



Høgskulen på Vestlandet

MSS590 - Masteroppgave

MSS590-O-2023-HØST-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	01-09-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 HØST
Sluttdato:	01-12-2023 14:00 CET	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MSS590 1 O 2023 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	101
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	13804
----------------------	-------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	1
Andre medlemmer i gruppen:	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

Praxeologisk studie om sykepleieres posisjon til antibiotikabruk

Praxeological study on nurses positioning to the use of antibiotic

Solveig Edvardsen

Kandidat nr: 101

Master i sykepleie - kliniske spesialiteter, lungesykepleie

45 studiepoeng

Fakultetet for helse og sosialvitenskap

Institutt for helse og omsorgsvitenskap

høgskolen på Vestlandet

Veileder: Professor Jeanne Helene Boge

Innleveringsdato: 01.12.2023

Antall ord: 13 804

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

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

Forord

Denne masteroppgaven er avslutningen på min utdanning som lungesykepleier. Da muligheten for å gå masterutdanning etter å ha gjennomført studiet lungesykepleier ved Høgskolen på Vestlandet kom var jeg ikke sen å be, fordi jeg da fikk mulighet til å fordype meg i sykepleiers posisjoneringer i forhold til antibiotikaresistens.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert antibiotikaresistens som en av de største helsetruslene i verden. I jobben min som lungesykepleier ved medisinsk avdeling behandler vi mange pasienter med infeksjoner og har stort forbruk av antibiotika, og etter å ha blitt involvert i det lokale antibiotikateamet har interessen min for antibiotikabruk og antibiotikaresistens vokst. Og det er også utgangspunktet for masterstudiet.

Arbeidet har vært interessant, krevende, lærerikt og tidkrevende. Jeg har lært mye underveis, om antibiotikabruk, sykepleiens historie og praxeologiske studier. Jeg vil gi en stor takk til veileder Jeanne Helen Boge som har vært helt uvurderlig med sin kunnskap, tid og tålmodighet, uten henne hadde ikke oppgaven blitt til.

Takk til kollegaer og avdelingsleder ved arbeidsplassen min, medisin H5 ved sykehuset Namsos, som har latt meg tatt dette masterstudiet, støttet og vært interessert underveis. Takk til mine foreldre som alltid har støttet meg i de valg jeg har tatt og stilt med barnepasser ved behov. Og ikke minst en stor takk til min kjære samboer for støtte, tålmodighet og kjærlighet underveis. Hadde ikke greid dette uten deg.

Sammendrag

Denne masteroppgaven startet med en undring over manglende engasjement hos sykepleiere i forhold til antibiotikabruk selv om antibiotikaresistens er ansett som et stadig økende problem og erklært som en av de største folkehelsestruslene av Verdens helseorganisasjon. Ved hjelp av publiseringer i tidsskriftet Sykepleien har jeg gjort en analyse av posisjoneringene og disposisjonene hos artikkelforfattere for å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at de agerer som de gjør. Analysene er fundert i Pierre Bourdieu sin teori om praktisk sans. Publiseringene er analysert ved hjelp av en registrantanalyse.

Analysene viser at i perioden 1947 – 1957 posisjonerte legene seg positivt til antibiotika og man hadde endelig funnet en kur for å utrydde mange infeksjonssykdommer. Sykepleierne var derimot ikke like begeistret og så på antibiotika som merarbeid som krevde økte ressurser. Perioden 1958 – 1998 var preget av stadig økende antall sykehusinfeksjoner og mikrober antibiotika ikke virket på. Man begynte å antyde at det kunne ha noe med overdreven antibiotika bruk å gjøre. Sykepleierne som administrerte antibiotikaen til pasientene var redde for påvirkningen det hadde på helsen deres. I perioden 1999 – 2022 blir antibiotikaresistens ansett som helsetrussel. Regjeringen utarbeidet en handlingsplan mot antibiotikaresistens der målsettingen er å redusere unødvendig bruk av antibiotika. Sykepleiere blir ansett som en ressurs i dette arbeidet på grunn av sitt pasientnære arbeid. Sykepleiere selv mener at de har for lite kunnskap om antibiotika og antibiotikastyring til å kunne være bidragsytere.

Sykepleiere har gjennom tiden blitt ansett som legenes assistenter. Selv med egen profesjon og høyskoleutdanning er de ansett å ha lavere rang enn legene. Legene er de som tar seg av den medisinske behandlingen, mens pleie og omsorg er sykepleiernes fagfelt. Fra 1950-tallet stopper utvikling av nye antibiotika opp, fordi legemiddelfirmaene mener fortjenesten er for lav. Antibiotika får en lavere medisinsk status og dermed ønsker legene også å overlate mer av arbeidet til sykepleierne. Sykepleierne som har hatt en praktisk tilnærming til antibiotika viser liten interesse for dette, og er bekymret for at det skal stjele tid fra andre sykepleieroppgaver.

Summary

This master's thesis started with a question about the lack of commitment by nurses in relation to antibiotic use, even though antibiotic resistance is considered an ever-increasing problem and declared one of the biggest public health threats by the World Health Organisation. With the help of publications in the journal *Sykepleien*, I have made an analysis of the positioning and dispositions of article authors in order to understand and explain how it is that they act as they do. The analyzes are grounded in Pierre Bourdieu's theory of practical sense. The publications have been analyzed using a registrant analysis.

The analyzes show that in the period 1947 – 1957 doctors positioned themselves positively towards antibiotics and a cure had finally been found to eradicate many infectious diseases. The nurses, on the other hand, were not as enthusiastic and saw antibiotics as extra work that required increased resources. The period 1958 – 1998 was characterized by an ever-increasing number of hospital infections and microbes that antibiotics did not work on. It began to be suggested that it might have something to do with excessive antibiotic use. The nurses who administered the antibiotic to the patients were afraid of the impact it was having on their health. In the period 1999 – 2022, antibiotic resistance is considered a health threat. The government prepared an action plan against antibiotic resistance, the aim of which is to reduce the unnecessary use of antibiotics. Nurses are considered a resource in this work because of their work close to patients. Nurses themselves believe that they have too little knowledge about antibiotics and antibiotic management to be able to contribute.

Nurses have throughout time been regarded as doctors' assistants. Even with their own profession and university education, they are considered to have a lower rank than the doctors. The doctors are the ones who take care of the medical treatment, while nursing is the professional field of the nurses. From the 1950s, the development of new antibiotics stopped, because the pharmaceutical companies believed that the profits were too low. Antibiotics are given a lower medical status and thus the doctors also want to leave more of the work to the nurses. The nurses who have had a practical approach to antibiotics show little interest in this, and are worried that it will steal time from other nursing duties.

Innhold

1	INTRODUKSJON	1
1.1	Studiens oppbygning	1
1.2	Bakgrunn	1
1.2.1	Undring	2
1.2.2	Hensikt	2
1.3	Tidligere forskning	3
1.4	Oppdagelsen av antibiotika	4
1.4.1	Antibiotikaens gullalder	5
1.4.2	Stopp i utviklingen	5
1.4.3	Antibiotikaenes virkningsmekanismer	5
1.4.4	Resistensbestemmelse	6
1.4.5	Antibiotikaresistens	6
1.4.6	Resistenssituasjonen i verden	7
1.4.7	Resistenssituasjonen i Norge	7
1.4.8	Tiltak for å redusere antibiotikabruk i Norge	8
1.5	Sykepleiers posisjon	8
1.5.1	Kunnskap om antibiotikabruk og resistens blant sykepleiere	9
1.6	Antagelse	10
2	TEORETISK PERSPEKTIV, ANALYSESTRATEGI, METODE OG TEKNIKK	10
2.1	Praktisk sans	11
2.2	Praxeologisk vitenskapsteori	11
2.3	Analyselstrategi: Konstruere habitus	12
2.4	Det sosiale rom og det sosiale felt	12
2.4.1	Det sosiale felt	13
2.4.2	Doxa, hetrodoxa og ortodoxa	13
2.4.3	Forskningsspørsmål	14
2.5	Registrantanalyse som metode	14
2.6	Teknikk	15
2.7	Autososialanalyse	15
2.7.1	Egen posisjon	15
2.7.1.1	Sosial kapital	15
2.7.1.2	Kulturell kapital	16
2.7.1.3	Økonomisk kapital	17
3	ANALYSE	17

3.1	Posisjonen til tidsskriftet	17
3.2	Doxa om antibiotika, 1947 – 1957	19
3.2.1	Antibiotika – et vidunderstoff.....	19
3.2.1.1	Posisjonen og disposisjonene til legene som posisjonerte seg om antibiotika, 1947 - 1957.....	20
3.2.2	Antibiotika – et merarbeid.....	21
3.2.2.1	Posisjoneringene til sykepleierne som posisjonerte seg om antibiotika, 1947 - 1957.....	21
3.2.2.2	Posisjonen og disposisjonene til sykepleierne som posisjonerer seg om antibiotika, 1947-1957.....	22
3.2.3	Konstruksjon av det medisinske feltet, 1947 – 1957	23
3.3	Doxa om antibiotika, 1958 – 1998	24
3.3.1	Antibiotika virker ikke.....	25
3.3.1.1	Posisjonen og disposisjonene til legene som posisjonerte seg om antibiotika, 1958-1998.....	27
3.3.2	Helsefarlig å administrere antibiotika.....	28
3.3.2.1	Posisjoneringene til sykepleierne som posisjonerte seg om antibiotika, 1958-1998	28
3.3.2.2	Posisjonen og disposisjonene til sykepleierne som posisjonerer seg om antibiotika, 1958-1998.....	30
3.3.3	Konstruksjon av det medisinske feltet, 1958 – 1998	31
3.3.3.1	Sykehusinfeksjoner blir ett problem	31
3.3.3.2	Miljøproblemer	32
3.4	Doxa om antibiotika, 1999 – 2022	32
3.4.1	Kampen mot antibiotikaresistens.....	33
3.4.1.1	Posisjonen og disposisjonen til legene som posisjonerte seg om antibiotika, 1999 - 2022.....	34
3.4.2	Antibiotikastyring for sykepleiere	35
3.4.2.1	Posisjoneringene til sykepleierne som posisjonerte seg om antibiotika, 1999 – 2022.....	35
3.4.2.2	Posisjonen og disposisjonene til sykepleierne som posisjonerer seg om antibiotika i, 1999 - 2022.....	37
3.4.3	Konstruksjon av feltet 1999 – 2022.....	39
4	HVORDAN KAN DET HA SEG AT NÅTIDENS SYKEPLEIERE I LITEN GRAD ENGASJERER SEG I FORHOLD TIL ANTIBIOTIKABEHANDLING?	40
	VEDLEGG 1 REGISTRANT: POSISJONERINGER OM ANTIBIOTIKA 1947-2022.....	46

Tabelloversikt

Tabell 1	Inkluderte artikler 1947-1957	s. 14
Tabell 2	Inkluderte artikler 1958-1998	s. 18
Tabell 3	Inkluderte artikler 1999-2022	s. 24

1 Introduksjon

Dette er en studie om sykepleiers posisjoneringer til bruk av antibiotika i sykehus. Bakgrunnen for studien er en undring over at jeg har erfart at sykepleiere har lite engasjement når det gjelder å redusere antibiotikaresistens. Studien er basert på en antakelse om at sykepleiers manglende engasjement i forhold til antibiotikaresistens har sammenheng med at sykepleier har vært vant til å gjennomføre den medisinske behandlingen som legen har foreskrevet. Denne antakelsen har jeg undersøkt ved hjelp av en registrantanalyse om hvordan sykepleiere har posisjonert seg til antibiotika og antibiotikabehandling i tidsskriftet *Sykepleien* i perioden 1947 til 2022. I studien har jeg brukt Bourdieus teori om praktisk sans som teoretisk verktøy, med en tilhørende praxeologisk analysestrategi.

1.1 Studiens oppbygning

Studien er bygd opp ved først en gjennomgang av bakgrunn for studien og redegjørelse for min undring, og en gjennomgang av teoretisk bakgrunnsstoff og tidligere studier. Deretter har jeg gjort en praxeologisk analyse ved av en samling artikler fra ett fagblad for sykepleiere. Disse er analysert ved hjelp av en registrantanalyse som er brukt som grunnlag for å forsøke å gi svar forskningsspørsmålene.

1.2 Bakgrunn

Grunnen til at jeg ønsket å gjøre en masteroppgave om antibiotika er fordi jeg til daglig jobber som spesialsykepleier på en lungeavdeling på ett lite lokalsykehus. På denne avdelingen behandler vi mange pasienter med antibiotika. Blant annet KOLS forverring, sepsis, pneumoni og andre nedre luftveisinfeksjoner. Pneumoni er en betennelse i lungevevet vanligvis forårsaket av mikroorganismer og er angitt til å være verdens hyppigste infeksiose dødsårsak. Totalt sett er pneumoni den 5-6 største dødsårsaken i Norden (Giæver, 2015, s. 161). Ifølge Murray et al. (2022) er nedre luftveisinfeksjoner assosiert med mer enn 1,5 millioner dødsfall relatert til antibiotikaresistens i 2019 i verden. Som sykepleier gir jeg pasienter antibiotika etter forordning fra lege, og sjelden stiller man spørsmålstegn ved behandlingen pasienten får. Men med mer kunnskap om antibiotika og ikke minst om antibiotikaresistens har jeg skjønnet at om man i fremtiden skal kunne ha effektive antibiotika til å behandle sykdommer er man nødt til å gjøre noe med bruken slik som den er i dag, da

antibiotikaresistens blir stadig mer utbredt. De siste årene har vi stått i en global pandemi som har vist oss hvor maktesløse vi er når vi ikke har legemidler som fungerer, og hvor viktig smittevern og forebygging er.

Fra 2020 har jeg vært fagutvikler på avdelingen, og i 2019 ble jeg invitert til å bli med i det lokale antibiotikateamet. Å være med i antibiotikateamet er en spennende oppgave.

Antibiotikateamet er opprettet som følge av myndighetenes krav til antibiotikastyring gjennom Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Denne blir beskrevet senere i oppgaven (jf. Kap. 1.4.8). Teamet jobber blant annet med tiltak og undervisning rettet mot sykepleiere, leger og farmasøyter.

1.2.1 Undring

Det som undrer meg er at jeg ofte opplever at sykepleierne har manglende engasjement rundt antibiotikabehandling, i tillegg til lite kunnskap om antibiotika og antibiotikaresistens. Jeg blir ofte møtt med utsagn som at antibiotika er en legejobb. Det stemmer at det er leger som foreskriver antibiotika, men det er ofte sykepleieres observasjoner og vurderinger som ligger til grunn for valget. Sykepleiere er tett på pasientene, de tar målinger og mikrobiologiske prøver, de observerer allmenntilstand og videreformidler dette til legen. Hvordan kan det ha seg at det ikke er like naturlig for sykepleiere å stille spørsmål om antibiotikabehandling som om for eksempel smertebehandling, da vi vet at unødvendig og feil behandling med antibiotika, kan føre til utvikling av antibiotikaresistens?

1.2.2 Hensikt

Hensikten med studien er å forklare og forstå hvorfor sykepleiere ikke involverer seg mer til bruk av antibiotika. For senere å kunne bruke slik innsikt i arbeidet mot antibiotikaresistens, ved å spre kunnskap om hvordan man kan bruke antibiotika på en måte som forhindrer antibiotikaresistens.

1.3 Tidligere forskning

Søk i nasjonale og internasjonale forskningsdatabaser har resultert i lite funn av relevant norsk forskning på feltet.

Det finnes noen studier og litteraturgjennomganger fra andre land. Monsees et al. (2017), en gruppe forskere fra USA, gjorde en systematisert gjennomgang av 13 artikler i 2017 publisert mellom januar 2007 til juni 2016. Den beskriver at selv om det er anerkjent at sykepleiere er det sentrale knutepunktet i helsevesenet trengs det mer kunnskap, opplæring og informasjon i yrkesgruppen. Sykepleiere er en av de største kliniske disiplinene og har en unik posisjon som pasientforkjempere. Dermed vil man ved å øke sykepleieengasjementet spre kunnskap. Små sykehus har begrenset tilgang til ressurser som farmasøyter og infeksjonsleger, mens sykepleiere er til stede. Men sykepleiere har begrensede ressurser til å delta og sette seg inn i antibiotikastyring. Samme gruppe forskere gjorde også en spørreundersøkelse på ni sykehus i USA for å fastslå sykepleieres anerkjennelse og involvering i antibiotikastyring. De fleste er enige i at sykepleiere har en viktig rolle og at deres ledere oppmuntrer dem til å involvere seg. Men rapporterte om manglende kunnskap og dårlige definerte roller som årsaker til at de ikke involverte seg (Monsees et al., 2020).

Januar 2022 publiserte Davey og Aveyard (2022) en artikkel om sykepleieres oppfatning av deres rolle i antibiotikastyring. De gjorde litteraturstudie der de søkte gjennom fem akademiske databaser og identifiserte seks relevante studier, alle studiene er fra USA eller Australia. Bakgrunnen for denne studien var at antibiotikastyring oppfattes som legers og farmasøyters fagfelt. Men det er en økende anerkjennelse at det trengs en tverrfaglig tilnærming som også omfatter pleiepersonell. Her er ett av funnene blant annet at sykepleiere ikke tør å si ifra fordi de er redde for ikke å bli tatt seriøst, eller ikke ønsker å skape konflikter i omsorgsgruppen. Det nevnes også at sykepleiere er motvillig til å spørre om antibiotikabehandling da de tror at det ikke blir godt mottatt blant de som foreskriver antibiotika.

I 2022 gjennomførte doktorgradsstipendiat Marte Tangeraas Hansen og kolleger ved Stavanger Universitetssykehus en studie i sykepleiers smittevernpraksis og forhold i antibiotikastyring i møtet med pasienter med multiresistente bakterier. I denne studien spurte

de også om sykepleieres holdninger og kunnskap til antibiotikabehandling. Det ble stilt spørsmål om blant annet om sykepleierne visste hvorfor pasientene fikk antibiotika, om hvilke observasjoner sykepleierne burde gjøre, om de undersøkte mikrobiologiske resultat, om sykepleierne brukte de nasjonale veilederne for antibiotikabruk, om de spurte legene om antibiotikaforeskriving og om de spurte om overgang til oral antibiotika etter 72 timer. Noe av det som kom fram i studien er at forholdet mellom lege og sykepleier i antibiotikastyringsprogram er uklart, sykepleierne er usikre på hvilke roller de innehar. Det kom også fram at de føler de krysser legenes grenser og er usikre på om leger ønsker mer involvering av sykepleiere i forhold til antibiotikaforeskriving hos pasienter. I tillegg er sykepleierne usikre på hva antibiotikastyring innebærer og har ikke opplæring på feltet. Sykepleierne er skeptiske til å ta over legens rolle. Noen sier til og med at de ikke ønsker at antibiotika skal være enda en felt hvor de sykepleierne føler at de må ta over (Tangeraaas Hansen et al., 2023).

1.4 Oppdagelsen av antibiotika

Antibiotika er betegnelsen på legemidler som hemmer formeringen av, eller dreper mikroorganismer og brukes til behandling av infeksjonssykdommer (Henriksen et al., 2022). Antibiotika har reddet mange liv og vært en forutsetning for utvikling av den moderne medisin (Rollag et al., 2019, s. 375). Antibiosis betyr mot liv og er ett begrep som ble etablert på slutten av 1800-tallet for å beskrive motstand mellom levende organismer. Samuel Waksman var den første som brukte begrepet antibiotika. Han brukte det som definisjon på substanser produsert av mikroorganismer som hindrer veksten til andre mikroorganismer. De fleste antibiotika i dag er syntetisk fremstilt og begrepet brukes både om substanser som er syntetisk fremstilt med disse egenskapene, samt antibiotika i sin originalform (Rollag et al., 2019). På 1900-tallet ble det jobbet mye med å utvikle antibiotika, men det var først i 1928 at Aleksander Flemming ved en tilfeldighet oppdaget penicillinet. Dette skjedde når han dyrket stafylokokker og oppdaget at disse døde når skålene ble forurenset av muggsopp. Klinisk ble penicillinet brukt første gang i 1941. Flemming fikk også i 1945 sammen med Ernst Chain og Howard Florey nobelprisen i medisin for denne oppdagelsen (Yazdankhah et al., 2013).

1.4.1 Antibiotikaens gullalder

Alexander Flemings oppdagelse av penicillinet regnes som ett stort gjennombrudd i forskning på å bekjempe infeksjoner. I siste del av 1940-årene ble det utført forskning for å finne nye typer antibiotika. Perioden 1940-1960 kalles for antibiotikaens gullalder. Under denne perioden ble det oppdaget flere ulike typer antibiotika, og bruken av antibiotika var utstrakt. Det ble brukt til mennesker og dyr, som medisin og som profylakse, i matproduksjon og i dyreproduksjon (Yazdankhah et al., 2013). Det fantes ett godt utvalg av effektive antibiotika, og man så for seg at kampen mot bakterier var vunnet. Resistensutvikling ble sett på noe som kunne forekomme i teorien (Rollag et al., 2019, s. 376).

1.4.2 Stopp i utviklingen

I midten av 1960-årene begynner denne «gullalderen» å ta slutt. Og etter 1987 er det ikke utviklet antibiotika med nye virkningsmekanismer. De fleste av antibiotikaene som brukes i dag er utviklet før 1970 (Yazdankhah et al., 2013). Forskning på antibiotika er utfordrende på grunn av bakteriers komplekse struktur og effektive forsvarsmekanismer. I tillegg er det økonomisk lite attraktivt og risikabelt (Legemiddelindustrien, 2022). Derfor prioriterer legemiddelindustrien andre medikamenter, da antibiotika stort sett kun gis i kortere kurer og gir liten økonomisk avkastning (Yazdankhah et al., 2013).

1.4.3 Antibiotikaenes virkningsmekanismer

Antibiotika deles inn i flere klasser. Det er antibiotika som hindrer vekst av bakterier mens noen antibiotika dreper bakterier. Ofte brukes betegnelsene smal- og bredspektret antibiotika. Smalspektrede antibiotika virker på ett begrenset utvalg bakterier, mens bredspektrede antibiotika er mer omfattende og virker på flere typer bakterier. Bredspektrede antibiotika er også mer resistensdrivende fordi de også påvirker normalfloraen i større grad (Rollag et al., 2019).

Antibiotika kan klassifiseres ut ifra virkningsmekanismer. Det vil si ut ifra hvordan det angriper bakteriene. Eller de kan klassifiseres etter kjemisk struktur eller oppbygning. Ved alvorlige bakterieinfeksjoner der man ikke vet årsaken, eller hvilke bakterier som skaper infeksjonen, benyttes ofte kombinasjoner av ulike antibiotika med ulike angrepspunkt for å oppnå ett bedre resultat enn om man benyttet kun en type (Rollag et al., 2019).

1.4.4 Resistensbestemmelse

Å bestemme en bakteries følsomhet for antibiotika kalles resistensbestemmelse. Dette vil si noe om den terapeutiske effekten av ett bestemt antibiotikum opp mot en bestemt bakterieinfeksjon. For pasientene er resistensbestemmelse av sykdomsfremkallende bakterier er viktig å utføre fordi det vil påvirke valg av antibiotika slik at pasienten får en effektiv og ufarlig behandling. Dyrkning utføres ved at materiale med mistenkt infeksjonsfokus som for eksempel urin, ekspektorat, sårsekret eller avføring eller lignende sendes til ett mikrobiologisk laboratorium hvor man finner mikrober og tester for hvilke antibiotika de er sensitive for. Men å dyrke frem en resistensbestemmelse tar tid og i akutte situasjoner bruker man kunnskap om de mest vanlige bakterietyper og deres forventede følsomhet overfor ulike typer antibiotika når man skal velge behandlingsstrategi (Rollag et al., 2019). Helsedirektoratet har utviklet en nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk basert på tall og forskning på de mest vanlige infeksjonene og de bakteriene som oftest gir sykdom (Helsedirektoratet, 2013).

1.4.5 Antibiotikaresistens

Antibiotikaresistens betyr at bakterier lever videre og formerer seg selv om de blir utsatt for antibiotika. Noen bakterier er naturlig resistente og både de og andre bakterier kan utvikle resistens mot antibiotika de utsettes for. Er bakterien resistente mot to eller flere antibiotika kalles de multiresistente. Resistente bakterier gir infeksjoner som er vanskeligere å behandle og kan føre til langvarige sykdomsforløp med stor fare for komplikasjoner og høy dødelighet (Astrup, Kacelnik, et al., 2014). En bakterie er resistent når toleransen av en antibiotikakonsentrasjon er høyere enn det som er oppnåelig på infeksjonsstedet. Dette gir høy risiko for terapivikt (Rollag et al., 2019, s. 382). Resistens utvikles enten gjennom at bakterien gjennomgår en mutasjon. For eksempel når antibiotika brukes i stor utstrekning i ett miljø, kan bakteriers følsomhet for denne antibiotikaen etter hvert bli fjernet slik at det er de resistente mutantene som blir dominerende og antibiotikaen som er brukt mister virkningen. I noen bakterier utvikles resistensen i genmaterialet som kan overføres mellom bakterier. Dermed kan resistens overføres også til større bakteriegrupper. Det fører til en «smittsom» resistens. Denne smittsomme resistensen kan fort spre seg i et miljø der antibiotika brukes mye blant annet i sykehusavdelinger (Astrup, Kacelnik, et al., 2014).

Antibiotikaresistens er et stadig økende problem. WHO (World Health Organization) har erklært antibiotikaresistens som en av de 10 største globale folkehelse-truslene. Den største årsaken til resistens er misbruk og overforbruk av antimikrobielle midler (World Health Organization, 2015). Antibiotikaresistens er ikke noe vi mennesker har skapt. Men utstrakt bruk av antibiotika har gjort resistens mer utbredt og dermed ført til at det er ett klinisk problem. Konsekvenser av resistens kan være infeksjoner som blir vanskelig å kontrollere og at selv enkle infeksjoner kan bli dødelige. Uten effektive antibiotika kan vi ikke lenger behandle enkle sykdommer som for eksempel pneumoni eller halsbetennelse. Kreftbehandling, transplantasjoner og operasjoner vil bli risikabelt å utføre fordi vi ikke har midler til å bekjempe bakterier og infeksjoner som følge av behandlingen (Yazdankhah et al., 2013).

1.4.6 Resistenssituasjonen i verden

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er antibiotikaresistens en av de største helsetruslene i verden og ønsker å anerkjenne dette som ett globalt helseproblem. I 2015 ble det på World Health Assembly godkjent en global handlingsplan som har som mål å sikre forebygging og behandling av infeksjonssykdommer med trygge og effektive medisiner (World Health Organization, 2015). I januar 2022 ble det i The Lancet publisert en studie som viser at i 2019 døde mer enn 1.2 millioner mennesker som følge av antibiotikaresistente bakterier, og forfatterne estimerer at så mange som 4,9 millioner dødsfall kan være en direkte følge av antibiotikaresistens. Studien er gjennomført ved hjelp av flere datakilder som mikrobiologiske kilder, pasient data og data på farmakologisk salg. Alle verdensdeler er representert i studien. (Murray et al., 2022).

1.4.7 Resistenssituasjonen i Norge

I Europa er Norge iblant de landene som bruker minst antibiotika, og sykdomsbyrden knyttet til antibiotikaresistens er lav sammenlignet med de fleste andre land (Helsedirektoratet, 2023). I Norge overvåkes antibiotikaresistens hos mikrober av NORM (Norsk overvåkningssystem hos mikrober). Det er et lovfestet nasjonalt helseregister som blant annet har som formål å innsamle og behandle data om mikrobers resistent mot antibiotika for å kartlegge forekomst og utbredelse av resistens. Den gir detaljert oversikter over resistensutviklingen i Norge og beskriver hvordan antibiotikaresistensen endrer seg over tid (Resistensregisterforskriften, 2004). Forbruket av antibiotika i Norge overvåkes ved registrering av totalomsetningen av

legemidler. Selv om Norge er ett land som bruker lite antibiotika øker antibiotikabruken mer enn omfanget av infeksjonssykdommer. Og økt antibiotikabruk, reisevirksomhet, import av mat og spredning av resistente bakterier i matproduksjon anses som noen av risikoene som kan gi økt forekomst av resistente mikrober (Astrup, Blix, et al., 2014).

1.4.8 Tiltak for å redusere antibiotikabruk i Norge

I 2015 utarbeidet regjeringen en handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten. Den hadde som mål å redusere bruken av antibiotika med 30 % innen utløpet av 2020 sammenlignet med 2012. Senere ble handlingsplanen utvidet til å gjelde for 2021 og 2022 og også videreført i 2023. Den viser hvilke tiltak Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler igangsatt for å nå målet om reduksjon i antibiotikabruk og foreskriving. Ett av tiltakene er blant annet å innføre antibiotikastyringsprogram på sykehusene med hensikt å sikre optimal antibiotikabehandling til den enkelte pasient. Målet var å redusere bruken av bredspektrede antibiotika i norske sykehus med 30 % og redusere totalforbruket av antibiotika i befolkningen med 30 % (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I 2022 var enda ikke målet om reduksjon av bredspektret antibiotika i sykehus oppnådd. Ifølge NORM rapporten for 2022 går bruken med antibiotika opp 12% siden 2012, mens bruken av bredspektret antibiotika er redusert. I 2012 utgjorde de ca. 26% av antibiotikabruk, men i 2022 er bruken redusert til 26%. Ett annet tiltak var revidering av de nasjonale faglige retningslinjene for bruk av antibiotika. Retningslinjene gir føringer for hvilken antibiotika som velges ved blant annet bakterielle infeksjoner eller ved antibiotikaproylakse for kirurgi. Disse retningslinjene er tenkt å være ett oppslagsverk for enkelt å kunne vurdere hvilken antibiotika pasientene skal få, øke pasientsikkerheten og redusere bruken av bredspektrede midler (Helsedirektoratet, 2013).

1.5 Sykepleiers posisjon

Denne studien handler om sykepleiers posisjoneringer til bruk av antibiotika. Pleie av syke har man hatt så lenge det har vært mennesker på jorden. Tradisjonelt har sykepleie funnet sted i hjemmet, men ettersom den medisinske kunnskapen ble større ble det bygd hospitaler. I første halvdel av 1800-tallet var det uuttannede gangkoner av lav rang som utførte sykepleie i slike institusjoner. De ble sett på som ukultiverte mennesker som gjorde simpelt grovarbeid (Moseng & Norsk, 2012, s. 17). I takt med den medisinske utviklingen på 1800 tallet

inntok også middelklassekvinnene sykehusene etter midten av 1800-tallet. Man begynte man å etterspørre mer fagkunnskap hos pleiepersonalet og det ble etablert utdanningsinstitusjoner og faglige organisasjoner. Sykepleie ble formet som ett kunnskapsbasert kvinneyrke (Moseng & Norsk, 2012, s. 18). Florence Nightingale regnes som grunnleggeren av den moderne sykepleieren. Og sykepleierens oppgaver ble etter hvert utvidet til å assistere legen, sørge for atmosfære med frisk luft, lys, varme og ro til pasientene. I tillegg til å se til at medisin kombinert med naturens egne krefter hjalp pasientene med helbredelse av sykdom (Nightingale et al., 1997). Diakonissehuset ble etablert i 1868 som den første utdannelsen i Norge for sykepleiere (Fause & Micaelsen, 2002). Kravet til søkerne var at de hadde god moral og at de måtte kunne lese og ta medisinske notater. Fra 1890 tallet ble det startet flere sykepleierutdanningen i Norge drevet av humanitære organisasjoner, kommunale sykehus og livssynsorganisasjoner (Moseng & Norsk, 2012). Sykepleie ble til ett fag med egne verdier og normer. Teoretisk kompetanse skulle anvendes i praksis. Underdanighet var ett krav, man skulle være lydige ovenfor legen og hans avgjørelse. Likevel var det plikt å si ifra når legen kan ha gjort feil, samtidig som legens ordre skulle utføres. Legenes utgangspunkt var å forme sykepleierne som legens assistenter, mens sykepleierne ønsket egen profesjon med utvikling av kvalifikasjoner, kompetanseøkning, spesialisering, videreutdanning og faglig selvstendighet (Moseng & Norsk, 2012, s. 21). I 1912 ble Norsk sykepleieforbund stiftet, og har siden da vært sentral i utformingen av sykepleien i Norge. Ett av de viktigste kravene i starten var autorisasjon og treårig utdanning. Dette ble fastslått i sykepleierloven som kom i 1948. I 1962 ble sykehusdrift og sykepleieutdanning atskilt. Det ble mer fokus på teoretisk kunnskap og studentene skulle ikke lenger være arbeidshjelp. I 1986 ble sykepleiehøgskolene tatt over av staten, i 1970 fikk de som gikk sykepleie status som studenter og i 2002 ble sykepleieutdanningen godkjent som bachelorstudium. Det teoretiske innholdet i sykepleierutdanningen utviklet seg fra at praksisopplæring var viktigst, til at utdanningen også skulle gi mer teoretisk kunnskap (Moseng & Norsk, 2012).

1.5.1 Kunnskap om antibiotikabruk og resistens blant sykepleiere

Sykepleier skal ikke påføre pasientene unødvendig skade, som for eksempel at de blir smittet med resistente bakterier eller utvikler resistens ovenfor enkelte typer antibiotika. Det trengs kunnskap for å bruke antibiotika riktig og bare når det er nødvendig. Da handlingsplan mot antibiotikaresistens kom i 2015 ble helseforetakene pålagt å innføre antibiotikastyringsprogram. Dette betydde blant annet at sykehusene måtte opprette egne

antibiotikateam som skal drive forbedringsarbeid mot antibiotika. Teamene bør være tverrfaglige og ha med kompetanse innen smittevern, infeksjonsmedisin, farmakologi og mikrobiologi. I de sykehusene der denne kompetansen mangler utnevnes i stedet leger/sykepleiere som har interesse for antibiotika. Selve styringsprogrammet skal være ledelsesforankret, gjøres kjent for alle ansatte og drive med overvåkning og rapportering av antibiotikabruk og antibiotikaresistens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Selv om sykepleiere til daglig utfører oppgaver som påvirker valg av antibiotika (for eksempel mikrobiologiske prøver, observasjoner og administrering av antibiotika) er antibiotikastyring ikke formelt en del av deres praksis (Monsees et al., 2019). Undersøkelse blant norske sykepleiere viser at de synes retningslinjene er vanskelig å forstå eller manglende, og at føler at de har liten involvering i antibiotikastyringsprogram. I tillegg føler de at de mangler kunnskap om mikrobiologi, smal- og bredspektret antibiotika og antibiotikabehandling (Tangeraas Hansen et al., 2023).

1.6 Antagelse

På bakgrunn av egne erfaringer, sykepleiers posisjon og tidligere studier, antar jeg at sykepleiers manglende engasjement i forhold til antibiotikaresistens har sammenheng med at sykepleier har vært vant til å gjennomføre den medisinske behandlingen som legen har foreskrevet. Denne antakelsen har jeg undersøkt ved hjelp av en registrantanalyse om hvordan sykepleiere har posisjonert seg til antibiotika i tidsskriftet Sykepleie i perioden fra første gang antibiotika er omtalt i tidsskriftet og antibiotika er allment tilgjengelig, 1947– 2022. Som teoretisk verktøy har jeg brukt Bourdieus teori om praktisk sans (jf. Kap. 2.1.), med en tilhørende praxeologisk analysestrategi (jf. kap. 2.3).

2 Teoretisk perspektiv, analysestrategi, metode og teknikk

Antagelser om sykepleiers manglende engasjement og posisjoneringer i forhold til antibiotikabruk er undersøkt ved hjelp av praxeologisk vitenskapsteori. Med en praxeologisk tilgang forsøker man å forklare og forstå dagens praksiser ved hjelp av fortiden. Man leter etter, og prøver å forklare endringer og brudd i posisjoneringene (Boge, 2021). Det finnes mange udiskutable, gjerne tildekte premisser, såkalte doxa i praksis (Wilken, 2011). Det vil si

at det er uskrevne regler i et felt eller sosialt rom/arbeidsmiljø om hva som er legitime måter å agere, handle, si eller mene om saken. I dette tilfelle; om bruk eller restriksjoner om bruk av antibiotika.

2.1 Praktisk sans

For å undersøke sykepleiers posisjoneringer har jeg brukt Pierre Bourdieus teori om praktisk sans. Bourdieu (1931-2002) var en fransk teoretiker og sosiolog som forsøkte å avdekke ikke-erkjente former for makt og dominans i samfunnet (Aakvaag, 2008). Undersøkelsene er utført ved hjelp av praxeologisk analysestrategi, og analysene er gjort med en registrantanalyse av utvalgte tekster om antibiotika i sykepleieres eget fagblad, Sykepleien. Samt konstruksjon av feltet og doxa, det sosiale rommet og artikkelforfatterens posisjoner.

2.2 Praxeologisk vitenskapsteori

Bourdieu hevdet at det finnes tre former for vitenskapelig kunnskap om menneskers sosiale praktikker, fenomenologi, objektivisme og praxeologi. Videre mente han at feminologisk teori og objektivistisk teori hver for seg ikke er tilstrekkelig. Den feminologiske teorien rekonstruerer agentenes primære erfaringer av deres sosiale forhold og praktikker. Deres erfaringer er naturlige og selvfølgelige, og stiller ikke spørsmål om hvorfor ting er som de er. Objektivismen er ikke primært interessert i agentenes egne interesser og opplevelser. Den konstrueres av utenforstående, som ser på praktikken utefra. Denne formen for teori er først og fremst interessert i å sette praktikker i relasjon til de betingelser som ser ut til å kunne forklare dem. Praxeologisk teori kombinerer fenomenologi og objektivisme og kompletterer den med den praktiske sans, som er menneskets ubevisste måte å agere på (Callewaert, 2019). Den praktiske sans er ett ervervet system av handlingsskjemaer, preferanser og prinsipper. Hvor agentene reagerer spontant, uten å analysere situasjonen og bevisst velge mellom forskjellige handlingsalternativer (Andersen & Kaspersen, 2020).

I følge Bourdieu inngår mennesket alltid i sosiale relasjoner og hører til i ett samfunn som er hierarkiserende. Han forsøkte å vise hvordan mennesker og grupper får status og makt gjennom sosial verditilskrivning til forskjellige kapitalformer og hvordan mennesker aksepterer dette som naturlige og unngåelige (Wilken, 2011, s. 12). Bourdieu brukte tre

sentrale begreper som rammer for å undersøke og forklare sosiale problemstillinger. Habitus, felt og kapital (Wilken, 2011, s. 39).

2.3 Analysestrategi: Konstruere habitus

Å finne svar på forskningsspørsmål i praxeologisk forskning gjøres indirekte ved hjelp av konstruksjoner av habitus. Habitus er en teori om hvordan det har seg at sosiale agenter posisjonerer seg som de gjør (Boge, 2021). I følge Bourdieu er habitus ett integrert system av varige og kroppsliggjorte disposisjoner som regulerer hvordan vi oppfatter, vurderer og handler i den fysiske og sosiale verden. Det er handlingstilbøyeligheter som setter sitt preg på alt vi tenker og gjør og hvem vi er (Aakvag, 2008). Habitus er kjernen i en persons identitet, det som gjør at våre handlinger og væremåte utviser stor grad av forutsigbarhet, sammenheng og regelmessighet gjennom livsløpet og på tvers av ulike situasjoner vi inngår i. Habitus formes gjennom de sosiale betingelsene vi vokser opp under, det er forventningene som vårt sosiale miljø stiller oss, eller koder og regler vi må kjenne til for å delta i ulike sosiale miljø. Habitus gjenspeiler agentens posisjon i det sosiale rom, og setter grenser for våre handlinger og væremåte etter klassespesifikke grenser. Dermed fungerer vi godt i noen sosiale miljøer, men dårlig i andre. Habitus styrer ofte agentene inn i situasjoner som bekrefter deres tidligere posisjoneringer, og får dem til å unngå situasjoner som utfordrer eller setter spørsmålstegn ved deres habitus (Aakvag, 2008).

2.4 Det sosiale rom og det sosiale felt

Det sosiale rom er som samfunnet sett under ett. Det forteller oss om hvordan fordelingene av ressursene eller klassestrukturen i hele samfunnet er. Det består av ulike objektive posisjoner som medlemmene kan ha, avhengig av hvor mye og hvilken type ressurser og kapital de har. I det sosiale rommet er posisjonene hierarkiserte. Det vil si at de er basert på vertikal over- og underordning avhengig av kapitalmengde. Rommet har en rasjonell struktur og posisjonene defineres gjennom den relasjonen agentene har til andre posisjoner (Andersen & Kaspersen, 2020).

De som befinner seg i omtrent samme posisjon i det sosiale rom tilhører også samme klasse. Forholdet dem imellom er basert på konflikt, for alle ønsker å forsvare eller forbedre sin relative posisjon (Aakvag, 2008). Organiseringen av det sosiale rommet baseres på to

prinsipper: den totale mengden av kapital som agentene har, og fordelingen mellom økonomisk og kulturell kapital. Kapital er ifølge Bourdieu knappe ressurser som både individer og grupper i samfunnslivet konkurrerer om. Kapital er makt i form av ressurser som kan brukes til å oppnå fordeler i det sosiale livet. Dette gir grunnlag for dominans og herredømme fordi ressursene er fordelt ulikt mellom individer og grupper i samfunnet (Aakvag, 2008). Bourdieu beskriver tre hovedformer for kapital. Økonomisk kapital som er alle former for økonomiske ressurser som kan investeres i og gi økonomisk avkastning. For eksempel penger, aksjer, eiendom eller råvarer. Å ha økonomisk kapital gir økonomisk makt. Kulturell kapital er kapital tilegnet seg ved å mestre den dominerende, kulturelle koden i samfunnet. Denne typen kapital kan gi makt gjennom resultater i utdanningssystemet, tilgang til attraktive posisjoner på arbeidsmarkedet og bedre muligheter for deltakelse i politikk, vitenskap og kunst (Aakvag, 2008). Deretter beskriver Bourdieu sosial kapital. Det er kapital som er tilegnet ved sosialisering for eksempel i sosiale nettverk og grupper som familie, venner eller organisasjoner (Wilken, 2011).

2.4.1 Det sosiale felt

Bourdieu definerer ett felt som ett nettverk, ett sett av system av posisjoner som står i relasjon til hverandre og som får betydning gjennom relasjoner til andre posisjoner i feltet (Wilken, 2011, s. 52). Mens det sosiale rommet er klassestrukturen i samfunnet som helhet. Er det sosiale feltet en sfære, arena og institusjon innenfor det sosiale rom (Aakvag, 2008).

Posisjonene er i relasjon til hverandre. De har både motsatte verdier og forskjellige verdier. I følge Bourdieu karakteriseres ett felt av at det er noe som står på spill. Hvert felt har en egen kapitaltype, noe de posisjonerende agentene finner det verdt å kjempe for eller om (Wilken, 2011, s. 52). Posisjonene er hierarkiserte, og påvirker agentene uavhengig av om agentene er bevisst dette eller ikke. Den mengden av kapital en agent innehar bestemmer agentens posisjon i feltet. Kapital gir innflytelse i feltet som igjen gir makt som gir feltet autonomi og uavhengighet. Det vil foregå konflikter som går ut på å tilegne seg mest mulig av den gjeldende kapitalen eller redefinere hva som skal gjelde som kapital på ett felt (Aakvaag, 2008).

2.4.2 Doxa, hetrodoxa og ortodoxa

Bourdieu bruker begrepet doxa for å beskrive den grunnleggende uoverensstemmelsen mellom agenter og feltet (Wilken, 2011, s. 55). Doxa omfatter de uskrevne reglene og

oppfatningene om hvordan en skal agere. Altså standpunkt og kunnskap som en tar for gitt. De med høyest posisjon i feltet har som regel størst definisjonsmakt og makt til å opprettholde og revitalisere doxa, de er ortodokse (Boge, 2021). Angrep på disse reglene, angrep på doxa, kalles heterodoksa. Ved slike angrep må representanter for doxa forsvare seg om ikke doxas posisjon skal svekkes (Aakvaag, 2008).

2.4.3 Forskningsspørsmål

I denne studien har jeg argumentert for at sykepleierfagets fortidige posisjoneringer til antibiotikabehandling kan bidra til å forklare at nåtidens sykepleiere i liten grad engasjerer seg i forhold til antibiotikabehandling. I den sammenheng har følgende forskningsspørsmål vært sentrale:

1. Hvordan kan det ha seg at nåtidens sykepleiere i liten grad engasjerer seg i forhold til antibiotikabehandling?

For å kunne svare på forskningsspørsmål 1, har jeg konstruert habitusen til de som har posisjonert seg om antibiotika i sykepleiefaget. I den sammenheng har følgende forskningsspørsmål vært sentrale:

2. Hvordan posisjonerer sykepleiefaget seg til antibiotikabehandling?
3. Hvordan kan det være at sykepleiefaget har posisjonert seg som det har?

2.5 Registrantanalyse som metode

Spørsmål 2 og 3 har jeg svart på ved hjelp av en registrantanalyse. En registrantanalyse er en måte å lese, registrere og danne seg et overblikk over store mengder informasjon (Kopp, 2009). En registrantanalyse er en metode som kan hjelpe til med å forstå og forklare hvorfor bestemte fenomener er som de er og hvordan de har blitt slik. En systematisk gjennomgang muliggjør dessuten at en kan avdekke brudd i utviklingen over tid. Ved å systematisk spørre de samme spørsmålene til forskjellige tekster kan man belyse historiske forandringer for dermed få frem kronologiske hendelser og resultat av kamper mellom ulike posisjoner. En registrant gjøres ved å stille samme spørsmålet til alle dokumentene (Boge, 2021). Metoden

vil vise hvordan kjennskap til historiske prosesser er avgjørende for å få en forståelse av hvorfor en forholder som en gjør til bestemte praktiske problemstillinger (Kopp, 2009)

2.6 Teknikk

Dokumenter som er analysert, er ett utvalg skriftlige artikler kanalisert gjennom sykepleiernes eget tidsskrift utgitt av norsk sykepleierforbund. For å finne svar på sykepleieres posisjoneringer til antibiotika har jeg ved hjelp av en registrantanalyse sett på sykepleieres posisjoneringer i tidsskriftet «Sykepleien». Tidsskriftet ligger åpent ute på nett og kan leses av alle. Det er ett anerkjent tidsskrift blant sykepleiere, utgitt av Norsk sykepleierforbund og dekker helsenyheter relevante for sykepleiere. Det formidler fag- og forskningsartikler, debattinnlegg og meninger. Sykepleien Forskning er ett vitenskapelig nivå-1 tidsskrift som publiserer fagfelleverderte forskningsartikler. I arkivet kan man søke etter artikler og lese bladet helt tilbake til 1912 (Sykepleien, 2023).

2.7 Autososialanalyse

Ifølge Bourdieu er forskeren en agent som påvirker deler av en studie, derfor må forskeren stille seg selv de samme spørsmålene som til forskningsobjektet og konstruere egen habitus. Da vil forskeren gjøre rede for egne posisjoneringer i forhold til praksisen som blir studert, forskerens plass i det sosiale rommet og egne relasjoner til feltet (Boge, 2021). Jeg har ikke gjort en fullstendig autososialanalyse, men en minivariant om det som kan ha disponert for at jeg har den posisjonen som jeg har og gjør en masterstudie om antibiotika.

2.7.1 Egen posisjon

Jeg har en posisjon som fagutviklingssykepleier på en lungeavdeling og jeg deltar i sykehusets antibiotikateam. Jeg har med andre ord en relativt høy posisjon i det medisinske feltet. Nedenfor har jeg gjort rede for noen sosiale-, økonomiske- og kulturelle kapitaler som kan ha disponert for at jeg har den posisjonen som jeg har i det medisinske feltet.

2.7.1.1 Sosial kapital

Jeg har vokst opp i ett lite lokalsamfunn, ei bygd. Bodde sammen med mine foreldre og var 13 år da jeg fikk mitt første søsken, en bror. Begge mine foreldre har hatt jobb fra jeg var

liten. Min far jobbet som meieriarbeider og min mor i fiskeindustrien, senere som sykepleier. Hun var også tillitsvalgt på arbeidsplassen og engasjert i politikk. Jeg gikk i barnehage og barneskole i denne bygda, hadde mitt jevngamle søskenbarn som nærmeste nabo og vi har lekt mye sammen i oppveksten. Ble fort interessert i skole og skolearbeid. På fritiden var jeg med i korps. Min far er fra ett lite samfunn utenfor bygda jeg vokste opp i. Han er vokst opp med en far som jobbet på sjøen og var borte i lengre perioder. Og en mor som var hjemme og passet barn og hus. Min mor er født og oppvokst i hovedstaden, Oslo. De flyttet til samme hjemsted som min far da hun var 16 år. Hennes far var sjømann og maskinist og hennes mor, min bestemor, jobbet på kontor. Bestemor bar preg av å ha vokst opp i hovedstaden. Hun var skoleflink, sterk i norsk og språk som tysk og engelsk, hadde en karriere i frelsesarmeen og hadde ett yrkesaktivt liv. Jeg fikk tidlig samboer og egen familie med to barn. Senere ble jeg skilt, men har nå ny samboer og vi har fått ett barn sammen. Jeg har sterke bånd til familien. Jeg jobber på ett lite lokalsykehus og har kolleger på alle avdelingene. Jeg har ett stort nettverk innen jobb som deltaker i antibiotikateam og som fagutviklingssykepleier.

2.7.1.2 Kulturell kapital

Min mor utdannet seg i voksen alder til sykepleier, min far utdannet innen næringsmiddelindustrien. Skole og utdanning har alltid vært viktig i familien. Min bestemor var sterk i språk og skriftlige arbeid som hun hadde tilegnet seg med å jobbe på kontor i mange år. Jeg visste aldri helt hva jeg ville utdanne meg som og når jeg skulle begynne på videregående falt valget på studiespesialiseringslinjen. Etter videregående skulle jeg ha ett friår og fikk meg jobb i fiskeindustrien og fikk etter hvert to barn. Da barna var små begynte jeg å jobbe noen ekstravakter som assistent på det lokale sykehjemmet. Der trivdes jeg godt og søkte etter hvert på sykepleierutdanningen. Etter endt utdanning fortsatte jeg å jobbe noen år på sykehjemmet der jeg tidligere hadde hatt ekstravakter. Etter hvert tok jeg kurs og ble ambulansevikar. Da jeg ble skilt og alene med barna måtte jeg slutte å jobbe i ambulansen fordi det ble vanskelig å gå lange vakter og være alene med barn. Men jeg husker dette som en veldig spennende og utfordrende arbeidsplass. Jeg og barna flyttet til Namsos og jeg fikk jobb på medisinsk avdeling på sykehuset. Jeg trivdes godt i den nye jobben og da jeg fikk tilbud om videreutdanning innen lungesykepleie takket jeg ja til det. Samtidig som jeg begynte videreutdanning fikk jeg jobb som fagutviklingssykepleier på avdelingen og ble rekruttert inn i det lokale antibiotikateamet. Med videreutdanning og deltakelse i

antibiotikateamet har min interesse for antibiotikabehandling vokst og har også bidratt til valg av tema i masteroppgaven.

2.7.1.3 Økonomisk kapital

Jeg har vokst opp i ett stabilt hjem med begge foreldre i jobb. Vi hadde relativt god økonomi. Min bestemor vokste opp i Oslo i etterkrigstiden og hadde mange historier om det gjennom oppveksten. Men å ta vare på mat, klær og utstyr er noe som alltid har stått sterkt i vår familie. Etter noen år i Namsos traff jeg min nåværende samboer og vi fikk ett barn sammen. Som sykepleier og spesialsykepleier har jeg god lønn og min samboer jobber som anleggsleder så vår økonomi i dag er bra.

3 ANALYSE

I denne delen av studien har jeg først argumentert for at tidsskriftet Sykepleien har hatt en høy posisjon i norsk sykepleie, med tilhørende makt til å være doxa-bærer om blant annet antibiotika. Deretter har jeg generert svar på forskningsspørsmål 2 og 3 (jmf. Kap 3.2 til 3.4). Når det har oppstått brudd i doxa om antibiotika, har jeg analysert posisjonen og disposisjonene til de som har posisjonert om antibiotika seg på det aktuelle tidspunktet (jmf. Konstruksjon av habitus, kap. 2.3)

3.1 Posisjonen til tidsskriftet

Tidsskriftet Sykepleien som er Norsk sykepleieforbunds (NSF) medlemsblad, har fungert som NSF's talerør fra 1912. Tidsskriftet har vært sentral i kampen for å heve sykepleiers kulturelle kapital i form av utdanning, heve den økonomiske kapitalen til sykepleiere og heve den sosiale kapitalen i form av å bygge sterke sosiale fagforeningsnettverk i hele landet (Moseng & Norsk, 2012).

Tidsskriftet oppstod i forbindelse med at Norsk Sykepleierforbund ble stiftet i september 1912 av 44 håndplukkede kvinner som underskrev ett opprop som ble sendt ut. For å bli med i forbundet var det strenge krav for å sikre medlemmer med en viss kvalitet. De måtte ha grundig utdanning eller omfattende praksis, i tillegg var søkerens etiske nivå viktig. Alle søknader om medlemskap måtte godtas av NSF's styre (Melby, 2000). Selv om lønn og

arbeidsforhold var viktige saker var det sykepleierfaget, kampen for 3-årig utdanning og ledelse av eget fag som sto sentralt (Moseng & Norsk, 2012). Bergljot Larsen ble den første formann av organisasjonen og redaktør av tidsskriftet. Dette var hun frem til 1947, etter det ble det satt ned en redaktørkomite som stod for redigering av tidsskriftet. I november 1947 besto komiteen av en oversøster, en helserådssøster, en bedriftssøster og en avdelingssøster (Sykepleien, 1947b). Alle med høye posisjoner og disposisjoner. Tidsskriftet ble ett populært tilbud til medlemmene som ble tatt opp i Norsk Sykepleierskeforbund og har bidratt til en felles identitet blant sykepleierne. De fikk en egen arena for blant annet kunnskapsutveksling og kampsaker. Tidsskriftet har en høy posisjon i feltet, da det henvender seg til alle medlemmer av norsk sykepleierforbund.

Tiden etter andre verdenskrig var preget av samarbeidsånd og gjenoppreising. Organisasjonen fikk stadig flere medlemmer. Norsk sykepleierskeforbund ble ett samlingspunkt for sykepleiere. Både folketallet og tallet på helsepersonell økte, og det ble stadig utdannet flere sykepleiere (Melby, 2000). Bidragsgivere til bladet var for hovedsakelig leger eller sykepleiere. Det var naturlig å skrive om den medisinske utviklingen som skjedde i samfunnet, blant annet om antibiotika, for informasjonen nådde alle sykepleiere som var medlemmer.

NSF hadde allerede i 1919 tanker om videre utdanning for sykepleiere. Og holdt i 1925 det første «fortsættelsesskole» for sykepleiersker (Melby, 2000, s. 91). Det ga sykepleiere mulighet til å videreutdanne seg uten å reise til utlandet. Denne videreutdanningen ble først lagt ned i 1985. Skolen ga tilbud om videreutdanning i administrasjon, undervisning og sosialt arbeid. Gjennom å undervise de som skulle undervise sykepleierelever sikret NSF at de fikk innflytelse over grunnutdanningens innhold i teori, praktisk utøvelse og normer og verdier som ble formidlet (Melby, 2000)

I 2023 er NSF Norges fjerde største fagforbund med nesten 130 000 medlemmer (NSF, 2023) de eier tidsskriftet Sykepleien som dekker helsenyheter relevant for sykepleiere. Tidsskriftet har mange lesere og har en stor redaksjonskomite med flere journalister.

3.2 Doxa om antibiotika, 1947 – 1957

I perioden 1947-1957 ble det publisert fem artikler som omhandlet antibiotika i tidsskriftet Sykepleien (jf. Tabell 2). Artikkene var skrevet av leger og sykepleiere. Legene beskriver antibiotika som en vidunderlig nyvinning, mens sykepleierne problematiserer merarbeidet som antibiotikabehandlingen medfører og argumenterer for at kunnskapen som slik behandling krever bør bidra til at de får en høyere posisjon i helsevesenet.

Tabell 1: Inkluderte artikler 1947 - 1957

År	Forfatteren	Tittel
1947	Lege R. Thingstad	Litt om penicillinets oppdagelse og fremstilling.
1951	ICN Nursing Service Committee	Årsaker til økt etterspørsel etter sykepleiersker.
1953	Sykepleier Margrethe Oddenes	Anvendelsen av uuddannet hjelp, dens arbeidsområde og eventuelle opplæring
1953	Lege Georg Ormeland	Om nyere medikamenter
1954	Sykepleier Daisy C. Bridges	Hva kan vi gjøre for å fylle stillinger innen administrasjon, undervisning m.v

Nedenfor har jeg først analysert posisjonen og disposisjonene til legene som posisjonerte seg om antibiotika i perioden 1947 – 57 (jf. Kap. 3.2.1). Deretter er det gjort tilsvarende analyser av sykepleiernes posisjon, disposisjoner og posisjoneringer om antibiotika (jf. Kap 3.2.2).

3.2.1 Antibiotika – et vidunderstoff

Første gang antibiotika er omtalt i sykepleien var i 1947. Da ble det er publisert ett utdrag av ett foredrag reservelege R. Thingstad hadde hatt for sykepleiere ved Bærum sykehus om penicillinets oppdagelse og fremstilling. Han beskriver det som en velsignelse for utallige pasienter, og forteller om dets virkning. Han forteller om ett enormt behov og at fremstilling av penicillin er blitt en mektig industri (Sykepleien, 1947a). Han forteller om den lange veien fra Alexander Flemings oppdagelse i 1928 og veien frem til penicillinets form som det er kjent i 1947. For å forklare veien frem til penicillinets form, forteller han litt om hvordan penicillinet ble oppdaget og hvordan det virker. Thingstad skriver at dessverre var middelet vanskelig å utvinne i store mengder og det ble derfor ganske ukjent frem til professor i patologi Florey og kjemiker Chain begynte å interessere seg for det i 1935. Nå startet arbeidet med å utvinne penicillin, men fremstilling av større mengder var vanskelig. Etter hvert klarte de å fremstille såpass mye at de kunne teste stoffet på mennesker. Den første pasienten døde da de gikk tom for penicillin etter fem dager, men han hadde vist bedring fra sykdom. Den

andre pasienten det ble testet på overlevde. Under andre verdenskrig ble stoffet fraktet til USA for at amerikanerne skulle bli interessert i dette nye stoffet som omtales som «vidunderstoffet». Alle store legemiddelfirma i USA ble bedt om å gå i gang med penicillinframstilling. Det ble opprettet en komite som fordelte penicillin til de forskjellige sykehus. I starten da beholdningen av penicillin fortsatt var begrenset var det de vestlige kjempende styrker som fikk penicillin, deretter når beholdningen ble større fikk også sivile tilgang til penicillin. Når artikkelen ble publisert i Sykepleien i 1947 er framstillingen av penicillin kommet så langt at det er helt frigitt til sivil bruk, og behovet er stort. Framstilling av penicillin på fabrikkene er blitt en mektig industri (Sykepleien, 1947a).

I 1953 publiserte lege Georg Ormeland en artikkel i Sykepleien der han beskriver hva antibiotika og penicillin er, hvordan det virker, og at flere typer antibiotika har blitt tilgjengelige. Han argumenterer for at man har klart å resistensbestemme mikrober slik at man vet hvilket antibiotikum som påvirker forskjellige mikrober. Han skriver videre at det finnes mikrober som blant annet er upåvirkelig av penicillin og at man da må bytte til annet middel (Ormeland, 1954). Antibiotika er fortsatt å anse som ett viktig legemiddel i kampen mot infeksjonssykdommer. Og selv om man nå vet at penicillin ikke virker på alle typer mikrober, så har man andre antibiotikum som kan benyttes i stedet. Ormeland argumenterer for at antibiotika har hatt stor effekt på dødelighet ved infeksjoner og nevner at antibiotika har hatt en revolusjonerende effekt på for eksempel lungebetennelse der dødeligheten har gått betraktelig ned. Han nevner at det finnes noen typer mikrober som kan bli resistente mot enkelte antibiotika, men at løsningen da er å bytte til ett annet antibiotikum (Ormeland, 1954).

3.2.1.1 Posisjonen og disposisjonene til legene som posisjonerte seg om antibiotika, 1947 - 1957

Thingstad var reservelege. Det vil si at man er overlegens nærmeste underordnede, en stilling som krevde gode kvalifikasjoner, men uten krav om spesialistkompetanse (Kashif Waqar Faiz, 2012). Som reservelege vil man anta at han har en høy stilling på sykehuset, og en høy kulturell kapital, og en god lønn og en høy økonomisk kapital. I tillegg underviser han sykepleiere og er nærmeste underordnede til overlegen så vil anta at også sosial kapital er høy.

Ormeland var også lege med tilhørende kulturell-, økonomisk- og sosial kapital. Han arbeidet ved Ullevål sykehus som ble etablert i 1887 og har siden 2009 vært en del av Oslo universitetssykehus og anses som ett av de største sykehusene i Norge, med tilhørende faglig tyngde. Det har siden 1887 blitt påbygd og oppgradert flere ganger (Ullevål sykehus i hundre år, 1987).

3.2.2 Antibiotika – et merarbeid

Ovenfor har vi sett at legene var svært begeistret for antibiotika. Nedenfor vil vi se at sykepleierne ikke deler denne begeistringen.

3.2.2.1 Posisjoneringene til sykepleierne som posisjonerte seg om antibiotika, 1947 - 1957

I perioden 1951 til 1954 publiseres det tre artikler om antibiotika i Sykepleien som problematiserer antibiotika. I 1951 trykkes ett utsnitt av en rapport fra I.C.N. Nursing Service Comitte om sykepleiermangelen i verden og forslag til tiltak for å redusere den. Rapporten viser til at en av de viktigste årsakene til mangelen av sykepleiere er blant annet bruk av mer innviklede behandlingsmetoder som for eksempel bruk av antibiotika (Sykepleien, 1951). Antibiotikabehandling medfører med andre ord merarbeid for sykepleierne. Også norske sykepleiere argumenterer for at det er behov for hjelp fordi sykepleierne er jobber med blant annet «mer krevende behandlingsmetoder som bruk av antibiotika» (Oddenes, 1953). Som i 1951 (jf. Ovenfor), er antibiotika en behandlingsmetode som man ikke setter spørsmålstejn ved, man godtar at det er en form for behandling som har kommet for å bli som krever ekstra ressurser av sykepleierne.

I 1954 gjengir tidsskriftet en uttalelse fra Miss Daisy Bridges, generalsekretæren i det internasjonale sykepleierforbundet, hvor hun sier at det er stadig økende ansvar innen sykepleien. Videre nevnes det i artikkelen at første halvdel av det 20. århundret har vært preget av nye oppdagelser, blant annet antibiotika, som har fått innflytelse på pasientene og behandlingen av dem. Og dette brukes som argument for at sykepleiere må få en utdanning som gjør at de kan inneha stillinger innen administrasjon, undervisning og andre ledende stillinger (Sykepleien, 1954). Antibiotika blir fortsatt beskrevet som en ny oppdagelse som har innflytelse på hvordan sykepleiere jobber.

3.2.2.2 *Posisjonen og disposisjonene til sykepleierne som posisjonerer seg om antibiotika, 1947-1957*

De nevnte artiklene ovenfor fra 1951 og 1954 er gjengivelse av taler fra ICN (International Council of Nursing). ICN ble opprettet i 1899 og er en organisasjon med sykepleiere fra flere land (Moseng & Norsk, 2012). Miss Bridges var sykepleier under første verdenskrig og ble senere jordmor og generalsekretær i ICN (Wikipedia contributors, 2023). Bridges argumenterte for at antibiotika er en nyvinning innen medisinsk historie som har fått innflytelse på behandling av pasientene. Det er enighet om at antibiotika er det beste for pasientene (Sykepleien, 1954). Men antibiotika beskrives også som en «mer innviklet» behandlingsmetode som gir økt etterspørsel etter sykepleiere (Sykepleien, 1951). Det internasjonale forbundet for sykepleiere, ICN har medlemmer fra 120 land og mer enn 130 organisasjoner, det vil si at de representerer mer enn 20 millioner sykepleiere over hele verden. De jobber for å sikre internasjonal kvalitet på sykepleie og kunnskapsutvikling innen sykepleie. Norske sykepleiere er representert i ICN gjennom Norsk Sykepleierforbund. ICN er dermed ett stort felleskap for sykepleiere og innehar høy sosial kompetanse. ICN er opptatt av faglige spørsmål innen sykepleie praksis, lovverk og sosioøkonomisk velferd blant sykepleiere (Moseng & Norsk, 2012). ICN har høy kulturell og økonomisk kapital. Bridges var generalsekretær i ICN. Jeg antar at denne høye posisjonen var relativt godt betalt. Som generalsekretær i ett høyt ansett, internasjonalt forbund for sykepleiere holdt Bridges ofte taler på forsamlinger. Hun var utdannet sykepleier og jordmor og fikk stipend og reiste blant annet til Canada for å ta kurs innen administrasjon. Dermed har hun en høy kulturell kapital. Bridges jobbet etter hvert med administrasjon innen sykepleie og ble president av National Council of Nurses i Storbritannia og Irland og generalsekretær i ICN. Hun fikk Florence Nightingale-medaljen som er en av de høyeste utmerkelsene en sykepleier kan få, og ble gjort til Fellow av Royal Society of health (Wikipedia contributors, 2023). Med flere utmerkelse var Bridges populær og hadde høy sosial kapital.

Artikkelen om antibiotika som ble publisert i Sykepleien i 1953 var forfattet av Margrethe Oddenes, i tett samarbeid med en gruppe ved NSF's skole for videre utdanning.

Sykepleierorganisasjonen har stod for videreutdanning for sykepleiere siden 1925. De som ble opptatt her måtte ta permisjon fra arbeidet for å gå skole. Det tyder på at de hadde midler til det, og hadde høy økonomisk kapital. For å kunne bidra med en artikkel i ett fagblad som sykepleien trengte man høy sosial og kulturell kapital.

3.2.3 Konstruksjon av det medisinske feltet, 1947 – 1957

Det som disponerte for at sykepleiere og leger begynte å posisjonere seg om antibiotika i Sykepleien i 1947 var at antibiotika var kommet i bruk i det norske helsevesenet på den tiden.

I 1945 fikk Fleming, Florey og Chain nobelpris for sitt arbeid og oppdagelsen av penicillin. Og den første dokumenterte behandlingen med penicillin på menneske var i England i 1941. I begynnelsen av andre verdenskrig brukte de allierte penicillin og i etterkrigsårene ble penicillinet ble ett «mirakel» som skulle hjelpe mot alle sykdommer Etter hvert ble flere typer antibiotika oppdaget og markedsført, farmasøytiske firma investerte stort og perioden kalles for «antibiotikaens gullalder». Tuberkulose var på denne tiden en sykdom som krevde mange menneskeliv og 1944 fant man det første antibiotikum som virket på denne sykdommen. Det ble en verdenssensasjon (Yazdankhah et al., 2013). Det fantes ikke mye tanker om resistensutvikling, man så at noen typer antibiotika ikke virket på enkelte sykdommer, men da kunne man bare bruke annen type antibiotika. Utvalget av effektive antibiotika var stort og man trodde at kampen mot bakterier var vunnet (Rollag et al., 2019).

Perioden 1947 – 1957 var preget av oppbygging av samfunnet etter andre verdenskrig. Velferdsstaten skulle gjenoppbygges og befolkningens helse skulle gjenreises. Medisinske tjenester skulle bli tilgjengelig for alle. Antibiotika ble ansett som «the magic bullet», og akutte infeksjonssykdommer vasket plass for andre typer lidelser. Man hadde nå en kur for de vanligste infeksjonssykdommene, folk døde ikke lenger av lungebetennelser eller andre infeksjoner. Sykehusene utvikler seg til å bli sentre for undersøkelse og behandling av alvorlige sykdommer. Det var også sykehusene som drev med medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell. Folk fikk bedre levevilkår når det gjaldt boforhold, ernæring og hygiene (Schjøtz, 2003).

Det som disponerte for at sykepleierne bekymret seg for at antibiotikabehandling medførte merarbeid, kan ha sammenheng med at når Norsk sykepleierforbund ble stiftet i 1912 fikk sykepleierne en nasjonal organisasjon med eget tidsskrift og kom med krav om blant annet bedre arbeidsforhold og lønn for sykepleiere. Kampen om treårig utdanning og autorisasjon ble slått fast i sykepleierloven av 1948 (Moseng & Norsk, 2012). Det var ett ønske om

mulighet for kvinner å forsørge seg selv, oppnå utdanning og spesialisert kompetanse og ha kontroll over egen livssituasjon. Legene hadde det medisinske hovedansvaret og sykepleierne var under legene av rang. Sykepleiere var ansett som legenes assistent og de skulle gi beskjed om pasientenes tilstand, assistere ved operasjoner og spare legen for arbeid i sykehusbesøk til ubekvemme tider. I Norge i etterkrigstiden var det stor sykepleiermangel. Sykepleiernes argumentasjon for at antibiotika førte til merarbeid og at de hadde bruk for assistanse fra uutdannede (jf. Kap 3.2.2.1) er forståelig i lys av den store sykepleiermangelen i Norge i etterkrigstiden. Sykepleiere var å anse som sykehusenes eiendom, og det var krav til arbeide plikt tid etter utdanning. Blant annet var kravet til at sykepleiere skulle stå til tjeneste alle døgnets tider problematisk. Kvinnene ønsket å bo utenfor sykehuset og ha mulighet til å gifte seg. Og det var legeföreningen som tok initiativ til en sykepleiekomite som skulle se på forhold rundt utdanning og autorisasjon. Den medisinske utviklingen stilte store krav til spesialisering av sykepleierkompetanse. Legene mente kvaliteten på skolene var mangelfull (Moseng & Norsk, 2012).

I midten av 1940 årene var det i Norge rundt 400 sykehus (Schiøtz, 2003). Og sykepleierloven som kom i 1948 påla offentlige sykehus ansvaret for å utdanne sykepleiere. Maktforholdet mellom legene og sykepleierne endret seg. Sykepleiere tok mer ansvar for egen utdanning og ble mer profesjonalisert. Likevel ble sykepleiere ansett som underordnet i forhold til legene. Legene skulle ta seg av medisin, sykepleierne omsorg og pleie. Det var stort sett legene som hadde ansvar for undervisning og var lærebokforfattere (Schiøtz, 2003).

3.3 Doxa om antibiotika, 1958 – 1998

I perioden 1958 til 1998 ble det publisert 10 artikler i tidsskriftet Sykepleien som omtaler antibiotika (jf. Tabell 2). Artiklene var skrevet av leger, sykepleiere og av journalister. I denne perioden er legenes hovedbekymring at flere mikrober har blitt resistente mot antibiotika. Sykepleierne som administrerer antibiotika, er bekymret for at antibiotika skal være skadelig for helsen deres.

Nedenfor er det gjort en analyse av posisjonene, disposisjonene og posisjoneringene til legene (jf. Kap. 3.3.1) og sykepleierne (jf. Kap. 3.3.2) som posisjonerte seg om antibiotika i perioden 1958 – 1998.

Tabell 2: Inkluderte artikler 1958 - 1998

År	Forfatter	Tittel
1958	Lege Kirsten Rosendal	Infeksjonsfaren på vore hospitaler (de kemoresistente stafylokocker)
1958	Lege Knud Riewerts Eriksen	Infeksjonsfaren på vore hospitaler
1964	Lege Arve Lystad	Nosokomiale infeksjoner
1965	Lege Arve Lystad	Nosokomiale infeksjoner – forebygging og kontroll
1970	Hygienesykepleier Reidun Brinch Muhrmann	Hygienesykepleieren
1978	Journalist Arnstein Johansen	Sykehusinfeksjoner: «moderne medisinske metoder hovedårsaken»
1984	Sykepleierstudenter Anita Bratland, Monica Nordtvedt, Herdis Moe og Anne Marie Ytrebø. Veileder og sykepleier Sissel Tollefsen	Hvordan forholde seg til antibiotika?
1991	Journalist Kjell Arne Bakke	Kjemiske stoffer: Antibiotika – sykepleiernes fiende!
1991	Journalist Kjell Arne Bakke	Sykepleierne får daglig antibiotika
1993	Journalist Kjell Arne Bakke	Retningslinjer for håndtering av antibiotika

3.3.1 Antibiotika virker ikke

I 1958 skriver legen Kirsten Rosendahl at selv om antibiotika har bidratt til å redusere antall sykehusinfeksjoner har man oppdaget at flere infeksjoner har blitt resistente til penicillin. Ett problem som har oppstått i sykehus er sykehusinfeksjoner som ikke lar seg behandle. Hun skriver at selv om sykehusinfeksjoner i seg selv ikke er ett nytt problem, men at man trodde at når man tok i bruk penicillin skulle man unngå slike infeksjoner. Det viste seg derimot at når man utryddet mikrober som var følsomme ovenfor penicillin, stod man tilbake til med de som var resistente. Selv om man utviklet andre typer antibiotika, hadde heller ikke disse effekt på de resistente mikrobene. Hun mener det er to hovedårsaker til denne utviklingen. At man stiller mindre krav til aseptikk da man har trodd at man har midler til å bekjempe bakterier og at man gjør operasjoner man tidligere ikke ville utført siden man har trodd at penicillin ga beskyttelse. Nå anerkjenner man at det finnes penicillinresistente bakterier og beskriver viktigheten med å resistensbestemme bakteriene, og beskriver hvordan dette blir gjort. Resistensbestemmelse og typebestemmelse er blitt faste rutineundersøkelser og jobber med å skille farlige bakterier, fra mindre farlige bakterier for å finne ut hvordan man skal angripe sykehusinfeksjonene (Rosendal, 1958).

Som fortsettelse på artikkelen gir legen Knud Riewerts Eriksen ett foredrag om bakteriologiske undersøkelser som er blitt gjort på sykehusene for å prøve å påvise smitekilden ved sykehusinfeksjoner og om forholdsregler man kan gjøre ut ifra den kunnskap man har på tidspunktet for å kunne stoppe en epidemi. Han beskriver tre undersøkelser som må foretas. Alle infeksjoner må registreres, det må noteres om infeksjonene finnes på en avdeling eller om de er på flere avdelinger og ved infeksjoner på nyopererte pasienter må man finne ut hvor infeksjonen har oppstått. Disse opplysningene vil kunne påvise infeksjonskilden. Videre forteller han hvordan disse infeksjonene kan smitte og at de viktigste tiltakene er isolasjon av smittede pasienter, leger eller sykepleiere som har infeksjoner bør ikke jobbe på avdelingen, behandling med bakteriedrepende salve som dessverre ikke er hundre prosent effektiv, men viktigst av alt sørge for at bakteriene ikke sprer seg. Det kan gjøres ved å jobbe så aseptisk som mulig, grundig rengjøring og avskaffelse av felles utstyr til pasientene. Han peker på at sykepleieren har en viktig rolle i dette arbeidet (Eriksen, 1953).

Legen Arve Lystad har publisert en artikkelserie for Sykepleien som omhandler nosokomiale infeksjoner, som er blitt ett stadig økende problem. Nosokomiale infeksjoner eller sykehusinfeksjoner, er infeksjoner som spres blant pasienter og personale i sykehuset. Lystad angir at denne typen infeksjoner har økt i antall og er blitt vanskeligere å behandle, da de er blitt resistente mot antibiotika. Han forteller om de mest vanlige infeksjonene og hvilke avdelinger de finnes på. I tillegg til å skrive at ukritisk bruk av antibiotika har ført til at disse infeksjonene har blitt til et alvorlig terapeutisk problem. Faktorer som bidrar til spredning av smittestoff er blant annet høy arbeidstakt, sterk spesialisering og stor sirkulasjon av personalet. I tillegg til at utvikling innen medisin og kirurgi gjør at man kan foreta større og mer kompliserte inngrep som gir store sår som lett kan infiseres. Da antibiotika ble tilgjengelig ble også respekten for de hygieniske prinsippene tilsidesatt og har bidratt til spredning av mikrober. Han går igjennom ulike smitekilder og smitteveier og avslutter med å argumentere for at noe av det viktigste som kan gjøres for å unngå slike infeksjoner er gjennom å sanere sykehusmiljøet og redusere muligheten for overføring av smitte (Lystad, 1964). Artikkelserien fortsetter i 1965 der Lystad gir en redegjørelse for forebyggelse og kontroll av sykehusinfeksjoner og hvilke tiltak som kan settes i verk. Han beskriver viktigheten av desinfeksjon av utstyr brukt til flere pasienter, rengjøring av rom før det kommer nye pasienter, undersøkelsesbenker og bad som brukes av flere og påkledning under operasjon. Infeksjoner hos pasienter bør registreres klinisk og bakteriologisk. Med det mener

han at det ved mistanke om infeksjon skal tas prøve til bakteriologisk undersøkelse og eventuelle mikrober skal resistensbestemmes. Han understreker at dette er viktig fordi utstrakt bruk av antibiotika uten at man vet hvilke mikrober de rettes mot, har ført til utvikling av resistente stammer (Lystad, 1965).

I 1978 publiseres en artikkel i Sykepleien om Sykehusinfeksjoner der det argumenteres for at moderne medisinske metoder er årsaken. Det er lege Arve Lystad som uttaler seg om temaet. Mange får sykehusinfeksjoner under sykehusopphold, ofte fremkalt av bakterier som er resistente ovenfor ett eller flere av de vanlige antibiotika. Infeksjonene oppstår gjerne av pasienten får i seg bakterier fra andre steder på seg selv, ett resultat av for eksempel inngrep som er mer kompliserte og tar lengre tid. Lystad peker også på manglende hygiene og isoleringsmuligheter som årsak. Deretter mener Lystad at det er lett å behandle med antibiotika ved mistanke om infeksjon, uten å ta mikrobiologiske undersøkelser som kan si om antibiotikaen som brukes har ønsket effekt på mikroben. Og slik ukritisk bruk av antibiotika, gir resistensutvikling blant noen bakterier og gjør sykehusinfeksjoner vanskelig å behandle. Artikkelen peker også ut at norske lege- og sykepleierstudenter har god utdannelse innen bakteriologi, men manglende utdannelse innen aseptikk og sykehushygiene (Johansen, 1978).

3.3.1.1 Posisjonen og disposisjonene til legene som posisjonerte seg om antibiotika, 1958-1998

Den nevnte artikkelen ovenfor fra 1958 er skrevet av legen Rosendal. I 1945 startet hun på Statens Serum Institut i København, der hun skrev en avhandling om streptokokker. Rosendal jobbet med sykehuservervete infeksjoner og opprettet ett laboratorium som typebestemte stafylokokker og andre mikrober som ga sykehusinfeksjoner. I 1969 ble Rosendal overlege. Hun hadde et stort internasjonalt nettverk av samarbeidspartnere og venner (sosialkapital) i tillegg til økonomisk- og kulturell kapital (Ugeskrift for læger, 2006). Statens seruminstitut i København fungerer blant annet som rådgiver for nasjonale og internasjonale myndigheter og organisasjoner.

Knud Riewerts Eriksen som problematiserte resistens i den samme utgaven av Sykepleien som Rosendal posisjonerte seg i, var spesiallege innen klinisk mikrobiologi og forsker hos

universitetet i København, med tilhørende høy sosial-, økonomisk- og kulturell kapital, hvor han i tillegg til å arbeide som forsker underviste medisinske studenter. Hans forskningsområde var resistensegenskapene hos en bestemt bakterie, samt restriktiv bruk av antibiotika. Senere arbeidet han også som overlege ved Statens Seruminstitut (Nordic Medicare A/S, 2015).

Arve Lystad, som problematiserte resistens i en artikkel i Sykepleien i 1964 og gjennom ett intervju i samme tidsskrift i 1978, var spesialist i medisinsk mikrobiologi og overlege ved Statens institutt for Folkehelse, med tilhørende økonomisk-, kulturell- og sosial kapital. Han jobbet for å holde oppe beredskap mot epidemier av farlige smittsomme sykdommer og forebygging av sykehusinfeksjoner. Han var en av de ansvarlige for utarbeidelsen av meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) og redaktør for MSIS – rapport. I 2012 ble Lystad utnevnt til ridder av 1.klasse av St. Olavs orden «for hans innsats innen sykehushygiene og smittevern» (Wikipedia contributors, 2020)

På bakgrunn av posisjonene og disposisjonene til legene Rosendal, Eriksen, Lystad hadde, er det sannsynlig at de var doxa-bærere i forhold til hvordan legestanden posisjonerte seg om antibiotika i perioden 1958-1998.

3.3.2 Helsefarlig å administrere antibiotika

Ovenfor har vi sett at legene bekymret seg for at en del mikrober ble resistente mot antibiotika. Nedenfor har jeg argumentert for at sykepleierne som er den gruppen som administrerer antibiotika, var redde for at antibiotika var skadelig for helsen deres.

3.3.2.1 Posisjoneringene til sykepleierne som posisjonerte seg om antibiotika, 1958-1998

I sykepleien i 1970, argumenterte sykepleier Reidun Muhrmann for at infeksjoner og antibiotikabruk er kostbart og for at det er mangel på faglitteratur og utdanning om feltet. (Muhrman, 1970).

I 1984 publiserer Sykepleien en eksamensbesvarelse der noen studenter hadde undersøkt hvordan det sto til med kunnskapen til sykepleiere ved Haukeland sykehus når det gjelder opptrekk og administrering av antibiotika. Den viste at kunnskapen blant sykepleierne var liten i tillegg til manglet det litteratur eller retningslinjer. Mange brukte ikke beskyttelsesutstyr når de trakk opp antibiotika. Og selv om de fleste sykepleiere var av den oppfatningen at omgang med antibiotika har kunne være helseskadelig, var de veldig usikre på håndtering (Bratland et al., 1984).

I 1991 publiserer Sykepleien en spørreundersøkelse om håndtering av kjemiske stoff. Undersøkelsen var gjennomført av NSF blant deres medlemmer. Undersøkelsen viser at sykepleier opplever at kjemiske stoffer utgjør ett stort problem i deres arbeidshverdag, og antibiotika oppleves som den største trusselen mot arbeidsmiljøet og er ett miljøproblem. Årsaker som trekkes frem er blant annet lite opplæring om stoffet, ikke tilgang til sikkerhetsutstyr eller ingen lover eller forskrifter som regulerer håndtering. Grunnutdanningen i sykepleie og arbeidssted som ikke gir tilstrekkelig opplæring trekkes frem som noen av grunnene til sykepleiernes manglende kunnskap (Bakke, 1991a).

Samme år sier konsulent Anne Lystad at selv om antibiotika til daglig innåndes av sykepleiere, finnes ingen bestemmelser for håndtering av stoffet. Hun mener at av kjemiske stoffer er det ingen som interesserer seg for antibiotika og derfor finnes det heller ingen bestemmelser som gjelder det stoffet. Sykepleiere frykter at antibiotika ikke lenger virker om de skal behandles for en infeksjon (Bakke, 1991b).

Etter en kartlegging som viste at antibiotika er sykepleiernes største kjemiske arbeidsmiljøproblem (jmf. Artikkel over), mener Helsedirektoratet at det bør utarbeides en generell forskrift for håndtering av antibiotika og NSF tok initiativet for utarbeidelsen. Retningslinjer for håndtering av antibiotika utarbeides etter møte mellom Helsedirektoratet og direktoratet for arbeidstilsynet. Utarbeidelse av retningslinjen blir ett samarbeid mellom Helsedirektoratet og Norske sykehusfarmasøytens forening, mens arbeidstilsynet ser på om og hvordan helsepersonell beskyttes mot antibiotika (Bakke, 1992).

3.3.2.2 *Posisjonen og disposisjonene til sykepleierne som posisjonerer seg om antibiotika, 1958-1998*

Reidun Muhrmann var den første hygienesykepleieren i Norge. Hun var ansatt ved Sentralsykehuset i Akershus i 1969. Dette var ett av myndighetenes tiltak for å bekjempe problemer med antibiotikaresistens. Som hygienesykepleier gir man veiledning og råd innenfor driften av sykehus, som for eksempel sykehusinfeksjoner eller andre infeksjonsutbrudd. Det vil si at man har en høy posisjon i sykehusdriften og rapporterer ofte til sykehusdriver/direktør. For å gjøre denne jobben trenger man kunnskap innen blant annet smittevern, hygiene og mikrobiolog, altså en høy kulturell kapital. Muhrmann har publisert artikler i fagblad som Sykepleien og Tidsskriftet for den norske legeforeningen

Sykepleierstudenter ved Haukeland Sykepleierhøgskole posisjonerer seg i forhold til antibiotika da de besvarer en eksamensoppgave i hygiene med en spørreundersøkelse blant sykepleiere på Haukeland sykehus. Sykepleierstudenter er en gruppe som ofte jobber tett sammen og har høy sosial kapital. At de går sykepleiestudiet tyder på at de har en viss kulturell kapital for å komme gjennom opptakskravene.

I 1991 oppsummerer tidsskriftet Sykepleien en spørreundersøkelse de har hatt blant sine medlemmer om bruk av kjemiske stoffer, som for eksempel antibiotika. NSF har en stor medlemsgruppe av sykepleiere og har høy sosial status i feltet. Anne Lystad kommenterer i samme tidsskrift undersøkelsen. Lystad er konsulent, utdannet psykiatrisk sykepleier og har vært ansatt som seniorrådgiver i NSF og innehar høy kulturell og sosial kapital.

Det skal utarbeides retningslinjer for håndtering av antibiotika skriver journalist Kjell Arne Bakke i Sykepleien i 1993. Tidsskriftet Sykepleien har nå en håndfull journalister som skriver artikler. Bakke har vært forfatter av flere av de publiserte sakene som omhandler antibiotika, og har hatt ulike stillinger som helsejournalist og rådgiver, han har en sykepleierutdanning i bunn, med den kulturelle kapital som det gir.

Posisjonene og disposisjonene til sykepleierne som posisjonerte seg om antibiotika i Sykepleien i perioden 1958-1998 indikerer at de representerte sykepleiernes doxa om antibiotika i den aktuelle perioden.

3.3.3 Konstruksjon av det medisinske feltet, 1958 – 1998

Det medisinske feltet går i perioden 1958 til 1998 gjennom stor utvikling og viktige endringer. Det foregår en betydelig modernisering av eksisterende sykehus og bygging av nye. I starten av perioden er utbyggingen mer tilfeldig og tilpasset lokale behov i områder med sykkelighet samt etter legevitenenskapens utvikling (Schiøtz, 2003). Med sykehusloven i 1969 kommer en sentralisering av sykehusene. Det blir nå satset på store og differensierte enheter på fylkes- og regionalnivå. Fylkeskommunen tar over planlegging, drift og bygging. Helsedirektøren mente at for å lede sykehus var det viktig med medisinsk bakgrunn (Schiøtz, 2003). Helsevesenet var fortsatt preget av en hierarkisk struktur med leger som den dominerende rollen og sykepleierne i underordnede profesjoner. Legene var ofte menn fra høye sosiale lag og hadde høy kulturell, sosial og økonomisk kapital. Sykepleierne var tradisjonelt underordnet legene selv om de sosialt sett var fra middelklassen og samme sosiale lag. Det var legene som var kunnskapsformidlere, både i lærebøker og i undervisning. I 1960 kom en revisjon av sykepleierloven fra 1948. Den slo fast at alle måtte ha treårig utdanning. Skolene og sykehusene ble adskilt administrativt og økonomisk. Og staten skulle stå for lønninger til lærere og undervisning. Etter hvert tar sykepleierne selv over kontrollen for kunnskapsproduksjon og formidling, legenes posisjon blir redusert. I begynnelsen av 1970-årene oppstår det strid mellom leger og sykepleiere. Sykepleierne ønsket å frigjøres fra legens dominans og definere eget fag, egen utdanning og egne arbeidsoppgaver (Schiøtz, 2003).

Rask utvikling innen medisinsk vitenskap og teknologi gjør at sykehusene utvikler seg til høyteknologiske bedrifter med høyspesialisert fagpersonell og utbredt bruk av høyteknologisk utstyr. Vi fikk raskere og mer effektiv behandling, og kunne behandle flere pasienter. Dette førte også til økt behov av personell (Schiøtz, 2003).

3.3.3.1 Sykehusinfeksjoner blir ett problem

Etterkrigstiden handlet om å bygge opp velferdsstaten. Og siden antibiotika ble allment tilgjengelig og, det stadig kom nye typer på markedet, var enkle infeksjoner nesten utryddet,

langt mindre dødelige. Behandling av infeksjonssykdommer ble nå erstattet med kroniske lidelser og livsstilssykdommer (Schiøtz, 2003). Med kontroll på behandling av sykdommer som oppstår utenfor sykehus, oppstår ett annet problem. Infeksjoner som oppstår i sykehus. Disse infeksjonene har store konsekvenser for pasient, helsetjeneste og samfunn. De vanlige antibiotikaene virker ikke på disse, og en av teoriene til hvorfor de oppstår så ofte er blant annet at man slurver med hygiene og aseptikk da man har trodd at antibiotika kan kurere alle infeksjoner (Rosendal, 1958). Dermed blir sykehushygiene og smittevern viktig. Og man begynner å bli kritisk til overdreven bruk av antibiotika.

3.3.3.2 Miljøproblemer

Som en konsekvens av oppbygging av velferdssamfunnet kommer miljøproblemene. Det ble mere søppel, forurensning av vann, luft og jord øker, matforurensning skjer ved at mat blir tilført nye og ukjente tilsetningsstoffer. Det blir bygget søppelforbrenningsanlegg, næringsmiddelkontrollen skjerpes og man er hele tiden på utkikk etter tiltak mot utslipp av giftige avfallsprodukter og miljøgasser fra fabrikkbygg, biler og fly (Schiøtz, 2003, s. 426).

Blant sykepleiere råder usikkerhet rundt håndtering av antibiotika. Det finnes ingen lover eller forskrifter som regulerer håndtering av stoffet, og de er redde for om innånding av stoffet kan gi dem helseskader (Bakke, 1991a). Som en konsekvens av kartlegging gjennomført av NSF (jf. Kap. 3.3.2.2) hvor sykepleiere oppfatter antimikrobielle midler som det største kjemiske miljøproblemet på arbeidsplassen blir det utarbeidet retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet. Retningslinjen publiseres gjennom helsedirektoratets veiledningsserie, og er ikke en nasjonal faglig retningslinje og blir ikke revidert av Helsedirektoratet. I stedet skal dokumentet være til hjelp ved utarbeidelse av lokale prosedyrer og risikovurderinger (Helsetilsynet, 1997).

3.4 Doxa om antibiotika, 1999 – 2022

I 1999 er antibiotikaresistens blitt ett anerkjent problem blant leger. Ukritisk bruk av antibiotika er ett tema, samtidig som hygiene har fått mindre oppmerksomhet. I tidligere perioder har legemiddelfirmaene forsket på og utviklet nye typer antibiotika, men også denne utviklingen har stoppet opp. Antibiotika er ikke en lønnsomt lengre. Leger og forskere er opptatt av å redusere bruken, særlig av de bredspektrede antibiotikaene, de ønsker å ha med

seg sykepleiere på laget. Men sykepleierne føler de har for lite kunnskap om blant annet mikrobiologi og antibiotika, i tillegg til at de gir uttrykk for at dette er en jobb for legene.

For å forklare doxa om antibiotika i perioden 1998 til 2022 har jeg inkludert 8 artikler funnet i tidsskriftet Sykepleien. Av artiklene publisert i denne perioden er to av dem forfattet av leger, en er forsker og professor i mikrobiologi og smittevern. Nedenfor følger analyse av artiklene skrevet av leger og forsker, deretter en analyse om forfatterens posisjoner og disposisjoner. Deretter har jeg utført samme analyse av artiklene som omhandler sykepleiere.

Tabell 3: Inkluderte artikler 1999 - 2022

År	Forfatter	Tittel
1999	Lege Bjørg Marit Andersen	En skremmende utvikling
2010	Lege Dag Berild	Antibiotikabruken doblet
2015	Sykepleier Lene Lunde Journalist Nina Hernæs	Antibiotika: Mirakelets tid er nesten forbi
2017	Hygienesykepleier Unni Fosse Journalist Marit Fonn	Best til å gi mindre antibiotika
2018	Mikrobiolog Jörn Klein	Slik kan sykepleiere redusere antibiotikabruken
2020	Sykepleiere Marte Johanne Tangeraas Hansen og Elin Bø Lunde	Sykepleiere er viktige bidragsyttere i antibiotikastyringen.
2021	Sykepleier Anne Britt Mølsæter Journalist Nina Hernæs	Antibiotika eller ikke: - sykepleiere spiller en viktig rolle
2022	Marte Johanne Tangeraas Hansen, Marit Mathisen, Elin Bø Lunde	Når sykepleiere får mer kunnskap om antibiotika involverer de seg mer

3.4.1 Kampen mot antibiotikaresistens

I 1999 publiserer sykepleien en artikkel skrevet av lege Bjørg Marit Andersen. Hun skriver at forhold som bedre hygieniske og sanitære forhold, bedre sosial standard og gode infeksjonsforebyggende tiltak sammen med introduksjon av antimikrobielle midler i 1940-årene har man hatt god kontroll over smittsomme sykdommer. Men i løpet av de siste 30 årene har man fått problemmikrober, mikrober som viser seg å være motstandsdyktige mot en del antibiotika. Hun peker på antimikrobielle midler brukt på feil måte som en av grunnene til at slike mikrober får utvikle seg. Som forslag på løsninger mener hun at blant annet informasjon, undervisning og videreutdanning er gode tiltak. Hun mener at for å lykkes med å ha «mikrober uten at de dreper oss», er forebygging, hygiene, infeksjonskontroll og sunn antibiotikapolitikk felt det må satses på (Andersen, 1999).

Legen Dag Berild uttaler seg i 2010 angående en doktorgradsstudie ved Oslo universitetssykehus som viser at sykehusenes bruk av bredspektret antibiotika har økt med over 50 prosent de siste 6 årene. Han sier han er bekymret over utviklingen. Ved behandling med bredspektret antibiotika vil man kunne få resistente bakterier og påvirkning av den normale bakteriefloraen, i verste fall kan antibiotika miste effekten, derfor mener han det er viktig å behandle med smalspektret antibiotika. Ifølge han kan det skjerpes på utskriving av antibiotika og nevner spesielt antibiotika mot funn i urin, uten at det er symptomer på infeksjon og antibiotikadosene som gis før kirurgiske inngrep (Berild, 2010).

Artikkelen «Slik kan sykepleiere redusere antibiotikabruken» publiseres i 2018. Skrevet av mikrobiologen Jörn Klein. Han skriver at selv om Norge har en liten andel av multiresistente bakterier i forhold til andre land i Europa, er det viktig at vi jobber mot antibiotikaresistens. Han argumenterer for at sykepleiere ved å være aktiv i antibiotikastyringsprogram kan bidra til å minimere antibiotikaresistens. Dette kan de gjøre ved å ha kunnskap om antibiotikabruk og dermed påvirke legene ved å henvise til nasjonale retningslinjer. Han mener at sykepleiere som overvåker pasienten klinisk er kvalifisert til å vurdere pasientenes evne til for eksempel å ta orale antibiotika i stedet for intravenøs administrasjon (Klein, 2018).

3.4.1.1 Posisjonen og disposisjonen til legene som posisjonerte seg om antibiotika, 1999 - 2022

Björg Marit Andersen er avdelingsoverlege, spesialist i mikrobiologi og dr. med ved Ullevål sykehus, med dertil høy kulturell- og økonomisk kapital. Hun har også vært professor ved Høyskolen Diakonova og Ullevål universitetssykehus. Andersen har utgitt flere publikasjoner og lærebøker og er anerkjent både nasjonalt og internasjonalt (høy sosial kapital) (Oslo legeförening, 2020).

Dag Berild er overlege og professor på Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Han har skrevet og deltatt på flere publikasjoner om antibiotikaresistens. Berild har fått akademikerpris for sitt arbeid for å redusere antibiotikabruk (Khrono, 2016). Som overlege og professor innehar han høy kulturell-, sosial- og økonomisk kapital.

Jörn Klein er professor i mikrobiologi og smittevern ved institutt for sykepleie- og helsevitenskap ved Universitetet i Sørøst – Norge, og derfor høy kulturell-, økonomisk- og sosial kapital. Der er han ansvarlig for undervisning og forskning i mikrobiologi, epidermiologi og smittevern. Klein har vært prosjektleder for forskningsprosjekter innen smitteforebygging og hygiene og vært medlem i smittevernnemda (Universitetet i Sørøst-Norge).

På bakgrunn av posisjonene og disposisjonene til legene og deres medarbeidere, som posisjonerte seg om antibiotika i Sykepleien i perioden 1958-1998, er det sannsynlig at de var doxa-bærere i forhold til hvordan legestanden posisjonerte seg om antibiotika på den tiden.

Legene og mikrobiologene er enige om at antibiotikaresistens er noe som truer den moderne medisin. De peker på utstrakt bruk av antibiotika som en årsak, derfor lages det handlingsplaner mot antibiotikaresistens og veileder for antibiotikabruk. Nå blir også sykepleiere sett på som en ressurs som kan være med å stanse resistensutviklingen, og det er ønskelig at de involverer seg mer. Under skal vi se på hvordan sykepleiere posisjonerer seg til dette.

3.4.2 Antibiotikastyring for sykepleiere

I perioden 1999-2022 var det 7 sykepleiere som posisjonerte seg om antibiotika i tidsskriftet Sykepleien.

3.4.2.1 Posisjoneringene til sykepleierne som posisjonerte seg om antibiotika, 1999 – 2022

Sykepleier Lene Lunder sier i ett intervju i Sykepleien i 2015 at uvetting bruk av antibiotika truer den moderne medisin og mener at sykepleiere kan gjøre en forskjell. Hun forteller om en arbeidshverdag med stadig flere infeksjoner med resistente eller multiresistente bakterier. Når Lunde tok sin master i sykepleievitenskap undersøkte hun sykepleieres kunnskap om antibiotikaresistens, på bakgrunn av hennes erfaringer med at resistente bakterier skaper frykt. Hun argumenterer for at selv om legene foreskriver antibiotika er det sykepleiere som administrerer, tar prøvesvar og observerer pasienten. Det er på bakgrunn av sykepleiers

observasjoner om klinisk tilstand som avgjør om pasienten kan gå over fra intravenøst til tabletter eller få en smalspektret antibiotika (Hernæs, 2015).

I 2017 publiserte Sykepleien en sak om Voss sykehus som har klart å redusere bruk av bredspektret antibiotika med 35%. Hygienesykepleier Unni Fosse som er en del av antibiotikateamet, mener at sykepleiere er viktige bidragsgivere med blant annet å spørre legene om ikke smalspektret antibiotika kan velges foran bredspektret. I tillegg kan de sikre at det blir tatt mikrobiologiske prøver før oppstart med antibiotika for på den måten å smalne antibiotikakuren. Videre argumenterer Fosse for at sykepleiere fordi de er tett på pasienten og observerer om behandlingen har effekt, kan bidra til tidligere overgang fra intravenøs behandling til tabletter og spørre om pasientene fortsatt har indikasjon for antibiotika. De har hevet kunnskapen om blant sykepleierne ved blant annet undervisning om antibiotika og resistens, da de opplevde at selv om mange kan mye er mange usikre. Hun anbefaler å etablere antibiotikateam med deltagere som er engasjerte for å få til endringer (Fonn, 2017)

Marte Tangeraas Hansen og Elin Bø Lunde ved Stavanger universitetssykehus har skrevet en artikkel publisert i Sykepleien i 2020 som omhandler sykepleiernes funksjon i antibiotikastyring. De hevder at sykepleiers rolle ikke er anerkjent nok, og mener at man må samarbeide tverrfaglig for å sikre at antibiotika blir brukt optimalt. De argumenterer for at sykepleiere er gode på infeksjonsforebygging og pleie, men at de kan bli bedre på å bidra aktivt i antibiotikastyring gjennom korrekt mikrobiologisk prøvetaking og observasjoner av pasienten. De argumenterer for at på bakgrunn av ovennevnte oppgaver er sykepleieres funksjon i antibiotikastyring viktig, men ikke godt kjent. De oppfordrer sykepleiere til å involvere seg i antibiotikabehandling og sette seg inn i mikrobiologi og nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk (Hansen & Lunde, 2020).

I ett intervju i Sykepleien argumenterer sykepleier og rådgiver for antibiotikasenteret for primærmedisin Anne Britt Mølsæter at selv om sykepleiere ikke foreskriver antibiotika innehar de en viktig rolle i avgjørelsene rundt foreskrivingen. Deres observasjoner er viktige når legene skal vurdere antibiotikabruk. Mølsæter påpeker samtidig at studier viser at sykepleiere mangler kunnskap om antibiotikaresistens og antibiotikabruk (Hernæs, 2021).

I 2022 skriver sykepleierne Marte Tangeraas Hansken, Marit Mathisen og Elin Lunde om deres prosjekt angående kompetanseheving blant sykepleiere. De hadde ved hjelp av casebaserte workshop økt kunnskapen blant sykepleiere om bruk av antibiotika og funnet at ved å øke kunnskapen økte også sykepleierinvolveringen. Artikkelen argumenterer for at det er flere grunner til å involvere sykepleiere i antibiotikastyring. Blant annet pekte de på arbeid nært pasientene og observasjoner av pasientens helsetilstand. De har også via andre studier funnet ut at sykepleierens rolle i antibiotikastyring er lite kjent, i tillegg til at sykepleiere ikke har kunnskap om antibiotika. I løpet av prosjektet fikk sykepleiere diskutere kunnskap og reflektere rundt utfordringer knyttet til antibiotikaresistens, antibiotikastyringsprogram, mikrobiologisk prøvetaking, riktig administrering og evaluering av antibiotikabehandling. Via spørreskjema utdelt før og etter deltakelse i workshop fant de ut at sykepleierne bedret sin egenopplevde kunnskap og involvering i antibiotikastyring samt økt kunnskap om mikrobiologisk prøvetaking og prøvesvar, riktig administrering og evaluering av antibiotika (Hansen et al., 2022).

3.4.2.2 Posisjonen og disposisjonene til sykepleierne som posisjonerer seg om antibiotika i, 1999 - 2022

Lene Lunde som intervjues i artikkelen «Mirakelets tid er nesten forbi» utgitt i Sykepleien i 2015 er fagutviklingssykepleier på infeksjonsavdelingen på Bærum sykehus. Lunde har en master i sykepleievitenskap hvor hun undersøkte sykepleieres kunnskap om antibiotikaresistens, hun ønsker å skrive en doktorgrad om sykepleiers rolle i jobben med antibiotikaresistente bakterier, men har så langt ikke fått støtte til ett slikt prosjekt. Som fagutviklingssykepleier har man høy kulturell kapital og høy sosial kapital blant sykepleiere (Hernæs, 2015).

I artikkelen publisert i 2017 skriver Sykepleien om hygiesykepleier Unni Fosse som er med i antibiotikateamet ved Voss sykehus. Fosse har også bidratt til artikkel i Tidsskriftet den norske legeforening (Fonn, 2017). Fosse har som deltaker i sykehusets antibiotikateam høy sosial- og kulturell kapital.

Sykepleiere Marte Johanne Tangeraas Hansen og Elin Bø Lunde publiserte i 2020 artikkelen «Sykepleiere er viktige bidragsyttere i antibiotikastyring». Tangeraas Hansen er spesialsykepleier med videreutdanning i klinisk sykepleie med fokus på infeksjonssykepleie og smittevern og har en master i helsevitenskap, og doktorgradsstipendiat ved Stavanger universitetssykehus, hun har høy kulturell kapital. I tillegg har hun som ansatt ved Universitetet i Stavanger høy sosial kapital og har bidratt til flere artikler i Sykepleien (Hansen et al., 2022). Bø Lunde er spesialsykepleier og assisterende avdelingsleder på infeksjonsmedisinsk sengepost ved Stavanger universitetssykehus. Hun har med sin høye sosiale- og kulturelle kapital bidratt til flere fagartikler og meningsyttringer/debatter i Sykepleien (Hansen et al., 2022).

Sykepleier Anne Britt Mølsæter som uttaler seg i en artikkel skrevet av Nina Hernæs i 2021 er rådgiver for Antibiotikaseret for primærmedisin (ASP). Mølsæter er sykepleier med videreutdanning i diakoni og har en master i sykepleievitenskap. Ved ASP jobber hun blant annet som koordinator for revisjon av Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten og for undervisning rettet mot sykepleierutdanningen og innehar høy sosial- og kulturell kapital innenfor fagfeltet (Antibiotikaseret for primærmedisin).

Marte Johanne Tangeraas Hansen og Elin Bø Lunde (som omtalt ovenfor) er medforfattere på artikkelen «Når sykepleiere får mer kunnskap om antibiotika, involverer de seg mer» publisert i Sykepleien i 2022. Sammen med Marit Mathisen skriver de om hvordan mer kunnskap hos sykepleiere bidrar til at de involverer seg mer i antibiotikastyring. Marit Mathisen er spesialsykepleier hos seksjon for smittevern ved Stavanger universitetssykehus, med tilhørende høy kulturell- og sosial kapital blant kolleger (Hansen et al., 2022).

Posisjonene og disposisjonene til sykepleierne som posisjonerte seg om antibiotika i Sykepleien i perioden 1999-2022, indikerer at de representerte doxa om antibiotika i den aktuelle perioden.

3.4.3 Konstruksjon av feltet 1999 – 2022

Det medisinske feltet har i løpet av de siste tjue årene gjennomgått store endringer. Vi har fått stadig ny avansert medisinsk teknologi, behandlingsmetoder og digitalisering. Dette har også ført til at sykepleieres ansvarsområder blir utvidet. Siden 1970-årene kjempet sykepleiere for å bli en egen profesjon, på lik linje med legene. Selv om dette møtte motstand fra flere hold da legene fortsatt mente at sykepleiere skulle assistere legene. Etter hvert som sykepleie kom inn i høyskolen ble det også mer fokus på medisin i utdanningen. Dette krevde igjen mer kunnskap av lærerne på sykepleieskolene og det ble også mer fokus på sykepleieforskning (Lund, 2012). Sykepleiere har fått en mer autonom posisjon i samfunnet og sykepleievitenskap blir ett selvstendig fag, uavhengig av medisin. Leger taper posisjon da spesialisert medisinsk kunnskap og teknologi utvikles av andre faggrupper og i mindre grad av leger. Det er fortsatt stor mangel på helsepersonell, både leger og sykepleiere, noe som forsøker å bli løst ved å øke antallet utdanningsplasser (Schjøtz, 2003).

Selv om forskning og moderne medisin har gjort store fremskritt innen behandling av for eksempel kreftsykdommer, står helsetjenesten ovenfor store utfordringer. Antibiotikaresistens har gått fra å være en bekymring etter stadig økning av sykehusinfeksjoner, til å bli definert som ett verdensproblem av Verdens Helseorganisasjon (WHO). Det oppdages stadig nye bakteriestammer som er motstandsdyktige mot dagens antibiotiske midler. Stadig økende antibiotikaresistens truer annen behandling som blant annet kreftbehandling, kirurgi og behandling av premature fordi uten midler til å bekjempe infeksjoner vil slik behandling være for risikabelt å gjennomføre. Samtidig prioriterer legemiddelindustrien andre mer lønnsomme medikamenter slik at utviklingen av nye antibiotiske midler stopper opp (Yazdankhah et al., 2013).

I Norge fikk vi første handlingsplan mot antibiotikaresistens i 2016. Den gir føringer på hvordan helsepersonell bør jobbe for å stoppe utvikling av resistens, særlig med tanke på å redusere antibiotikaforbruket. Det utarbeides også veiledere for antibiotikabruk for å minske bruken av bredspektret antibiotika. Det er ønskelig at sykepleiere involveres mer i dette arbeidet på grunn av deres nære tilknytning til pasientene, derfor vil de være en ressurs for leger i vurdering av antibiotikatilak (Helse-og omsorgsdepartementet, 2016).

4 Hvordan kan det ha seg at nåtidens sykepleiere i liten grad engasjerer seg i forhold til antibiotikabehandling?

Jeg startet studien med en undring hvordan det kunne ha seg at jeg hadde erfart at sykepleiere i liten grad engasjerer seg i antibiotikabehandling (jf. forskningsspørsmål 1, kap. 2.4.3). Den teoretiske rammen rundt studien har vært Bourdieus teori om praktisk sans (jf. Kap. 2.1). For å analysere frem den praktiske sansen med hensyn til antibiotikabehandling, har jeg konstruert habitusen til de som har posisjonert seg i tidsskriftet Sykepleien om antibiotikabehandling, med tilhørende konstruksjoner av posisjoner og disposisjoner. Analysene viser at de legene og sykepleierne som posisjonerte seg om antibiotika hadde relativt høye posisjoner og disposisjoner i det medisinske feltet, med tilhørende makt til å målbære doxa.

Analysene viser at legene var svært optimistiske i perioden 1947-1957, da de trodde at antibiotika kunne utrydde omtrent alle infeksjonssykdommer. Sykepleierne på sin side bekymret seg for merarbeidet som antibiotikabehandlingen medførte.

I perioden 1958-1998, blir legenes optimisme snudd til bekymringer for resistente bakterier, og forskning på antibiotika stopper opp, da legemiddelfirmaene mener at fortjenesten på å utvikle nye antibiotika er for lav. Dette kan ha bidratt til at den medisinske statusen som var knyttet til å arbeide med antibiotika ble redusert, og legens interesse for å arbeide med antibiotika mindre. Antibiotikaens lave posisjon i det medisinske feltet kan være bakgrunnen for at legene har ønsket å overlate mer av arbeidet med antibiotika til sykepleierne i perioden 1999-2022. Det vil si at de ønsker at personell med lavere posisjon i det medisinske feltet skal ha et større ansvar for antibiotikabehandlingen.

I lys av at medisinsk behandling er legenes ansvar og i lys av stor sykepleiemangel, er det forståelig at sykepleiere kan vise lite interesse for å overta arbeid med lav status i det medisinske feltet. Det vil kreve at de bruker mer enda mer tid på medisinsk behandling, med tilhørende mindre tid til andre sykepleieroppgaver. Sykepleierne har hatt en praktisk tilnærming til antibiotika. Fra 1951 har de vært bekymret for at slik medisinsk behandling skal stjele tid fra andre sykepleieroppgaver (jf. Kap. 3.2.2). Denne bekymringen ser ut for å stå ved

lag i vår tid, og kan bidra til å forklare og forstå nåtidige sykepleieres labre interesse for å ta mer ansvar for antibiotikabehandling.

- Andersen, B. M. (1999). En skremmende utvikling. *Sykepleien*, (3), 52-56.
- Andersen, H. & Kaspersen, L. B. (2020). *Klassisk og moderne samfundsteori* (6. udgave. utg.). Hans Reitzels forlag.
- Antibiotikasenteret for primærmedisin. *Ansatte og forskere*. Hentet 27.11 fra <https://www.antibiotika.no/ansatte/>
- Astrup, E., Blix, H. S., Eriksen-Volle, H.-M., Litleskare, I. & Elstrøm, P. (2014). *Antibiotikaresistens i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/smitte/resistens/?term=>
- Astrup, E., Kacelnik, O., Blix, H. S., Eriksen-Volle, H.-M., Litleskare, I. & Elstrøm, P. (2014, 26.11.2021). *Antibiotikaresistens i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 23.03.2022 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/smitte/resistens/>
- Bakke, K. A. (1991a). Kjemiske stoffer: Antibiotika - sykepleiernes fiende! *Sykepleien*, 79(20), 6 - 7
- Bakke, K. A. (1991b). Sykepleierne får daglig antibiotika. *Sykepleien*, 79(20), 8-9.
- Bakke, K. A. (1992). Retningslinjer for håndtering av antibiotika. *Sykepleien*, 81(13), 31.
- Berild, D. (2010). Antibiotikabruken doblet. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2010/11/antibiotikabruken-doblet>
- Boge, J. H. (2021). A praxeological approach to constructions of social science. Body wash and grooming is used as example. <https://doi.org/https://doi.org/10.15845/praxeologi.v3i0.3161>
- Bratland, A., Monika Nordvedt, Moe, H. & Ytrebø, A. M. (1984). Hvordan forholde seg til antibiotika. *Sykepleien*, 71(6), 10 - 12.
- Callewaert, S. (2019). Introduksjon til Pierre Bourdieu: "De tre former for teoretisk viten". *Praxeologi—Et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker, 1*. <https://doi.org/https://doi.org/10.15845/praxeologi.v1i0.2595>
- Davey, K. & Aveyard, H. (2022). Nurses' perceptions of their role in antimicrobial stewardship within the hospital environment. An integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(21-22), 3011-3020.
- Eriksen, R. (1953). Infeksjonsfaren på vore hospitaler. *Sykepleien*, 45(14), 343 - 346.
- Fause, Å. & Micaelsen, A. (2002). *Et fag i kamp for livet : sykepleiefagets historie i Norge*. Fagbokforl.
- Fonn, M. (2017). *Best til å gi mindre antibiotika*. Hentet 27.11 fra <https://sykepleien.no/2017/02/best-til-gi-mindre-antibiotika>
- Giæver, P. (2015). *Lungesykdommer* (3. utg.). Universitetsforlaget AS
- Hansen, M. & Lunde, E. B. (2020). Sykepleiere er viktige bidragsytere i antibiotikastyringen. *Sykepleien*, 108(82867), 82867.

- Hansen, M. J. T., Mathisen, M. & Lunde, E. B. (2022). *Når sykepleiere får mer kunnskap om antibiotika, involverer de seg mer*. Hentet 27.11 fra <https://sykepleien.no/fag/2022/09/nar-sykepleiere-far-mer-kunnskap-om-antibiotika-involverer-de-seg-mer>
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2016). *Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten* (2022). Regjeringen.no.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/915655269bc04a47928fce917e4b25f5/handlingsplan-antibiotikaresistens.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013, 13.04.2023). *Antibiotika i sykehus*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 05.05 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-sykehus#apiUrl>
- Helsedirektoratet. (2023). *Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten - evalueringsrapport 2022*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-mot-antibiotikaresistens-i-helsetjenesten--evalueringssrapport-2022>
- Helsetilsynet. (1997). *Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet*.
https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/veiledningsserien/haandtering_antimikrobielle_midler_ik-2568.pdf
- Hernæs, N. (2015). *Antibiotika: Mirakelets tid er nesten forbi*. Sykepleien. Hentet 27.11 fra <https://sykepleien.no/2015/09/mirakelets-tid-er-nesten-forbi>
- Hernæs, N. (2021). *Antibiotika eller ikke: - Sykepleiere spiller en viktig rolle*. Hentet 27.11 fra <https://sykepleien.no/2021/06/antibiotika-eller-ikke-sykepleiere-spiller-en-viktig-rolle>
- Johansen, A. (1978). Sykehusinfeksjoner: "Moderne medisinske metoder hovedårsaken". *Sykepleien*, 65(4), 194 - 197.
- Kashif Waqar Faiz. (2012). LIS og LUS. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0232>
- Khrono. (2016, 18.10.2016). *Akademikerpris til Dag Berild*. Hentet 27.11 fra <https://khrono.no/akademikerprisen-2016-pris-forskning/akademikerpris-til-dag-berild/131133>
- Klein, J. (2018). Slik kan sykepleiere redusere antibiotikabruken. *Sykepleien*, 106(69979), 69979.
- Kopp, K. (2009). Registrantanalyse. I O. Hammerslev, J. A. Hansen & I. Willig (Red.), *Refleksiv sosiologi i praksis*. Hans Reitzels Forlag.
- Lund, & Norsk sykepleierforbund. (2012). Virke og profesjon (Vol. 2, p. 519). Akribe.
- Lystad, A. (1964). Nosokomiale infeksjoner. *Sykepleien*, 51(23), 608 - 611.
- Lystad, A. (1965). Nosokomiale infeksjoner, forebyggelse og kontroll. *Sykepleien*, 52(1/2), 4 - 8.
- Melby, K., Bentsborg, L., Larsen, R., & Norsk sykepleierforbund. (2000). *Kall og kamp : Norsk sykepleierforbunds historie* (2. utg., p. 335). Norsk sykepleierforbund og J. W. Cappelen forl.
- Monsees, E., Goldman, J. & Popejoy, L. (2017). Staff nurses as antimicrobial stewards: an integrative literature review. *American journal of infection control*, 45(8), 917-922.

- Monsees, E., Goldman, J., Vogelsmeier, A. & Popejoy, L. (2020). Nurses as antimicrobial stewards: recognition, confidence, and organizational factors across nine hospitals. *American journal of infection control*, 48(3), 239-245.
- Monsees, E. A., Tamma, P. D., Cosgrove, S. E., Miller, M. A. & Fabre, V. (2019). Integrating bedside nurses into antibiotic stewardship: A practical approach. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 40(5), 579-584. <https://doi.org/10.1017/ice.2018.362>
- Moseng, O. G. & Norsk, s. (2012). *Framvekst og profesjonalisering* (Bd. 1). Akribe.
- Muhrman, R. B. (1970). Hygienesykepleieren. *Sykepleien*, 57(24), 876.
- Murray, C. J., Ikuta, K. S., Sharara, F., Swetschinski, L., Aguilar, G. R., Gray, A., Han, C., Bisignano, C., Rao, P. & Wool, E. (2022). Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *The Lancet*. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02724-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0)
- Nightingale, F., Skretkowicz, V. & Mellbye, S. (1997). *Notater om sykepleie* (Revidert med tillegg, samlede utgaver. utg.). Universitetsforl.
- Nordic Medicare A/S. (2015). *Om nordic Medicare*. Hentet 27.11 fra <https://www.nordicmedicare.eu/om-nordic-medicare/historie/>
- NSF (2023). *Om oss*. Norsk Sykepleierforbund. Hentet 20.11 fra <https://www.nsf.no/om-oss>
- Oddenes, M. (1953). Anvendelsen av utdannet hjelp, dens arbeidsområde og eventuelle opplæring. *Sykepleien*, 40(16), 479 - 480.
- Ormeland, G. (1954). Om nyere medikamenter. *Sykepleien*, 41(13), 406 - 410.
- Oslo legeförening. (2020, 31.10.2020). *Oslo-legen 2020 - Bjørg Marit Andersen*. Hentet 27.11 fra <https://www.legeföreningen.no/foreningsledd/lokal/oslo-legeförening/oslo-legen/vi-gratulerer-bjorg-marit-andersen-med-utmerkelsen-oslo-legen-2020/>
- Resistensregisterforskriften. (2004). *Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk overvåkningssystem for resistens hos bakterier, sopp og virus (FOR-2021-11-19-3235)* Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-11-14-1353>
- Rollag, H., Müller, F. & Tønjum, T. (2019). *Medisinsk mikrobiologi* (4. utgave. utg.). Gyldendal.
- Rosendal, K. (1958). Infeksjonsfaren på vore hospitaler. *Sykepleien*, 45(14), 340 - 342.
- Schiøtz, A. (2003). *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003: Folkets helse-landets styrke 1850-2003*. Universitetsforlaget.
- Sykepleien. (17.02.2023). *Om Sykepleien*. Sykepleien.no. <https://sykepleien.no/om-sykepleien>
- Sykepleien. (1947a). Litt om penicillinets oppdagelse og fremstilling. *Sykepleien*, 35(6-7), 175-180.
- Sykepleien. (1947b). Redaksjonskomité. *Sykepleien*, 35(11), 280.
- Sykepleien. (1951). Årsak til økt etterspørsel etter sykepleiersker. *Sykepleien*, (18).
- Sykepleien. (1954). Hva kan vi gjøre for å fylle stillinger innen administrasjon, undervisning, m.v. *Sykepleien*, (6).

- Tangersaas Hansen, M. J., Storm, M., Syre, H., Dalen, I. & Husebø, A. M. L. (2023). Attitudes and self-efficacy towards infection prevention and control and antibiotic stewardship among nurses: A mixed-methods study. *J Clin Nurs*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16657>
- Ugeskrift for læger. (2006). *Mindeord Kirsten Rosendal*.
<https://ugeskriftet.dk/navne/mindeord/kirsten-rosendal>
- Oslo kommune (1987). *Ullevål sykehus i hundre år*.
- Universitetet i Sørøst-Norge. *Ansatte*. Hentet 27.11 fra <https://www.usn.no/kontakt-oss/tilsette/jorn-klein>
- Wikipedia contributors. (2020). *Arve Lystad*. Wikipedia. Hentet 27.11 fra https://no.wikipedia.org/w/index.php?title=Arve_Lystad&oldid=20308214
- Wikipedia contributors. (2023, 31.08.2023). *Daisy Bridges*. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Hentet 18 November fra https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Daisy_Bridges&oldid=1173107968
- Wilken, L. (2011). *Bourdieu for begyndere*. Samfundslitteratur.
- World Health Organization. (2015). *Global action plan on antimicrobial resistance*. World Health Organization. Hentet 05.05 fra <https://ahpsr.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-antimicrobial-resistance>
- Yazdankhah, S., Lassen, J., Midtvedt, T. & Solberg, C. O. (2013). Historien om antibiotika. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133, 23-24. <https://tidsskriftet.no/2013/12/medisinsk-historie/historien-om-antibiotika>
- Aakvag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag.

Vedlegg 1 Registrant: Posisjoner om antibiotika 1947-2022

År	Kilde	Forfatterens posisjon navn og posisjon	Forfatterens disposisjoner	Posisjoner om antibiotikabehandling
År for utgivelse	Tittel Hvilken type skriftlig arbeid dreier det seg om? (artikkel, leseinnlegg e.l.)	Navn og tittel på forfatter.		
1947	Litt om penicillinets oppdagelse og fremstilling. (utdrag av foredrag holdt for sykepleierskene ved bærum sykehus)	Lege R. Thingstad	Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital.	Stort behov for antibiotika. Velsignelse for pasienter.
1951	Årsaker til økt etterspørsel etter sykepleiersker	ICN (Nursing Service Comitte)	Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital.	Antibiotika beskrives som «mer innviklet» behandlingsmetode som en årsak til økt etterspørsel etter sykepleiersker.
1953	Anvendelsen av utdannet hjelp, dens arbeidsområde og eventuelle opplæring.	Sykepleier Margrethe Oddenes	Høy kulturell og sosial kapital i samfunnet. Høy sosial kapital blant sykepleiere.	Antibiotika er en ny behandlingsmetode som krever mer av sykepleieren enn bare stell og pleie.
1953	Om nyere medikamenter	Lege Georg Omland	Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital.	Antibiotika har hatt stor effekt på dødeligheten ved infeksjoner. Nevner at noen typer mikrober kan bli resistente mot noen typer antibiotika, men at løsningen er da å bytte til ett annet antibiotikum.
1954	Hva kan vi gjøre for å fylle stillinger innen administrasjon, undervisning m.v.	Sykepleier Daisy C. Bridges. Generalsekretær i ICN	Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital.	Antibiotika er en nyvinning innen medisin som har fått innflytelse på behandlingen av pasientene.
1958	Infeksjonsfaren på vore hospitaler (de kemoesistente stafylokokker)	Lege Kirsten Rosendal	Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital.	Selv om antibiotika har bidratt til å redusere antallet sykehusinfeksjoner har flere infeksjoner blitt resistente. Mulige årsaker kan komme av at følsomme bakterier er utryddet og at det stilles mindre krav til aseptikk.
1958	Infeksjonsfaren på vore hospitaler	Lege Knud Riewerts Eriksen	Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital.	Det er viktig å påvise smittekilden ved sykehusinfeksjoner, derfor må alle infeksjoner registreres. Isolering, aseptiske rutiner og grundig rengjøring vil hindre bakterier i å spre seg.
1964	Nosokomiale infeksjoner	Lege Arve Lystad	Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital.	Mange mikrober som forårsaker sykehusinfeksjoner er blitt resistente mot antibiotika. Ukritisk bruk av antibiotika har ført til at disse

				infeksjonene har blitt til ett alvorlig problem.
1965	Nosokomiale infeksjoner	Lege Arve Lystad	Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital.	Gir en beskrivelse av hvilke tiltak som kan gjøres for å kunne forebygge og kontrollere sykehusinfeksjoner. Det understrekes at mikrober må resistensbestemmes fordi å bruke antibiotika uten å vite hvilke mikrober de rettes mot har ført til utvikling av resistent.
1970	Hygienesykepleieren	Sykepleier Reidun Brinch Muhrman	Høy kulturell og sosial kapital.	Infeksjoner og antibiotikabruk er kostbart. Det mangler faglitteratur og utdanning på feltet.
1978	Sykehusinfeksjoner: «moderne medisinske metoder hovedårsaken»	Lege Arve Lystad Journalist Arnstein Johansen	Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital.	Mange rammes av sykehusinfeksjoner under sykehusoppholdet. Ofte fremkalt av bakterier som er resistente overfor ett eller flere av de vanlige antibiotika. Disse har oppstått blant annet pga. ukritisk bruk av antibiotika i sykehus. Det beskrives at det er lett å bruke antibiotika ved mistanke om infeksjon i stedet for å gjøre undersøkelser som kan påvise hvilke antibiotika som har ønsket effekt.
1984	Hvordan forholde seg til antibiotika? Svar til eksamen i hygiene.	Sykepleierstudenter: Anita Bratland, Monica Nordtvedt, Herdis Moe og Anne Marie Ytrebø. Veileder og sykepleier Sissel Tollefsen	Høy sosial kapital blant studentene. Høy kulturell kapital. Lav økonomisk kapital.	Studentene undersøkte hvordan det sto til med kunnskapen til sykepleiere ved Haukeland i forhold til opptrekk og administrering av antibiotika. I tillegg til at kunnskapen blant sykepleierne var liten viste det seg også at litteratur og retningslinjer manglet.
1991	Kjemiske stoffer: Antibiotika – sykepleiernes fiende!	Norsk sykepleierforbund Journalist Kjell Arne Bakke.	Høy sosial status blant sykepleiere. Høy kulturell og økonomisk kapital.	Spørreundersøkelse blant sykepleiere viser at de opplever antibiotika som et stort miljøproblem. Det kommer blant annet av lite opplæring om stoffet, ikke tilgjengelige lover og forskrifter og ikke bra nok sikkerhetsstyr.
1991	Sykepleierne får daglig antibiotika	Sykepleier Anne Lystad Journalist Kjell Arne Bakke	Høy sosial og kulturell kapital.	Ingen bestemmelser for håndtering av antibiotika selv om det innåndes av de fleste sykepleiere. Sykepleierne redde for at det ikke skal virke når de blir syke. Det mangler rutiner for håndtering av antibiotika.
1993	Retningslinjer for håndtering av antibiotika	Journalist Kjell Arne Bakke	Høy sosial og kulturell kapital.	Etter ett drøftingsmøte mellom Helsedirektoratet og Direktoratet for arbeidstilsynet er det klart at det vil bli utarbeidet retningslinjer for håndtering av antibiotika. Dette vil skje gjennom ett samarbeid mellom Helsedirektoratet og Norske sykehusfarmasøytters forening. Mens arbeidstilsynet

				vil se på om og hvordan helsepersonell beskyttes mot antibiotikapåvirkning.
1999	En skremmende utvikling	Lege Bjørg Marit Andersen	Høy sosial og kulturell kapital.	Antibiotika og vaksiner var ett gjennombrudd i kampen mot mikrobene, men også ført til at hygienen har fått mindre oppmerksomhet og ukritisk bruk av antimikrobielle midler. Dette har ført til problemmikrober som er motstandsdyktige mot en del antibiotika.
2010	Antibiotikabruken doblet	Lege Dag Berild	Høy sosial og kulturell kapital.	Doktorgradsstudie viser at sykehusenes bruk av bredspektret antibiotika har økt med over femti prosent siste seks årene. Antibiotika skrives ut uten symptomer på infeksjon, spesielt ved bakterieprøver på urin. Overforbruk har skapt superbakterie.
2015	Antibiotika: Mirakelets tid er nesten forbi	Sykepleier Lene Lunde Nina Hernæs, journalist	Høy kulturell og sosial kapital blant sykepleiere	Uvetting bruk av antibiotika truer moderne medisin. Sykepleiere kan gjøre en forskjell. Undersøkelse om sykepleieres kunnskap om antibiotika resistens. Sykepleiere administrerer, tar imot prøvesvar og observerer pasienten.
2017	Best til å gi mindre antibiotika	Sykepleier Unni Fosse Journalist Marit Fonn	Høy kulturell og sosial kapital blant sykepleiere	Fremhever at sykepleierne er viktige i antibiotikastyring. De kan være med på å begrense bruken blant annet ved å spørre legen «hvorfør velge bredspektret» samt sikre at det blir tatt mikrobiologiske prøver før oppstart av kur. Hjelp til med å revurdere etter 72 timer ved å spørre om det fortsatt er indikasjon og om det er riktig kur. Samt observere effekt av behandlingen.
2018	Slik kan sykepleiere redusere antibiotikabruken	Mikrobiolog Jörn Klein	Høy sosial og kulturell kapital.	Ved å ha en aktiv rolle i antibiotikastyringsprogram kan sykepleiere minimere antibiotikaresistens. De kan overvåke, påvirke, veilede og oppmuntre til å implementere en ansvarlig antibiotikabruk.
2020	Sykepleiere er viktige bidragsyttere i antibiotikastyringen	Sykepleiere Marte Johanne Tangeraas Hansen og Elin Bø Lunde	Høy kulturell og sosial kapital blant sykepleiere	Antibiotikastyring er ett tverrfaglig samarbeid mellom blant annet leger, farmasøyter og sykepleiere. Sykepleiere kan bidra til antibiotikastyring gjennom å tidlig ta korrekte mikrobiologiske prøver og grunnleggende

				<p>sykepleierobservasjoner av pasienten.</p> <p>Sykepleierens funksjon i antibiotikastyring er viktig, men rollen er ikke så anerkjent som den burde være.</p> <p>Oppfordrer sykepleiere til å sette seg inn i mikrobiologi og nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk.</p>
2021	Antibiotika eller ikke: - Sykepleiere spiller en viktig rolle	Sykepleier Anne Britt Mølsæter Journalist Nina Hernæs	Høy kulturell og sosial kapital blant sykepleiere	<p>Grunnleggende observasjoner som sykepleieren utfører er viktig når legene gjør sine vurderinger.</p> <p>Internasjonale studier viser at sykepleiere ikke føler de kan nok om antibiotikaresistens og riktig bruk av antibiotika. Det er laget ett undervisningsopplegg om rasjonell antibiotikabruk, antibiotikaresistens og smittevern for sykepleiere og sykepleierstudenter.</p>
2022	Når sykepleiere får mer kunnskap om antibiotika involverer de seg mer	Sykepleiere Marte Johanne Tangeraaas Hansen, Marit Mathisen og Elin Bø Lunde.	Høy kulturell og sosial kapital blant sykepleiere	<p>Hvordan casebasert workshop gjennomført flere ganger var nyttig for å øke sykepleierinvolvering i bruk av antibiotika.</p> <p>Prosjekt med mål å bidra til riktig bruk av antibiotika gjennom ett tverrfaglig samarbeid mellom leger og sykepleiere og å øke graden av sykepleierinvolvering i antibiotikastyring.</p> <p>Spørreskjema delt ut til sykepleiere før og etter workshop. Resultatet viste at bedring i sykepleiernes egenopplevde kunnskap og involvering etter deltakelse på workshop.</p>