2*. Kragerø: Universitetsforlaget

Mitchell, P. H., (1980a) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Kragerø: Universitetsforlaget

Mitchell, P. H., (1980b) *Grunnleggende sykepleie bind 2*. Kragerø: Universitetsforlaget

Moseng, O.G. (2014). Sykepleie: konstruksjon av et fagfelt som feministisk prosjekts. I Dørum, K. (red.) *Politikk, profesjon og vekkelse. Kvinner i Norge på 1800- og 1900-tallet*. (s.163-182). Bergen: Fagforlaget

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

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

Petersen, K, A. & Callewaert, S (2013). *Praxeologisk sygepleievidenskap-hva er det?* Forlaget Hexis

Petersen, K.A. (1989). Den praktiske sans- sygepleiens skjulte prinsipper. Faglig profil 4, delrapport 12 (Issue).

Regjeringen (2023, 17. januar) *Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokumenter*.

Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumente>

Rognaldsen, L.L., (2021) *Tildekking av hår praktikk på operasjonsavdelinger, - et praxeologisk perspektiv*. (Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet). Hentet fra:

<https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/>

Schiøtz, A. (2003a), *Det offentlige helsevesenet i Norge 1603-2003, bind 2. Folkets helse-landets styrke, 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.

Schiøtz, A. (2003b) *Folkets helse- landets styrke 1850-2003. Bind 2*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skogli, E et al., (2022, *Samfunnskostnader knyttet til underernæring*, Rapport. Menon Economics, Oslo. Hentet fra [2022-123-Samfunnsokonomisk-analyse-av-  
underernaering.pdf \(menon.no\)](https://www.menon.no/underernaring.pdf)

Spesialhelsetjenesteloven. (1999) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61) Hentet fra: [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) - Lovdata](#)

Statens ernæringsråd (1983). *Retningslinjer for kostholdet ved institusjoner, del 1. Generelle retningslinjer, normalkost*. Oslo: Kyrre Grytting,

Stensvold, H & Utne, L. (Red.). (1997). *Dysfagi* Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

Strømme, H. (2013, 25. september 2022). *Avanserte søketeknikker for systematiske oversikter, metodevurderinger og retningslinjer*. Sørlandet sykehus. Hentet fra <https://no.search.yahoo.com/yhs/search;>

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. (2. Utg.) Fagbokforlaget, Bergen.



MSS 590, kandidatnummer 217, innleveringsfrist 26.05.2023

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

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

Wilken, L., (2008) *Pierre Bourdieu*. Tapir akademisk forlag. Trondheim.

Wilken, L., (2015). *Pierre Bourdieu. (5. opplag) Fagbokforlaget*.

## Vedlegg

Vedlagt ligger tabeller benyttet ved registrantanalyse som mitt eget verktøy, for å gjøre mengde litteratur mer oversiktlig og slik samle data/empiri for å generere en teori.

Vedlegg 1, Tabell 1; Oversikt over analyserte lærebøker i generell sykepleie, grunnutdanning, perioden 1877-2016

Årstall	Tittel	Hovedredaktør	Yrkestittel
1877	Lærebog i Sygepleje for Diakonisser	Rikke Nissen	Diakonisse
1901	Lærebog i Sygepleie	Hans Riddervold Waage	Lege
1914	Lærebok i sykepleie	Hans Riddervold Waage	Lege
1921	Haandbok i sykepleien	Kristian Grøn & Sofus Widerøe	Overlege Overlege
1926	Lærebok i sykepleien	Kristian Grøn & Sofus Widerøe	Overlege, dr. med Overlege, dr. med
1941	Lærebok for sykepleiersker (3 bind)	Anton Jervell	Overlege, dr. med
1951	Lærebok for sykepleiersker (2 bind)	Anton Jervell	Overlege, dr. med
1960	Lærebok for sykepleiere (8 bind)	Anton Jervell	Professor, dr. med
1967	Lærebok for sykepleieskoler, generell sykepleielære, bind 1 (12 bind)	NSF/ Anne E. Hauen	Avdelingssykepleier
1975	Grunnleggende sykepleie, bind 2 (2 bind)	Pamela H. Mitchell	Assisterende professor i fysiologisk sykepleie, USA
1980	Grunnleggende sykepleie, bind 2 (2 bind)	Pamela H. Mitchell	Assisterende professor i fysiologisk sykepleie, USA
1996	Generell sykepleie, pasient og sykepleier- kropp, omgivelser og metoder, bind 3 (3 bind)	Nina J. Kristoffersen	Sykepleier, sykepleielærer og lektor
2005	Grunnleggende sykepleie, bind 2 (4 bind)	Nina J. Kristoffersen Finn Nordtvedt Eli-Anne Skaug	Sykepleielærer/lektor Sykepleielærer Sykepleielærer
2011	Grunnleggende sykepleie, grunnleggende behov, bind 2 (3 bind)	Nina J. Kristoffersen Finn Nordtvedt Eli-Anne Skaug	Førstemanuensis Studieleder Høgskolelektor
2016	Grunnleggende sykepleie, grunnleggende behov, bind 2 (3 bind)	Nina J. Kristoffersen	Førstemanuensis

Vedlegg 1; Tabell 2; Oversikt over forfattere av kapittel relatert til miljø rundt pasienten, i lærebøker i sykepleie, grunnutdanning, perioden 1877-2016

Årstall	Tittel på kapittel	Medforfatter av kapitel som posisjonerer måltidsmiljøet	Yrkestittel
1877	Sykepleie	Ingen medforfatter Rikke Nissen Hovedforfatter	Diakonisse
1901	Sykepleierens spesielle gjøremål	Ingen medforfatter Hans R. Waage Hovedforfatter	Lege
1914	Sykepleierens spesielle gjøremål	Ingen medforfatter Hans R. Waage Hovedforfatter	Lege
1921	Almindelig sykepleie	(frk) Andrea Arntzen (frk) Aagot Larsen	Forstanderinne Oversykepleierske
1926	Almindelig sykepleie	(frk) Andrea Arntzen (frk) Aagot Larsen	Forstanderinne Oversykepleierske
1941	Alminnelig sykepleie	Marit Berg Domaas Aslaug Heggenhougen Ingrid Wyller Anton Jervell	Oversykepleierske Instruksjonssykepleierske Instruksjonssykepleierske Overlege dr. med
1951	Alminnelig sykepleie	Marit Berg Domaas Aslaug Heggenhougen Ingrid Wyller Aagot Larsen Aase Vogt	Forstanderinne Instruksjonssykepleiereke Instruksjonssykepleiereke Undervisningsleder Oversykepleierske
1960	Alminnelig sykepleie	Björg Nuland Hoven Kari Tveit Kjellaug Tveit Redaksjonskomiteen	Sykepleielærerinne Sykepleielærerinne sykepleielærerinne
1967	Pasientens fysiske og sosiale miljø Pasientens personlige hygiene- ernæring	Ingen medforfatter Anne E. Hauen / NSF	Avdelingssykepleier/ fagorganisasjon
1975	Ernæringstilstanden	Ingen medforfatter Pamela H. Mitchell Hovedforfatter	Assisterende professor i fysiologisk sykepleie, USA
1980	Sansetilstand Ernæringstilstanden (	Ingen medforfatter Pamela H. Mitchell Hovedforfatter	Assisterende professor i fysiologisk sykepleie, USA
1996	Væske og ernæring	Torhild Bjerkerheim	Redaksjonssjef for helse og sosial, Universitetsforlaget
2005	Væske og ernæring	Torhild Bjerkerheim	Redaksjonssjef for helse og sosialfagavdelingen i Gyldendal Akademiske,
2011	Væske og ernæring	Heidi Aagaard	Førstelektor
2016	Væske ernæring	Heidi Aagaard	

Vedlegg 2, Tabell 3: Agentenes posisjoneringer av måltidsmiljøet i sykepleiebøkene, grunnleggende sykepleie

Årstall/ Forfatter/	Rommet; luft, lukt, renhold, lys relatert til måltidet	Møtet relatert til måltidet	Presentasjon av maten relatert til måltidet
1877 Nissen	Lufting etter hvert måltid Fjerne objekter som gir dårlig lukt Rommets temperaturen Holde orden og rent rommet	Renslighet hos sykepleieren Gi pasienten god tid til å spise Teknikk ved mating i seng Ikke la pasienten spise mer enn de bør/tiltatt fra lege	Ikke nevnt presentasjon av maten
1901 Waage	Ren og frisk luft i rommet Riktig temperatur 18° C Holde orden og rent i rommet så det ser ordentlig og hyggelig ut Omgivelsene påvirker pasienten Fjerne alt som gir dårlig luft Renhold av rommet. Vaske bord, stoler, gulv med mer hver morgen. lufte før frokost, etter middagen og kveldsmaten Forhindre støy/uro Sollys Farger virker irriterende	Hjelp pasienten med spisingen ved behov. Gi pasienten god tid til å spise Samtale med pasienten under måltidet Oppmuntre til å spise ved dårlig appetitt; ->samtale med pasienten under måltidet -> finne det pasienten måtte ønske å spise unntatt for de med diett	Næringen serveres til riktig tid og på en appetittlig og ordentlig måte Serveres på brett til de som sitter i sengen
1914 Waage	Ren og frisk luft i rommet, Riktig temperatur 19° C Holde orden og rent i rommet så det ser ordentlig og hyggelig ut. Omgivelsene påvirker pasienten Fjerne alt som gir dårlig luft Luft før frokost, etter middagen og kveldsmaten, men ikke under måltidet Forhindre støy/uro Rikt på sollys Farger virker irriterende	Hjelp pasienten med spisingen ved behov. Teknikk ved mating i seng Gi pasienten god tid til å spise Samtale med pasienten under måltidet Oppmuntre til å spise ved dårlig appetitt; ->samtale med pasienten under måltidet -> finne det pasienten måtte ønske å spise unntatt for de med diett	Næringen serveres til riktig tid og på en appetittlig og ordentlig måte Serveres på brett til de som sitter i sengen
1921/1926 Grøn & Widerøe (medforfatter)	Forhindre uro og støy Malte rolige farger på veggene Lys/sollys Romtemperatur mellom 15-17° C Luftrensing/lufting Fjerne luktfremkallende objekter Hyggelig med blomster. Renhold av rommet og inventar Vask av nattbord/spisebord vaskes etter måltidet lufting, Blomster på rommet	Sykepleieren være nett og ren, hendene grundig vasket, ingen opprettede kjølearmer. ved matserveringen Mating langsomt og forsiktig til gamle og hjelpeløse-> teknikk ved mating	Serveres til bestemt tider og så varm som mulig Rent, tørt og blankt servise/dekketøy Små porsjoner til de med nedsatt matlyst-> heller påfyll
1941/ Jervell (medforfatter)	Omtaler at sykerommet må fylle alle hygieniske krav- lyse, luftige og lette å holde rene Utstyrt med lyse farger på veggene, vakre gardiner og møbeltrekk for å gjøre sykehusene mest mulig tiltalende.	Hjelp til spisingen, beskriver teknikk Samtale med pasienten under måltidet slik at tankene ikke kretser rundt maten hos de med dårlig matlyst.	Utgangspunkt at matlysten er dårlig hos pasientene og sykepleieren må benytte alle midler for å lokke frem matlysten. Rent, pent og helt service, rene servietter

	<p>Rommene luftige, lyse, lette å holde rene, fyller alle hygieniske krav</p> <p>Beskriver innredningen av pasientrommet</p> <p>Grundig beskrivelse av det daglige renholdet av pasientrommet</p> <p>Daglig renhold; Sykepleieren har oppsyn med renholdet, men andre utfører det.</p> <p>Utluftet og ryddig, før og etter måltidet.</p>		<p>Hankene på kopper og mugger peke samme vei, ser ryddigere ut.</p> <p>Pynt med blomster</p> <p>Små porsjoner,</p> <p>Bekvem sittestilling, helst høyt</p> <p>Fjern matrester/rydd opp rett etter måltidet er ferdig</p>
1951/ Jervell/ (medforfatter)	<p>Daglig renhold beskrives; Renhold viktig, rene velstelte omgivelser gir velvære og trivsel</p> <p>Lufting av sykerommet-&gt; regelmessig lufting etter middagsmåltidet</p> <p>Omtaler rene og velstelte omgivelser, renhold av bordplate etter måltidene</p> <p>Få oversikt over rommet; Rydde bort alt avfall, rett inn møbler gardiner i orden</p>	<p>Hjelp til maten ved behov-&gt; teknikk ved matning</p> <p>-Tid til å tygge</p> <p>-La pasienten oppleve å ha god tid.</p> <p>-Snakk med pasienten under matningen, gjør det hyggelig så han ser frem til neste måltid.</p> <p>-Sykepleierens hender og uniform må være ren og luktfri ved serveringen</p> <p>-Rydd straks brukt servise og matrester etter måltidet</p>	<p>Riktig mat til riktig tid.</p> <p>Ved dårlig matlyst-&gt; lokke til å spise;</p> <p>-servere maten innbydende som mulig-&gt; rent brett og servietter, serviset være rent uten hakk og skår. Dekk med plan og ikke glem småting som salt. Pynt med blomst eller et blad.</p> <p>-Server små porsjoner-&gt;forsyn igjen ved behov. Gi maten farge.</p> <p>-Varm mat serveres varm, kald mat kald</p> <p>-bekvem stilling når han spiser</p>
1960/ Jervell (medforfatter)	<p>Som 1951 utgaven</p> <p><u>Tillegg</u>; stell av blomster, blomster pynter opp og gjør sykerommet hyggelig</p> <p>Luft etter måltidet</p> <p>Lite støy</p>	<p>Som 1951 utgaven</p> <p><u>Tillegg</u>;</p> <p>Sykepleier være ren og ordentlig i uniformen, vasket hendene ved matserveringen.</p>	<p>Som 1951 utgaven</p> <p><u>Tillegg</u>; Måltidet bør være en hyggelig og oppkvikkende stund; krever blant annet at maten blir pent servert</p> <p>Pasienten få vasket hendene før måltidet.</p> <p>Sittestilling eventuelt i seng, med hevet ryggstøtte.</p> <p>Sitte ved ett dekket bord, spisestue eventuelt på sykerommet.</p> <p>Servere til samme tid og ikke la pasienten vente.</p> <p>Pynte med persille, tomat, salatblader, sitron for å gjøre maten appetittlig</p> <p>Alt stå tilgjengelig for pasienten</p>

Årstall/ Forfatter/	Rommet; luft, lukt, renhold, lys relatert til måltidet	Møtet relatert tilmåltidet	Presentasjon av maten relatert til måltidet
<p><b>1967 NSF/Hauen</b></p> <p>Sykepleieren skal hjelpe pasienten slik at hans behov for væske og ernæringstilførsel blir imøtekommet.</p> <p>Miljøet rundt den syke skal bidra til å fremme helse, både fysisk og sosialt miljø.</p> <p>Miljø defineres som alle ytre faktorer som påvirker liv og helse-&gt; lys, luft, temperatur med mer, virus, bakterier, insekter med mer.</p> <p>Hjemlig atmosfære-&gt; slik som i en dagligstue/spisestue</p> <p>Lufting gjennom vinduene</p> <p>Passe varmt rom 16-18° C.</p> <p>Ikke sykepleierens oppgav å gjennomføre rengjøringen, men har ansvaret for at hygienen er tilfredsstillende.</p> <p>Mye av det praktiske arbeidet er nå delegert til hjelpepleieren.</p> <p>Renhold har også en mentalhygienisk og estetisk betydning-&gt; velvære og trivsel.</p> <p>Orden og hygiene henger sammen.</p> <p>Sykehusets tillit kan svekkes/styrkes av hvordan hygienen i avdelingene blir ivaretatt.</p> <p>Unngå unødvendig bråk, Gulvask hver morgen</p> <p>Stell av blomster viser også omsorg for pasienten.</p> <p>Frisk luft, og rent og ryddig rom.</p> <p>Innbydende atmosfære som mulig</p> <p>Ryddig og lufte etter måltidet.</p>		<p>Sosiale miljøfaktorer-&gt; menneskenes forhold til hverandre- de mellommenneskelige forholdene.</p> <p>Fremme mellom-menneskelige forhold.</p> <p>Fremme et hyggelig og lystbetont måltid.</p> <p>Måltidet er en hygge og hvilestund.</p> <p>Sitte til bords gir mulighet for sosial kontakt. Oppegående pasienter sitte til bords på pasientrommet.</p> <p>Den som serverer, skal være velstelt og ren i uniformen.</p> <p>Sørge for at pasienten når alt og hjelp han til rette.</p> <p>Presenteres teknikker ved mating, samt at pasienten får lov å gjøre det han greier selv-&gt; tar seg god tid, snakker med pasienten, informerer om hva som er på brettet og lar pasienten få tid til å tygge.</p> <p>Måltidet inntas i fred og ro, få nok tid til å spise.</p> <p>Stimulere til matinntak ved dårlig matlyst.</p>	<p>Av hygieniske, mentalhygienisk grunner skal servert og spiseredskaper se pent ut og behandles forsvarlig</p> <p>Tilført riktig kost i riktig mengde</p> <p>Mating av hjelpeløse pasienter</p> <p>Varm mat servers varm og kald mat kald,</p> <p>Serveres appetittvekkende -&gt; pent og delikat anrettet.</p> <p>Pynt maten med farge.</p> <p>Alt serveres på brett.</p> <p>Imøtekom pasientens ønsker</p> <p>Å vise omtanke for matbrettet er å vise omtanke for pasienten.</p> <p>Orden på brettet, helt og rent servise og bestikk, hankene peker samme vei.</p> <p>Gjerne blomst på brettet.</p>
<p><b>1975/1980 Mitchell</b></p>	<p>Fjerne vond lukt, lufte før måltidene-&gt; påse appetittvekkende omgivelser</p> <p>Utformingen av pasientrommet, sykeavdelinger eller utstyr i rommene har sykepleieren liten innflytelse på.</p>		<p>Appetittvekkende servering</p>
<p><b>1996/ Kristoffersen</b></p>	<p>En hvile- og hyggestund for pasienten</p> <p>Rommet alltid ryddig og utluftet</p> <p>Brett/bord pyntes med en fargerik duk, blomster, lys eller annet som virker appetittvekkende</p> <p>Hom nødvendig skal rommet luftes etter måltidet,</p> <p>Fjerne ubehagelige lukter og/eller synsinntrykk</p>	<p>God sittestilling i seng eller stol</p> <p>Pasienten når alt han trenger for å spise og drikke.</p> <p>Sørge for at koppen/glasset er tørt under så det ikke drypper på skjorten o.l</p> <p>Ryddig vekk maten som ikke er spist.</p> <p>Inntas i ro og fred, få den tiden han trenger.</p> <p>Distrahere tankene vekk fra maten ved dårlig matlyst</p> <p>Presenterer retningslinjer ved mating.</p>	<p>Helt og rent servise, rene servietter,</p> <p>Hanker på kopper og mugger må peke samme vei</p> <p>Små porsjoner da store kan fjerne den lille appetitten som er.</p> <p>Fargerik amt; persille, sitronskive, salat og tomat.</p> <p>Varm mat serveres varm og helst på varmt servise.</p> <p>Fyll glasset/koppen ¾ full</p> <p>Matens utseende og lukt og smak sammen med sosialt</p>

			<p>Samvær, atmosfære og økonomi</p>
<p><b>2005/ Kristoffersen et al. Gl.I spl 2</b></p>	<p>Forebygging av underernæring s146 Tiltak for å øke pasientens matlyst s. 153 Institusjonens arkitektur påvirker matinntaket Lukt og lyd påvirker appetitten og matinntaket Hyggelig rom med frisk luft og pent dekket bord øker appetitten. Rommet alltid ryddig og utluftet. Planlegge arbeidet slik at pasienten får ro under måltidet, ikke avbrytelser med blodprøver, undersøkelser eller legevisitt når han spiser. Matsserveringen er en ren prosedyre derfor må både sykepleier og pasienten vaske hendene før måltidet serveres, all skitten prosedyrer må være ferdige før maten serveres.</p>	<p>Måltidsfelleskap Bekvem sitte- og liggestilling i seng Tilgang til mat som er ferdig til enhver tid kan virke stimulerende Ønske om å bli vasket og stelt før frokost, samt ønske om å sitte oppe. Måltidet også en hvile- og hyggestund Får tilstrekkelig med tid til å spise, Sykepleierne samtale om andre ting en mat slik at tankene ikke bare kretser rundt mat. Fjern mat/brettet selv om pasienten ikke har spist. God hvilestilling etter maten, luft ved behov Råd ved behov for hjelp i spisesituasjonen (Mating)</p>	<p>Mat og drikke skal være delikat anrettet Pasienten forberedes på å motta måltidet Avklare med pasienten hvilken mat som skal serveres til bestemte tidspunkter Helt og rent servise, rene servietter, hankene på kopp og mugge peke samme retning Matbrettet se delikat ut ved servering eventuelt pådekket bord med fargerik duk blomster, lys eller annet som virker appetittvekkende. Tilpasset porsjonsstørrelse Fargerik mat med sitronskive, persille, salat og tomat Varm mat servers varm, på oppvarmet servise, og kald mat kald. Nå alt han trenger for å kunne spise drikke, bistå med det som trengs eksempel skjenke vann Kopp/glass tørr under så det ikke drypper på pasienten Glass/kopp ¾ full</p>
<p><b>2011</b></p>	<p>Estetisk pent og trivelig miljø øker matlysten Rommet rent, ryddig og luftet Fjerne gammel mat og drikke ikke la bli stående i rommet.</p>	<p>Anbefalinger for ansvarsfordeling s 185 Økt effektivisering s 186</p> <p>God sitte stilling, alt innen rekkevidde, ferdig med urene prosedyrer, tilpasse spisebord og stol/seng Måltidet ett viktig avbrekk som kan nytes Sykepleieren som serverer maten, må se ren og velstelt ut, hendene vaskes -&gt;ikke lukte sigaretttrøyk eller parfyme. Stress og uro hemmer både appetitten og fordøyelsen-&gt; legge til rette for ro under måltidet uten avbrytelser av blodprøver, legevisitt, eller andre undersøkelser.</p> <p>Råd ved behov for hjelp i spisesituasjonen (Mating)</p>	<p>Delikat anrettet Sykepleierne ansvaret for å servere mat til de som ikke greier dette selv.</p> <p>Helt og rent servise, rene servietter, hankene på kopp og mugge peke samme retning Matbrettet se delikat ut ved servering eventuelt pådekket bord med fargerik duk blomster, lys eller annet som virker appetittvekkende. Tilpasset porsjonsstørrelse Fargerik mat med sitronskive, persille, salat og tomat Varm mat servers varm, på oppvarmet servise, og kald mat kald. Nå alt han trenger for å kunne spise drikke, bistå med det som trengs eksempel skjenke vann Kopp/glass tørr under så det ikke drypper på pasienten Glass/kopp ¾ full</p>
<p>2016</p>	<p>Som i 2011 utgaven</p>	<p>Som i 2011 utgaven</p>	<p>Som i 2011 utgaven</p>

Vedlegg 3: Tabell 4: Registrantanalyse om agentenes posisjon i det sosiale rommet, samt logikken i feltet.

Årstall	Bokens tittel	Agenten navn og tittel	Agentens navn og posisjon	Posisjoneringer overfor sykepleierens posisjon i det medisinske feltet	Logikken i det medisinske feltet
1877	Lærebog i Sygepleie for Diakonisser	Rikke Nissen, Diakonisse og sykepleielærer	eneforfatter	Lindre den sykes lidelser, utføre legens forordninger og rapportere til legen om den sykes tilstand /observasjoner Sykepleie ett kall, trengs det kunnskap? Lydig mot legen i alt hva som vedkommer den sykes pleie/behandling Den legemlige sykepleien som er diakonissens oppgave, består i å servere mat og drikke samt utføre alt på en sykestue ordentlig og upåklagelig->huslige oppgaver Jobber forholdsvis selvstendig i distriktene.	Miasmeteori Renovasjonsperioden
1901/ 1914	Lærebog i Sygepleie/ Lærebok i sykepleie	Hans Riddervold Waage (forfatter av begge bøkene)  Lege/ Lege	Eneforfatter/ eneforfatter i begge bøkene	Sykepleierens plikter; *pleie den syke-> sette seg i respekt hos pasienten, trygge pasienten. Hevde sin stilling(posisjon) overfor pasienten ved å være rolig, bestem og myndig slik at legens forordninger i behandlingen av den syke. Kan fravike forordningen ved akutt forandring, men aller helst snakke med legen først.	Sosialhygienisk- logikk; Mikrobiologi med Sosialhygieniske tiltak



				<p>*Rapportere til legen om den sykes tilstand.</p> <p>Legen angir kun de viktigste reglene for hvilken behandling som skal gjelde, i andre småting er sykepleieren <b>selvstendig</b> omhandlende sykepleierens daglige sysler; blant annet at pasienten får den næringen han skal ha, ren og frisk luft., holde pasientrommet rent og ryddig der det er nødvendig på grunn av omstendighetene.</p> <p><b>Har ansvaret</b> dersom det gjøres av andre. Pleie og omsorg krever ikke kunnskap i den grad som ved operasjoner og pleie ved spesielle sykdommer</p> <p>Ikke ett levebrød, men en oppofrelse for sine pasienter/et livskall.</p> <p>Støttende og samarbeide med legen</p>	
1921/ 1926	Haandbog i sygepleien/  Lærebok i sykepleie	Kristian Grøn og Sofus Widerøe (forfattere av begge bøkene)  Overleger/ Overleger dr. med.	Medforfattere se vedlegg 1, tabell 2	<p>Ett kall som ligger godt til rette for kvinnene, kun som ett levebrød vil fort falle fra.</p> <p>Sykepleie en praktisk hjelpsomhet i første omgang samt gi omsorg</p> <p>Bistå legen i det forebyggende og helbredende arbeidet.</p> <p>Kjennskap til husstell og husholdning praktisk og teoretisk en fordel- en fordel for dietten og ernæringen samt økonomien</p>	Sosialhygienisk- logikk; Mikrobiologi med sosialhygieniske tiltak

				<p>Sykepleierens plikter overfor de syke, overfor legene og andre overordnede, kolleger og seg selv. Lydighet overfor legen på ett sykehus er lydighet absolutt og ubetinget. Utdannelse i sykepleie og hygieneforebyggende arbeid Korte/lengre kurs i sykepleie private NRK og NKS. Diakonhjem utdanner menn</p>	
1941	Lærebok for sykepleiersker	Anton Jervell Overlege, dr. med	Medforfattere se vedlegg 1, tabell 2	<p>Sykepleien bør være det sentrale i en sykepleierlærebok og derfor er sykepleierne representert faglig og redaksjonelt. sykepleien har utviklet seg og derfor griper sykepleierens og legens oppgaver mer i hverandre. Hovedoppgaven til sykepleieren er stellet av den syke og må anses som en behandlingsmetode. Sykepleie er et fag som krever kunnskap, dyktighet og erfaring. Sykepleieren må være sterk fysisk og psykisk og se på <b>sykepleie som noe mer enn</b> bare ett levebrød (</p>	Sosialhygienisk- logikk; Mikrobiologi med sosialhygieniske tiltak
1951	Lærebok for sykepleiere	Anton Jervell Overlege, dr. med	Medforfattere se vedlegg 1, tabell 2	<p>Fra barmhjertighet til faglig opplæring Sykepleie er en humanitær og samfunnsmessig oppgave -&gt; gitt sykepleieren en sterkere yrkes- og standsbevissthet (sterkere posisjon). Sykepleiere verden over har organisert seg om felles mål.</p>	Sosialhygienisk- logikk; Mikrobiologi med sosialhygieniske tiltak

				<p>Sykepleieren nærmest pasienten gjennom daglige stellet</p> <p>Sykepleieren er legens medhjelper, assistent ved undersøkelser og behandlinger, administrerer forordninger.</p> <p>Ansvar (leder) for det huslige arbeid i avdelingen hviler på sykepleieren. Mye av det arbeidet som forekommer i en vanlig husholdning, foregår på sykehuset i tilrettelagte sentraler. Ansvar, men utføres av andre. (et delegert ansvar)</p> <p>Renhold er det husarbeid som tar lengst tid.</p> <p>Sykepleierne skriver om sykepleiefaglige emner legene om medisinfaget.</p>	
1960	Lærebok for sykepleiere	Anton Jervell Professor, dr. med	Medforfattere se vedlegg 1, tabell 2	<p>Hele boken er tilegnet alminnelig sykepleie. Ny norm for etiske retningslinjer vedtatt i 1953 omhandlende blant annet sykepleiens ansvar for å bevare liv, lindre smerte og fremme helse. Sykepleieren skal også nå utfør legens ordre og støtte legens tillitt.</p> <p>Sykepleieren er berettiget til rettferdig lønn. Mye av argumentasjonen for sykepleierens posisjon i rommet er likt fra 1951 utgaven. Nytt er argumenteres for samarbeid mellom sykepleier og andre yrkesgrupper innen sykehuset slik</p>	Sosialhygienisk- logikk; Mikrobiologi med sosialhygieniske tiltak

				<p>som samaritter, hushjelp, stuehjelp, kjøkkenpersonell med flere. Ansvaret for at det huslige arbeidet i avdelingen blir utført hviler på sykepleieren slik som renholdet</p>	
1967	Lærebok for sykepleieskoler, generell sykepleielære, bind 1	NSF/ Anne E. Hauen Avdelingssykepleier/ NSF	Medforfattere se vedlegg 1, tabell 2	<p>Den profesjonelle sykepleieren skal kunne ta ansvar for sykepleie og identifisere pasientens behov for pleie, yte direkte hjelp, stimulere til selvhjelp og overlate til andre grupper det de kan ta seg av. Sykepleieren må nå kunne utføre en rekke tekniske, kontormessige og administrative oppgaver som ikke har direkte tilknytning til pasienten. Den egentlige sykepleie kan komme i periferien. Eget kapittel om sykepleierens oppgaver og ansvar for pasienten hvor pleien er sykepleierens ansvar den går ofte hånd i hånd med behandlingen</p>	<p>Sosialhygienisk- logikk; Sosialhygieniske tiltak</p> <p>Endring i sykdomspanoramaet -&gt; fra infeksjonssykdommer til livsstilssykdommer Sykepleieprosessen Egenomsorgsteori/ Behovsteori</p>
1975/ 1980	Grunnleggende sykepleie, bind 2	Pamela H. Mitchell (forfatter av begge bøkene)  Assisterende professor i fysiologisk sykepleie, USA/	Fagrelateres medforfattere	<p>Selvstendig ansvar for p ivareta sykepleierfunksjonen. Sykepleierfunksjonen består i helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutiske sykepleietiltak overfor pasienter med akutt sykdom og skadde. Pasienter med kronisk sykdom og funksjonssvikt,</p>	<p>Økonomisk-logikk: Sykepleieprosessen Egenomsorgsteori/ behovsteori New Public Management økt produksjon, lave kostnader</p> <p>Statlige rammeplaner innføres fra 1987</p>

				<p>syke og eldre med behov for omsorg og grupper som er spesielt utsatt for helserisiko.</p> <p>Sykepleierens oppgave er å støtte, fremme, beskytte og/eller erstatte individets omsorg for seg selv og å gjøre dette på en måte at det fører individet fram til optimal egenomsorg.</p> <p>Sykepleierne leder sykepleiertjenesten og koordinerer de ulike gruppers deltakelse i denne tjenesten. S. 82 1996 (ansvarsområde Vedlegg til rundskriv 1041/82)</p>	
1996	Generell sykepleie, pasient og sykepleier-kropp, omgivelser og metoder, bind 3	Nina J. Kristoffersen Sykepleier, sykepleielærer og lektor	Fagrelaterte medforfattere	<p>Sykepleie et praktisk yrke omfatter områder/funksjoner som utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde; helsefremmende og forebyggende</p> <p>Behandling Lindring Rehabilitering og habilitering Undervisning og veiledning Organisering, administrasjon og ledelse Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning Vedlegg til rundskriv 1041/82</p>	<p>Økonomisk-logikk: New Public management Innsatsstyrt finansiering Effektivitet, økt produksjon, lave kostnader</p> <p>Statlige rammeplaner innført fra 1987</p>
2005	Grunnleggende sykepleie, bind 2	Nina J. Kristoffersen Sykepleielærer/ lektor	Flere redaktører og fagrelaterte medforfattere	<p>Sykepleie er et profesjonsfag.</p> <p>Sykepleie et praktisk yrke omfatter områder/funksjoner som utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde;</p>	<p>Økonomisk-logikk: New Public management/ Effektivitet, økt produksjon, lave kostnader</p>

				<p>*helsefremmende og forebyggende; utgangspunkt i å identifisere mulige og reelle problemer, tiltak rette mot den enkelte pasienter</p> <p>*Behandling-&gt; fjerne eliminere problemer, problemene er knyttet til allmennmenneskelige grunnleggende behov. Sykepleierne kompenserer for pasienten egen ressursvikt det være hygieniske tiltal, kroppslig stell samarbeid og delegerte oppgaver knyttet til pasientens medisinske behandling</p> <p>*Lindring</p> <p>*Rehabilitering og habilitering</p> <p>*Undervisning og veiledning</p> <p>*Organisering, administrasjon og ledelse</p> <p>*Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning</p> <p>Handlingene bestemmes av hensikten.</p> <p>Sykepleieren vurdere, iverksetter tiltak</p> <p>Jobber selvstendig med sykepleietiltak s.295</p> <p>Alle sykepleiere er faglige ledere i kraft av sin utdanning med oppgaver knyttet til faglig virksomhet s. 283</p>	
2011	Grunnleggende sykepleie, bind 2: Grunnleggende behov	Nina J. Kristoffersen Førsteamanuensis	Flere redaktører og fagrelaterte medforfattere	Jobber selvstendig med sykepleieprosessen som metode-> selvstendige sykepleietiltak, men når det gjelder	Økonomisk-logikk: New Public management/ Effektivitet, økt produksjon, lave kostnader Innsatsstyrt finansiering

				behandling delegert ansvar fra legen.	
2016	Grunnleggende sykepleie, bind 2: Grunnleggende behov	Nina J. Kristoffersen Førsteamanuensis	Flere redaktører og medforfattere	Som 2011 utgaven	Økonomisk-løggikk: New Public management/ Effektivitet, økt produksjon, lave kostnader

Vedlegg 4; Søkestrategi for artikkel

**Artikkel:** Sykepleierverdier under press

**Database:** Idunn

**Søkeord:** måltid og sykehus

måltid og sykehus → 116 treff → artikkel nr. 19

**Artikkel:** Barriers to nutritional care for the elderly.

**Database:** PubMed

**Søkeord:** elderly and hospitalcare and nurses and nutrition

elderly and hospitalcare and nurses and nutrition → 980 treff → artikkel nr. 17

**Artikkel:** Supporting existential care with protected mealtimes: patient`experiences of a mealtime intervention in an neurological ward

**Database:** PubMed

**Søkeord:** calmes and nursing and patients and qualitative reseach

calmes and nursing and patients and qualitative reseach → 27 treff → artikkel nr. 13



Vedlegg 5 Figur 1; Måltidsmiljøet og agentenes posisjon et konstruert sosialt rom.

