



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2024-VÅR-FLOW assign

Predefinert informasjon

Startdato: 10-05-2024 09:00 CEST
Sluttdato: 24-05-2024 14:00 CEST
Eksamensform: Masteroppgave
Termin: 2024 VÅR
Vurderingsform: Norsk 6-trinns skala (A-F)
Flowkode: 203 MKS591 1 O 2024 VÅR
Intern sensor: (Anonymisert)

Deltaker

Kandidatnr.: 208

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 14266

Egenerklæring *:

Ja

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

Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 25
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

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller of

Nei



MASTEROPPGAVE

En praxeologisk studie om hvordan lærebøkene i intensivutdanningen posisjonerer seg i forhold til makt og maktutøvelse i en pleierelasjon.

A praxeological study on how the textbooks in intensive education position themselves in relation to power and the exercise of power in a nursing relationship.

Kandidatnummer: 208

Master i klinisk sykepleie - Intensivsykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

30 studiepoeng

Veileder: Emmanuel Aoudi Chance

Innleveringsdato: 24.05.24

FORORD

I sykepleierutdanningen ble jeg oppmerksom på at pleielidelse finnes i helsevesenet og ble svært overrasket over det. Forskning viser at pleielidelse finnes og Helsetilsynet har økende varsler om alvorlige hendelser. I denne masteroppgaven tar jeg for meg pleielidelse som maktutøvelse i en pleierelasjon. Noen ganger skjer kanskje pleielidelse uten at man er bevisst på det som sykepleier, også jeg kan ha utsatt noen for pleielidelse. Jeg håper ikke det.

I masteroppgaven har jeg hatt god veiledning i det praxeologiske feltet av Rolf Horne, som dessverre måtte trekke seg som veileder i fjor vår i forbindelse med at han gikk over i en ny stilling. Emmanuel Aoudi Chance ble min nye veileder og han har vært til uvurderlig støtte og veiledning videre med masteroppgaven. Jeg er også svært takknemlig for at Jeanne Boge har lest gjennom oppgaven og kommet med gode råd og anmerkninger. Tusen takk for at dere alle har lært meg om det praxeologiske feltet, noe som nærmest var ukjent for meg før jeg begynte på oppgaven. En stor takk også til Terje Øien som har tatt seg tid til å lese gjennom oppgaven etter at den var ferdigstilt.

Jeg har valgt å jobbe i full stilling som intensivsykepleier samtidig som jeg har skrevet på masteroppgaven, noe som har vært krevende, men det ble min løsning for å skrive en masteroppgave.

Mine voksne barn, barnebarn og venner har vært en viktig heiagjeng, og jeg er så takknemlig for det! Glad for at jeg har så flotte og kloke mennesker rundt meg. Tusen hjertelig takk til alle som har støttet meg på veien slik at jeg til slutt ble ferdig med masteroppgaven!

Bergen 24.mai 2024

SAMMENDRAG

Denne masteroppgaven er en analyse av posisjoneringer av makt og maktutøvelse i lærebøker i intensivsykepleie fra perioden 2005-2024. Bakgrunnen for studien er en undring over at jeg som sykepleier ved forskjellige sykehus i Norge, har erfart at sykepleiere bruker makt på en krenkende måte overfor pasienter. Krenkende maktutøvelse i en pleierelasjon er også omtalt som pleielidelse i denne studien.

Hensikten med studien er å prøve å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at lærebøkene posisjonerer seg slik de gjør i forhold til makt og maktutøvelse i en pleierelasjon. I den sammenheng har jeg brukt den franske sosiologen Pierre Bourdieus teorier om praktisk sans og om symbolsk makt som teoretisk ramme, med tilhørende praxeologisk vitenskapsteori og praxeologiske registrantanalyser av lærebøker i intensivsykepleie. I praxeologiske studier er konstruksjoner av agents praktiske sans sentralt. Slike konstruksjoner omtales som konstruksjoner av habitus og er basert på data om posisjon, disposisjoner og posisjoneringer som har vært sentrale verktøy.

Analysene viser at alle lærebøkene i intensivsykepleie har argumentert for at intensivpasienter er sårbare og at det finnes et maktforhold mellom sykepleier og pasient. Lærebøkene har posisjonert seg i liten grad angående makt og maktutøvelse i en pleierelasjon, men kan ikke klandres for at pasienter har opplevd maktutøvelse i det norske helsevesenet.

Velferdsstaten endret seg på 1970-tallet. Det som lokalsamfunnet og enkeltpersoner tidligere hadde tatt ansvar for selv ble på den tiden et offentlig ansvar. Det skjedde en maktovertakelse og en delvis «umyndiggjørelse» av enkeltpersoner som tidligere måtte ta ansvar for egen helse selv. Man kan undres om dette har vært grobunn til at det er legitimt å utøve makt, sett i lys av Bourdieus tenkning om symbolsk makt. Ved maktovertakelsen blir spesialisten den som har makt i kraft av høy kulturell kapital og pasienten er den svake part som er sårbar og kan ansees som å ha lav kulturell kapital.

ABSTRACT

This master's thesis is an analysis of positions of power and exercise in textbooks in intensive care nursing from the period 2005-2024. The reason for the study is a wonder that as a nurse at various hospitals in Norway, I have experienced that nurses use power in an abusive way to patients. Abuseal exercise of power in a caregiver is also referred to as care disorder in this study.

The purpose of the study is to try to understand and explain how it is possible that the textbooks position themselves as they do in relation to power and exercise of power in a caregiver. In this context, I have used the French sociologist Pierre Bourdieu's theories of practical sense and on symbolic power as a theoretical framework, with associated praxeological science theory and praxeological registration analyzes of textbooks in intensive care. In practical studies, constructions of agents' practical sense are central. Such structures are referred to as constructions of habitus and are based on data on position, dispositions and positions that have been central tools.

The analyzes show that all the textbooks in intensive care have argued that intensive care patients are vulnerable and that there is a power relationship between the nurse and the patient. The textbooks have positioned themselves to a small extent regarding power and exercise of power in a care relationship, but cannot be blamed for patients experiencing power in the Norwegian health care system.

The welfare state changed in the 1970s. What the local community and individuals had previously taken responsibility for themselves became a public responsibility at that time. There was a takeover of power and a partial "unauthorized person" of individuals who previously had to take responsibility for their own health themselves. One may wonder if this has been the basis that it is legitimate to exercise power, in light of Bourdieu's thinking about symbolic power. In the transfer of power, the specialist becomes the one who has power by virtue of high cultural capital and the patient is the weak party that is vulnerable and can be considered to have low cultural capital.

INNHold

Innhold	4
Tabelloversikt	6
1.0 Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Maktutøvelse: En kategori av pleielidelse	8
1.3 Pleielidelse kan forstås som maktutøvelse	9
1.4 Makt og avmakt	10
1.5 Tidligere forskning	10
1.6 Studiens relevans	12
1.7 Pasientens rettigheter	12
1.8 Loven om helsepersonell – formål og definisjonsområde	13
2.0 Teoretisk perspektiv	13
2.1 Praxeologisk praktikkteori	13
2.2 Teoretisk forankring	14
2.3 Vitenskapsteoretisk posisjon	14
2.3.1 Objektivisme og subjektivisme	15
2.3.2 Agenter	15
2.3.3 Symbolsk makt	16
2.3.4 Doxa, heterodoxa og ortodoxa.....	17
2.4 Praxeologisk analysestrategi	17
2.4.1 Habitus – Posisjon, disposisjoner og posisjoneringer	17
2.4.2 Feltet	18
2.5 Forsknings spørsmål	19
2.6 Historisk perspektiv og brudd	19
2.7 Avgrensning	20
3.0 Metode	21
3.1 Teknikk	21
3.1.1 Materiale som har bidratt til svar på forsknings spørsmål 1	22
3.1.2 Materiale som har bidratt til svar på forsknings spørsmål 2	23
3.1.3 Materiale som har bidratt til svar på forsknings spørsmål 3	23
3.2 Analysestrategi	23
3.3 Autososioanalyse og mine posisjoneringer	24

3.4 Etikk	26
4.0 Registrantanalyse av empirisk materiale	27
4.1 Lærebok 1: Intensivsykepleie 2005	27
4.1.1 Intensivsykepleierens funksjons og ansvarsområder	27
4.1.2 Pasientens psykososiale behov	28
4.2 Lærebok 2: Intensivsykepleie 2010	28
4.2.1 Intensivsykepleierens funksjons og ansvarsområder.....	28
4.2.2 Pasientens psykososiale behov.....	28
4.3 Lærebok 3: Intensivsykepleie 2016	29
4.3.1 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar	29
4.3.2 Pasientens psykososiale behov	29
4.4 Lærebok 4: Intensivsykepleie 2020	29
4.4.1 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar	29
4.4.2 Pasientens psykososiale behov.....	30
4.5 Oversikt over forfattere av pensumkapittel.....	30
5.0 Analyse og drøfting	33
5.1 Lærebøker og utdanningssystem	33
5.2 Forfatterne av lærebøkene i intensivsykepleie – posisjoneringer	34
5.3 Hva lærer studentene om temaet	34
5.4 Fra sykepleiekall til master i intensivsykepleie	35
5.5 Den første lærebok i sykepleie – en profesjonskamp	37
5.6 Befolkningens empiri	37
5.7 Lærebøker – Sykepleierens disposisjoner overfor pasienten	37
5.8 Kunnskapsproduksjonen overtas gradvis av sykepleierne	39
5.9 Subjektiv pasientempiri – historisk sett	39
6.0 Maktforhold - Sykepleier, pasient og student	40
6.1 Sykepleier	41
6.2 Pasient.....	42
6,3 Student	42
7.0 Alvorlige hendelser – statistikk – Statens Helsetilsyn.....	43
8.0 Avsluttende kommentarer	44
Referanseliste	46

Tabelloversikt:

Tabell 1: Redaktører av lærebøkene i intensivsykepleie	22
Tabell 2: Forfattere av pensumkapitlene i lærebøkene Intensivsykepleie	30
Tabell 3: Maktforhold mellom sykepleier, pasient og student	40
Tabell 4: Oversikt over antall varsler om alvorlige hendelser	43

Vedlegg:

Vedlegg 1: REK-søknad og svar	54
Vedlegg 2: Pensumliste INT504	56
Vedlegg 3: Pensumliste INT506	58
Vedlegg 4: Pensumliste INT503	60
Vedlegg 5: Pensumliste MKS552	64

1.0 Innledning

Denne masteroppgaven handler om makt og maktutøvelse i møte mellom sykepleier og pasient. Studien er basert på en antakelse om at maktutøvelse er en form for symbolsk makt, slik symbolsk makt er beskrevet av den franske sosiolog og antropolog Pierre Bourdieu (jf.kap. 2.3.3). Med utgangspunkt i egne erfaringer, erfaringer fra kliniske studier, sykepleiepraksis og statistikk fra Helsetilsynet (jf.kap.7.0) er visse former for lidelser eller krenkelser som følge av makt og maktutøvelse i møte mellom sykepleier og pasient et aktuelt og viktig tema som jeg har interesse for og som jeg ønsker å undersøke nærmere.

Temaet kan undersøkes på flere måter empirisk. Jeg har rettet fokuset mot utdanningen og har utført en studie hvor jeg har undersøkt hvordan lærebøkene i intensivsykepleie posisjonerer seg til temaet makt og maktutøvelse i pleierelasjoner. I studien har jeg også brukt andre relevante kilder som vektlegger og formidler makt og maktutøvelse i en pleierelasjon. Et eksempel er yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2024). På denne måten kan jeg komme nærmere viten om hva som danner det faglige grunnlaget for hva studentene blir eksponert for i forhold til mitt undersøkende tema. Dette er ut fra antakelsen om at utdanningen bidrar til erkjennelser, etablerer holdninger og disposisjoner som senere danner grunnlag for sosiale praktikker som sykepleiere setter i verk gjennom sin posisjon i møte med pasienter.

Makt og maktutøvelse i en pleierelasjon må undersøkes mer indirekte. Ved hjelp av den sosialvitenskapelige tilnærmingen praxeologi har jeg undersøkt hvordan makt og maktutøvelse i pleierelasjoner blir håndtert i lærebøkene Intensivsykepleie, med begreper som kan avdekke de mer skjulte og sosiale sidene og hvordan forfatterne posisjonerer seg til temaet. Det vil si hvordan lærebøkene i intensivutdanningen posisjonerer seg i forhold til makt og maktutøvelse i en pleierelasjon, og dermed på dominansforholdet mellom de som hjelper og de som mottar hjelp. Fordi makt og maktutøvelse i pasientrelasjon er et sosialt fenomen vil Bourdieus tenkning kunne bidra til å analysere frem de mer skjulte vilkår som kan ligge i utdanningen av sykepleiere. Dels forhold som reproduserer og dels forhold som erkjennes og eventuelt kan bidra til å endre praksis i fremtiden.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om dette temaet fordi jeg undres over hvordan det kan ha seg at pasienter kan bli utsatt for makt og maktutøvelse i pleierelasjoner, hvordan det inngår i en sosial praktikk i det allerede etablerte helsevesen. I sykepleierutdanningen lærte jeg om

fenomenet pleielidelse gjennom Florence Nightingale (Nightingale, 1984, s.18-19) og filosofiske sykepleieteoretikere som Kari Martinsen (2003, s.135) og Katie Eriksson (2005, s.91). Pleielidelse har vært beskrevet i forskjellige karakteristikk som krenkelse, lidelse i pleien og pleielidelse. Florence Nightingale, Katie Eriksson og Kari Martinsen har alle vært forkjempere innen dette fenomenet. Allerede på 1860-tallet gjorde Nightingale oppmerksom på at pasientens lidelser ikke bare gjaldt selve sykdommen, men også av mangler og forsømmelser i pleien (Kasén et al, 2008). I samhandling med mennesker er man to parter, en part som står i fare for å bli dominert som følge av å være hjelpetrengende og en annen part som kan dominere i kraft av ens ekspertise. Med andre ord, det oppstår ubevisst en ujevn maktbalanse mellom partene (Gulbrandsen & Stubberud, 2015, s.57). Den ujevne maktbalansen som kan oppstå i en intensivavdeling kan også forklares med begreper som kapital, habitus og symbolsk makt (Aspen, 2006, s.56-57). Disse begrepene kommer jeg tilbake til (jf. kap. 2.0).

Pasientens opplevelser av pleie, omsorg eller behandling kan i en del tilfeller oppleves som nedverdiggende som for eksempel ved hardhendt håndlag ved stell i seng, å bli oversett eller ikke bli tatt med på viktige beslutninger (Kasén et al, 2008). Jeg har lest bøker hvor pårørende og pasienter har beskrevet sin belastning som det har vært å være utsatt for maktutøvelse fra helsepersonell. Ett eksempel er psykolog og spesialist i klinisk psykologi Heidi Tuft (Tuft, 1992, s.31-33) som ble rammet av kreft og skrev blant annet om at hun hadde problem med å svelge mat og drikke etter strålebehandling, og at det går en uke før hun får noe som kan lindre smertene i svelget. Anna Kløvedal (2006) er forfatter, prosjektutvikler innen teater og film ble pårørende for sin tenåringsdatter Emilie som døde av kreft. Kløvedal (2006, s. 44-45) skriver at datteren vekket henne en natt fordi hun var lei seg over ufin opptreden av sykepleier som ikke hadde utført ordentlig og rent stell av henne nedentil, sykepleieren ble ufin da datteren påpekte dette. Jeg har selv opplevd å være alvorlig syk og blitt utsatt for ubehagelige opplevelser i møte med sykepleier og har kjent på kroppen hva det gjorde med meg. Dette har selvfølgelig påvirket min nysgjerrighet overfor mitt undersøkende tema og vil komme tilbake til det i auto-sosioanalysen (jf. kap. 3.3).

Alle sykepleier- og videreutdanninger følger en rammeplan og utdanningen er underlagt streng kvalitetskontroll og jeg undres over at pasienter likevel blir utsatt for maktutøvelse fra helsepersonell.

1.2 Maktutøvelse: en kategori av pleielidelse

Det er svært viktig å tydeliggjøre at det er maktutøvelse i pleierelasjoner som jeg undersøker i

denne masteroppgaven. Jeg har valgt å bruke Katie Erikssons beskrivelse av pleielidelse fordi pleielidelse er også et uttrykk for maktutøvelse. Katie Eriksson (2005, s 91), professor og forsker i sykepleievitenskap, beskriver pleielidelse som lidelsen pasienten opplever i selve pleiesituasjonen. Hun deler pleielidelsen inn i fire følgende kategorier: 1. Krenking av pasientens verdighet. 2. Fordømmelse og straff. 3. Maktutøvelse. 4. Uteblitt pleie. Eriksson (2005, s. 91) beskriver kategoriene slik: *Krenking av pasientens verdighet* som innebærer den absolutte verdi som menneske og den verdi pasienten tilskriver seg selv. *Fordømmelse av straff* beskrives som sykepleierens straff av pasienter dersom de ikke innordner seg det å være en «idealpasient». Holdningen til sykepleieren kan være at hun vet hva som er best for pasienten og pasienter kan oppleve å bli straffet med for eksempel å bli forsømt i form av mangelfull sykepleie. *Maktutøvelse* er å påføre andre lidelser som for eksempel å frata pasienten friheten til medvirkning og ikke ta pasienten på alvor, ikke se pasienten. Det kan også være å påtvinge pasienten handlinger hen selv ikke ville valgt eller orker samt å ikke ta hensyn til pasientens individuelle behov. Uteblitt pleie kan beskrives som sykepleierens manglende evne til å se pasienten og bedømme pasientens behov som kan variere fra mindre forseelser/slurv til bevisst vanstell. *Livslidelsen* er en trussel som pasienten kan oppleve i forhold til sin eksistens og framtid. (Eriksson, 2005).

1.3 Pleielidelse kan forstås som et uttrykk for maktutøvelse

Denne studien omhandler hva lærebøkene sier om makt og maktutøvelse i pleierelasjoner. Pleielidelse er en lidelse som påføres pasienten av helsepersonell i pleiesituasjoner (Grov og Holter, 2015, s.743). En sykepleier sa til meg en gang «Pleielidelse, hva er det?» Pleielidelse er en lidelse som pasienten erfarer i relasjon med omsorgspersoner (Kasén et al, 2008). Ifølge Eriksson finnes det flere former for pleielidelse og alle som har vært utsatt for det opplever det på sin egen måte. Pleielidelse er å påføre andre lidelser som for eksempel å frata pasienten friheten til medvirkning, ikke ta pasienten alvorlig og ikke se pasienten (Eriksson, 2005, s. 69-70).

Bourdieu skriver om å forstå makt som noe definerende og klassifiserende symbolske pedagogiske handlinger som er miskjent både for den som utøver makten og den makten utøves på. Et uttrykk for et dominansforhold (Wilken, 2015, s.68-71). Stubberud (2016, s. 57)) mener at det finnes et asymmetrisk dominansforhold mellom sykepleier og pasient. Han skriver at sykepleier har makt i kraft av sin stilling og at pasienten blir den svake part bare ved å være syk. Sykepleier kan lett overse pasienten fordi de har fokuset rettet mot livreddende behandling (Stubberud, 2016).

Bourdieu (1996, s.34) argumenterer blant annet for at ytre tegn som for eksempel klær (uniform, snorer, destinksjoner), kroppsholdning og språkbruk kan uttrykke en sosial posisjon. Han mener at alle sosiale aktører bærer særmerkede tegn. Som eksempel kan det være væremåte, måten å snakke på, ganglag, holdning og manerer som beskriver en sosial posisjon gjennom et spill, bevisst eller ubevisst og fungerer som irettesettelse for å minne på den plassen institusjonen tildeler dem.

1.4 Makt og avmakt

Garsjø (2006, s. 277) skriver at makt trenger ikke å utøves bevisst overfor pasienter for å kunne si at makt er tilstede. Utøvende makt må ikke være tilstede for å si at makt er makt. Makten ligger i muligheten for å kunne gjennomføre «sin vilje». Dette er noe helsepersonell bør være oppmerksom på i en relasjon med pasienten (Garsjø, 2006). Garsjø (2006, s. 282) skriver også om filosofen Michel Foucault (1926-1984) som mente at makt er ikke noe vi har, men noe vi utøver. Avmakt vil si å være i en situasjon hvor en vanskelig kan se en utvei hvor man ikke har reelle muligheter for å realisere egne interesser. En opplevd makt er når man ikke ser muligheter for å motsette seg makten som man blir utsatt for av andre. (Garsjø, 2006, s. 282). Garsjø (2006, s. 278) skriver også at bevisstgjøring angående makt er viktig, uten bevissthet om maktens mange ansikter kan man gjøre seg skyldig i maktovergrep og at det er viktig med selvrefleksjon.

1.5 Tidligere forskning

Ved søk på artikler som omhandler makt og maktutøvelse i en pleierelasjon har jeg funnet fagfelleverderte artikler som omhandler mitt tema i intensivavdelinger. Jeg har også valgt å ta med en doktorgradsavhandling som omhandler *maktens hvordan* i sykehjem grunnet i at professor Truls I. Juritzen (2013) mener at problemstillingen kan diskuteres både i sykehjem og i helsevesenet generelt. Det er utført studier som har kartlagt pasientens opplevelser av å ha vært intensivpasient og at vi som sykepleiere kan gjøres mer bevisst på andre problemstillinger, som for eksempel andre ubehag enn smerter (Bertzen et al, 2020). De fleste artiklene jeg har funnet bruker ikke ordet makt eller maktutøvelse, derfor vil jeg vise til definisjonen av maktutøvelse (jf. kap 1.2).

Jafar Alasad et al (2015) utførte en studie i Jordan hvor de kartla pasientenes opplevelse i en intensivavdeling for å undersøke faktorer som kan bidra til både positive og negative opplevelser. Undersøkelsen viste at noen pasienter hadde psykiske/emosjonelle påkjenninger

under oppholdet og at disse pasientene ofte ikke ble behandlet tilstrekkelig av helsepersonell, som for eksempel ikke få nok smertelindring, ikke få god nok informasjon eller at de var redde det meste av tiden. Studien konkluderer med at ved å prøve å forstå pasientenes erfaringer på en intensivavdeling, vil sykepleiernes bevissthet i forhold til pasientenes stressfaktorer øke. Sykepleierne mente dette ville være et godt verktøy i jobben videre for å fremme de positive opplevelsene til pasientene.

En annen studie utført av Helene Berntzen et al (2020) «Please mind the gap» ble det utført en norsk studie i intensivavdelinger på bakgrunn av funn i tidligere studier som viste at pasientene ikke hadde så mye smerter men at de hadde mer av andre typer ubehag. I studien ble 28 intensivpasienter og 16 intensivsykepleiere intervjuet. Intensivsykepleierne hadde et systematisk fokus på smertelindring og at det var mer tilfeldig hvordan de behandlet andre ubehag (eks sederte pasienter som ikke klarer å gjøre rede for seg, dysfunksjon i hjernen som delirium). Berntzen et al (2020) fant at det eksisterte et gap mellom pasientenes ubehag og hvordan sykepleierne tilrettela for dette. De mente at en større forståelse og økt kunnskap i utdanningen kunne gjøre sykepleierne mer bevisst på pasientenes ubehag. Intensivpasientene karakteriserte ubehagene i tre temaer, å bli fratatt *en fungerende kropp, et fungerende sinn og integritet*. Berntzen et al (2020) identifiserte et komfortgap mellom pasientenes behov og hvordan sykepleierne klarte å oppfylle disse.

Kasén et al (2008) utførte en studie i Norden om hvordan sykepleiere karakteriserer pasientens pleielidelse i en pleierelasjon. Hensikten med studien var å bevisstgjøre sykepleierne og hvordan pasientens lidelser kunne forhindres. Undersøkelsen viste at en rigid organisasjon og en lite fleksibel omsorgskultur eller en ureflektert holdning til pasienter kan bidra til fremvekst av lidelse i omsorg. Sykepleierne mente de kunne jobbe for å påvirke ledelsen på arbeidssstedet til å være mer bevisst på god omsorgskultur. Sykepleierne understreker også viktigheten av å reflektere over ulikheter i pasientrelasjoner, være mer bevisst på å gjenkjenne pleielidelse og tilstrebe å bruke vitenskapens grunnleggende verdier og kunnskap i en pasientrelasjon.

Truls I. Juritzen (2013) har skrevet en Foucaultinspirert doktorgradsavhandling om *Omsorgsmakt - maktens hvordan i norske sykehjem*. Han mener studien bidrar til nye og utfordrende perspektiver på hvordan makt kan forstås og diskuteres i pleierelasjon, ikke bare i sykehjem men i helsevesenet generelt. Hensikten med studien var å undersøke makt og maktpotensialet i hverdagslig pleie- og omsorgsarbeid til eldre brukere og pasienter. Juritzen (2013) skriver at Foucaults maktforståelse utfordrer den tradisjonelle oppfatningen av makt, hvem som er makthaver eller hvor den utspringer fra, Foucault interesserer seg mer for

hvordan makt beveger seg i relasjoner.

Ved Haugesund sjukehus ble det utført en studie om “Pasienters erfaringer og tilfredshet med sykepleien på en intensiv/overvåkningspost”. Undersøkelsen ble utført for å finne ut hvilke endringer de eventuelt måtte foreta for å bedre pasientenes tilfredshet og resultatet viste at de hadde et forbedringspotensiale når det gjaldt å informere pasienten. (Hauge, 2003).

I en artikkel skrevet i av temareddaktør i bladet Sykepleien og sykepleier Liv Bjørnhaug Johansen (2020), «Makten til å hjelpe, og til å overse», skriver hun om at pasienten kan oppleve dobbel straff ved å være syk, men også ved at helsepersonell ikke tar pasienten på alvor. Å ikke ta pasienten på alvor er en maktutøvelse. «Den som ikke blir tatt alvorlig, regner man ikke med, og det gir den annen en følelse av maktesløshet». (Johansen, 2020).

1.6 Studiens relevans

Som intensivsykepleier har jeg et omfattende ansvar overfor pasienter i en intensivavdeling, slik det beskrives i Norsk Sykepleieres forbunds (NSF, 2024) gjeldende yrkesetiske retningslinjer, i Helsepersonelloven og i Pasient- og brukerrettighetsloven (2024). Jeg mener det er viktig at vi som sykepleiere er bevisst på etikken i relasjon mellom sykepleier og pasient. Som sykepleiere er vi pliktige til å holde oss faglig oppdatert og arbeide systematisk for å begrense omfanget av lidelse, smerter og traumatiske opplevelser (NSF, 2024).

Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2024) fremhever grunnlaget for at all sykepleie ligger i respekten for det enkelte menneskets liv, verdighet, menneskerettigheter, omsorg og barmhjertighet. Som sykepleiere har vi ansvar for egne handlinger og vurderinger både faglig, etisk og forsvarlig i utøvelsen av vår profesjon. Vi er ansvarlige for å sette oss inn i det lovverket som til enhver tid gjelder og regulering av tjenesten. Det finnes også et eget punkt i yrkesetiske retningslinjer om samhandling mellom sykepleier og pasient som klart sier at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasientens verdighet, retten til forsvarlig og omsorgsfull hjelp, ivareta pasientens autonomi og integritet. Vi har også et ansvar for at pasienten ikke blir krenket (NSF, 2024).

1.7 Pasientens rettigheter

Pasienten har rettigheter som er nedfelt i Pasientrettighetsloven. Her beskrives det blant annet at loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenesten i tillegg til å ivareta respekten for den enkelte pasient/bruker sitt liv, integritet og menneskeverd. Loven beskriver også pasientens og brukerens rett til både medvirkning og informasjon (Norges Lov, 2.juli. Nr.63.1999). Stubberud (2016, s.98-99)

skriver også at pasientens autonomi er pasientens frihet til å delta i selvbestemmelse. I yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleierne har plikt til å ivareta pasientens selvstendighet, uavhengighet og ukrenkelighet.

1.8 Loven om helsepersonell – formål og definisjonsområde

Helsepersonelloven har som mål å legge til rette for pasientsikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten i tillegg til å sørge for tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Loven angår helsepersonell og de virksomheter som yter helsehjelp. Helsepersonell defineres som personell med autorisasjon/lisens, helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten eller apotek og elever/studenter som yter helsefaglig hjelp til pasienter. Helsepersonell skal utføre arbeidet som samsvarer med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp slik det kan forventes ut fra sine kvalifikasjoner, arbeidets karakter og hele situasjonen. (Norges Lov, 4.juli. Nr.64, 1999).

2.0 Teoretisk perspektiv

Med utgangspunkt i antakelsen om at makt og maktutøvelse finnes i relasjon mellom sykepleier og pasient, er studien analysert ved hjelp av Pierre Bourdieus teori om symbolsk makt (jf. kap 2.3.3). Den vitenskapsteoretiske posisjon og teoretiske forankring har blitt utført ved hjelp av en registrantanalyse av intensivsykepleiebøkene i perioden 2005-2024 og analysen er fundert ved hjelp av praxeologisk analysestrategi og praxeologisk vitenskapsteori.

2.1 Praxeologisk praktikkteori

Praktikker undersøkes i praxeologiske studier. Praktikkteorien er en teori om at mennesket agerer i pakt med en praktisk sans for hvordan man agerer i bestemte sammenhenger for eksempel hvordan man omgås andre mennesker (Wilken, 2008, s. 84). Bourdieu brukte mye av sin tid på praxeologisk praktikk og hvordan den blir til, med tanke på å skildre og undersøke mennesker eller handlinger. Bourdieu argumenterer for at teori og praktikk skiller seg fra hverandre samt eksisterer hver for seg, hvor menneskets kunnskap ses på som en praktisk sans, som sannheter for handlinger (Wilken, 2020). Bourdieu interesserer seg i hvordan mennesker deltar i et bestemt samfunn og hvordan de ureflektert opptrer eller tenker i forskjellige sammenhenger. For å lære hvordan et menneske eller en gruppe med mennesker er opplært til å tenke eller agere, kan man observere og skildre hvordan subjektet ytrer seg

eller agerer. Dette kan bidra til en subjektiv forståelse i forhold til menneskets forståelse og posisjonering til praksis (Wilken, 2020, s. 122-125).

Hvordan man agerer i bestemte sammenhenger kalles *praktisk sans*, for eksempel hvordan man hygger seg, håndterer stress eller hvordan man omgås andre agenter. Uten at agentene er bevisste på det, rommer den praktiske sans de objektive strukturene hvor disse er basert på miksente maktrelasjoner som igjen er basert på symbolsk vold. (Wilken, 2008, s.84).

2.2 Teoretisk forankring

Belysning av noen begreper vil være viktig for å kunne analysere og reflektivt vurdere det empiriske materialet. Jeg vil studere hvordan lærebøkene i intensivutdanningen posisjonerer seg i forhold til makt og maktutøvelse i pleierelasjonen.

For å studere viten om hvordan lærebøkene posisjonerer seg vil jeg analysere problemstillingen gjennom Pierre Bourdieu sin praktikkteori, og hvordan han bruker begrepene habitus, sosialt rom og felt, doxa og symbolsk makt. I denne vitenskapelige tradisjonen ser man det man gjør som sosiale praktikker. Det vil si prosessen med å skape et forskningsobjekt og skildre mennesker som sosiale vesener. Historiens utvikling vil være viktig del av det man undersøker (Bourdieu & Wacquant, 2009, s. 217-226).

2.3 Vitenskapsteoretisk posisjon

Studiens vitenskapelige posisjon er basert på den franske epistemologien Pierre Bourdieu som hentet inspirasjon fra vitenskapsfilosofen Gaston Bachelard. Fra denne posisjonen forstår man det sosiale gjennom å tenke relasjonelt. Både Bachelard og Bourdieu var kjent for deres bruddtenkning, som hadde en sentral vitenskapelig posisjon i deres arbeider. Hensikten var å skape en tese om sosiale praktikker. I bruddtenkningen stiller man spørsmål om hverdagsoppfattelser (common sense) og hvordan det man undersøker utvikler seg gjennom historien og hvilke betingelser som er medvirkende for å kunne beskrive nåværende praktikker. (Bourdieu & Wacquant, 2009, s.217-226). Ifølge Bourdieu (1998, s.72) finnes det tre vitenskapsteorier som kan brukes i studier av den sosiale verden, som er fenomenologi, objektivisme og praxeologi.

Fenomenologi er læren om det umiddelbart erfarte, som menneskelige handlinger i den sosiale verden som kan forstås av menneskets subjektive oppfatning av følelser, personlig erfaring, forventninger og sanset erfaring som er innfelt i alle mennesker. (Garsjø, 2006, s. 138). Objektivismen kan kun forklare menneskelige handlinger ved objektive strukturer og en forståelse for hvordan kulturen formes og ikke hvordan de påvirker menneskelige

handlinger (Wilken, 2008, s.34). I praxeologien hevder Bourdieu at for at vi kan forstå den sosiale verden må vi lage en konstruksjon som innbefatter både objektive og subjektive strukturer. (Bourdieu, 1998, s.72-73).

2.3.1 Objektivisme og subjektivisme

Bourdieu beskriver objektivisme som noe som er styrt av subjektene av strukturelle regler i en sosial omverden som mennesker eksisterer i og reflekterer over. Objektivismen beskriver hvordan subjektets produksjon av handlinger blir til som følge av sosiale systemer, og at subjektivisme undersøker hvordan agentenes handlinger skaper og fremstiller sosiale systemer som de er en del av (Wilken, 2008, s.34).

Bourdieu argumenterer for at vitenskapelig kunnskap må ha tre dimensjoner hvor den praktiske sans sees i sammenheng med to dominerende samfunnsvitenskapelige forklaringer på hvorfor mennesker velger og handler slik de gjør. Det ene er objektivismen som gir objektive forklaringer på praksis og at menneskers handlinger er styrt av strukturer og regler, uten at de behøver å være klar over det. Objektivismen er også rettet mot forskningen hvor man prøver å avdekke eksisterende forskjeller på hva som bestemmer adferd og handling. Det andre er subjektivismen som prøver å forstå menneskenes subjektive måte å velge og handle på. Bourdieu argumenterer for at årsaken til menneskers handlinger og valg ligger i deres egne opplevelser og erfaringer i den sosiale verden, for å oppnå et bestemt resultat. (Wilken, 2020).

2.3.2 Agenter

Bourdieu argumenterer for at mennesker er agenter som agerer i pakt med en praktisk sans, for eksempel hvordan man hygger seg, håndterer stress eller hvordan man omgås andre agenter. Uten at agentene er bevisste på det, rommer den praktiske sans de objektive strukturene hvor disse er basert på miskjente maktreelasjoner som igjen er basert på symbolsk vold. (Wilken, 2008, s.84). Agentene utfører sosiale praktikker i et sosialt rom og påvirkes av å oppholde seg i det spesifikke sosiale rommet hvor de ved spørsmål om hva de gjør vil svare slik de opplever at de gjør det. Ved hjelp av kildeforståelser og en målsetting om å konstruere kritiske og objektive teorier ville Bourdieu utforske det han selv og agentene faktisk gjorde. Agentenes opplevelser og erfaringer ble tatt med i betraktningen, men for Bourdieu var ikke dette nok. Han mente at man ved hjelp av kunnskap om kontekst og historisering kunne gå forbi den spontane hverdagslige erfaringen. (Brandser et al., 2014).

2.3.3 Symbolsk makt

Bourdieu's teori om symbolsk makt beskrives som makt til å få en bestemt forståelse av virkeligheten til å fremstå som objektiv og sann, uten at det er klart for de som er involvert. De involverte vet ikke at det gjelder en vilkårlig virkelighetsforståelse, på samme tid som det heller ikke er klart at alternative virkelighetsforståelser utelukkes. Symbolsk makt er ikke fysisk makt, det er en myk form for makt som er usynlig. Det betyr at de som utøver makten og de som mottar den, ikke erkjenner at den eksisterer. (Wiken, 2008, s. 68-69).

Den symbolske makten er den usynlige makten som bare kan utøves av de som ikke vet at de er medvirkende til den, eller at de ikke vet at de utøver den. For at det skal eksistere en usynlig maktubalanse må det være en usynlig makt som interagerer mellom en som utøver makt og en som makten utøves på. (Bourdieu, 1996, s.38). Symbolsk makt er relatert til både doxa og habitus. Doxa får mennesker til å godta den sosiale orden, uten at de skjønner at de er undertrykte eller at det finnes andre alternativer (Harrits, 2008, s.69).

Fra langt tilbake i tid har mennesker hatt tiltro til og respekt for titler, uniformer, samt andre symboler. Det er her man møter den symbolske makten. En makt som ingen erkjenner og som er bygget på en ureflektert anerkjennelse av symboler og oppdelingsprinsipper. Denne maktformen er «avgjørende» da den dominerte ikke klarer å oppfatte sin relasjon overfor den som dominerer enn gjennom de kunnskapsformene som sykepleier deler med pasienten. Relasjonen til den som det utøves symbolsk makt overfor er «lagret» i habitus samtidig som den uttrykkes gjennom en ureflektert «vanetenkning». (Aspen, 2006, s. 56).

Bourdieu's arbeid handler for en stor del om hvordan sosiale ulikheter reproduseres og hvordan det aksepteres og vedlikeholdes uten at brukes åpenlys tvang, makt eller motstand. Legitimiteten er der på et vis. (Wilken, 2008, s.67. I utdanningssystemet har skolene en legitimt anerkjent pedagogisk autoritet som gir dem mandat til å påføre studentene en bestemt kultur forstått som funksjonsdyktig i mål og mening. Kulturen som påføres i skolene kalles de dominerende klassers kultur, hvor for eksempel direktøren og universitetsprofessoren inntar en dominerende posisjon i forhold til for eksempel sykepleieren eller fabrikkarbeideren. (Esmark, 2006, s. 80-81). Innenfor utdanningssystemet rangeres universitetsutdanningen høyest hierarkisk på grunn av at de produserer kunnskap, mens skolefeltet ligger nederst som kunnskapsformidler. (Wilken, 2008, s. 71). Symbolsk makt fordrer at det er en form for balanse mellom habitus og det sosiale rom. Kunnskapsformidlingen og reproduksjon av sosial doxa sikrer denne nødvendige balansen. Doxa vil gjøre at de involverte agentene erkjenner maktforholdet uten at de skjønner at de er undertrykte. (Wilken, 2008, s. 69-70).

2.3.4 Doxa, heterodoxa og ortodoxa

I hvert fagfelt eksisterer doxa hvor samtlige fagfelt har en bestemt oppfatning til å danne en hverdagslig oppfatning av deres egne vilkår om hva som er rett eller galt, normalt eller unormalt og kvalifisering eller diskvalifisering. Det doxiske felt består av forskjellige betingelser som samtlige agenter må godta. (Järvinen, 2013, s. 378-379). Ved et fagfelt er doxa ikke diskutabelt, mens utenfor et fagfelt kan deltakere diskutere så mye man vil (Wilken, 2008, s.42-43). For å oppnå annerkjennelse i fagfeltet må man dele grunnleggende doxa gjennom bestemt oppførsel, språk og agere som fagfeltets doxa bestemmes av. (Petersen, 1989, s. 46). Doxa kan bli utfordret, spesielt av nytilkomne i fagfeltet, dette kalles heterodoxa. Agenter som allerede aksepterer spillereglene og har opparbeidet seg kapital vil forsvare gjeldende doxa kalles ortodoxa. (Wilken, 2008, s.43).

2.4 Praxeologisk analysestrategi

Studien tar utgangspunkt i antakelsen om at utdanningen gjennom pensumlitteraturen, undervisning, veiledning og praksis bidrar til at studentene utvikler en habitus hvor man erkjenner maktforholdet mellom pasient og sykepleier.

For å belyse forskningsspørsmålet (jf.kap. 3.5) har jeg valgt å undersøke lærebøkene i intensivsykepleie som er utgitt i perioden 2005-2024. Dette er den litteraturen som studenter i intensivsykepleie utsettes for gjennom studiet og som bidrar til å forme deres oppmerksomhet, praktiske sans og dermed deres praksis i møte med pasientene når det gjelder makt og maktutøvelse i en pleierelasjon. Materialet har blitt registrert systematisk i en registrant som danner grunnlaget for analyse ved hjelp av Bourdieus praktikkteori med tilhørende begreper om posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer om makt og dominans i lærebøkene.

2.4.1 Habitus – Posisjon, disposisjoner og posisjoneringer

Habitus er de disposisjonene som en person innlemmes i gjennom sin oppvekst og sosiale historie, normer og vaner som fester seg i kropp og sinn. (Harrits, 2017, s. 50).

Disposisjonene består av ulike former for kapital; økonomisk kapital, sosial kapital, kulturell kapital og symbolsk kapital. Disse former for kapital er med på å påvirke en persons adferd og holdninger. Økonomisk kapital er den kapital som forbindes til en persons ressurs i forhold til penger og eiendom. Sosial kapital er potensielle ressurser en person har av sosialt nettverk, familie og venner. Kulturell kapital defineres som en persons kunnskap, ferdigheter og utdanning, og symbolsk kapital er en kapital som oppfattes som legitim i form av ære og status. (Harrits, 2017, s. 31-32).

Habitus er et analytisk verktøy som kan brukes til å analysere praktikker i et sosialt felt.

Forandring i habitus skjer ikke automatisk, det krever en sosial forankring i et eventuelt nytt miljø og aksept av det nye sosiale miljøet (Wilken, 2008, s.37-38).

Konstruksjonen av habitusbegrepet bruker Bourdieu i en sammenheng mellom agenten og det sosiale. Hvordan agentene agerer med deres oppfatning av den livssituasjon de befinner seg i (Wilken, 2008, s. 35-36).

Bourdieu forklarer habitus med at det er en skjult, forhåndsbevisst orientering av en gruppe mennesker, eventuelt et individs tanker, bevissthet, følelser og handlinger knyttet til et bestemt felt. Et felt kan for eksempel være et utdanningsfelt, et kulturelt felt eller et medisinsk felt. På den måten relaterer Bourdieu habitus og felt med hverandre. (Callewaert, 2014, s. 165).

Habitus er ervervet eller tillærte disposisjoner for å handle på bestemte måter. Disse disposisjoner er ubevisste, innarbeidet i det kroppslige. Habitus betegner en sosialisert kropp, en strukturert kropp som har tillært seg strukturene i den verden den lever i. (Prieur, 2006, s.39). For å konstruere habitusbegrepet anvender Bourdieu begrepene posisjon, disposisjon og posisjoneringer i et bestemt felt. Feltet foregår i den sosiale arena hvor praktikken foregår og hvor agentene har ulike disposisjoner med seg, som videre kan bidra til å forme hvordan agentene inntar en posisjon i et felt. (Brandser, Boge og Petersen, 2014).

Bourdieu argumenterer for at det i felter foregår kamper mellom posisjoner, som enten forsøker å forbedre eller opprettholde sine posisjoner ved å investere i feltet eller å endre spillereglene (Larsen, 2009, s.43).

2.4.2 Feltet

Felt og habitus kan knyttes sammen med hverandre, men begrepene beskriver forskjellig praktikk. Habitus beskriver grunnlaget og rammene for menneskets praktikk. Felt beskriver sosiale arenaer som praktikken foregår innenfor og kjennetegnes som et analytisk begrep som gjør det mulig å systematisere forskning av sosialt rom. Agentene innordner seg i forskjellige sosiale kamper og feltet er arenaen hvor disse kampene foregår i. I et fagfelt finnes det forskjellige kapitalformer som påvirker samfunnets sosiale spill, noe som ikke kan oppfattes som et vilkårlig spill. Kapitalformene inndeles i fire hovedformer: sosial, kulturell, økonomisk og materielle. Sosial kapital omhandler nettverk som familierelasjoner, forbindelser og nettverk, mens den kulturelle kapitalen omhandler legitim kunnskap som utdanning og kompetanse. Samtlige ovennevnte kapitaler er verdigjenstand for avgjørende sosiale kamper ved ulike felt. (Wilken, 2008, s.38-39).

Det sosiale rom kan ses på som et koordinatsystem hvor en loddrett akse beskriver den samlede mengden relevant kapital som eksisterer i et bestemt samfunn, og den vannrette aksene som beskriver forskjellige former for relevant kapital. Dette understreker at relevant kapital omfatter mer enn materiell kapital. Koordinatsystemet skjæres gjennom av en til akse som beskriver utviklingen ved besittelse av kapital hos agenter, grupper eller individ. Denne modellen kan brukes til å forske på når sosiale grupper gjøres om til sosiale klasser, for deretter å undersøke hvordan konvertering av kapital skjer og når det kan oppstå konflikt. (Wilken, 2008, s. 54-55).

2.5 Forskningsspørsmål

For å finne svar på hvordan lærebøkene posisjonerer seg om makt og maktutøvelse i en pleierelasjon og hva studentene lærer om dette temaet, har jeg stilt følgende spørsmål:

1. Hvordan posisjonerer lærebøkene seg i intensivsykepleie i forhold til makt- og maktutøvelsespraktikk i en pleierelasjon i et historisk og nåtidig perspektiv?
(*Undring*)
2. Hvordan kan det ha seg at lærebøkene i intensivsykepleie posisjonerer seg slik de gjør i forhold til makt- og maktutøvelsespraktikk i et historisk og nåtidig perspektiv?
(*genese*)
3. Hvordan kan tidligere posisjoneringer i forhold til makt og maktutøvelse i pleierelasjon bidra til å forklare hva studentene lærer om dagens makt- og maktutøvelsespraktikk i lærebøkene? (*Struktur*)

2.6 Historisk perspektiv og brudd

Ved å se på historiske prosesser om sosiale relasjoner, vil jeg kunne forstå og forklare bestemte sosiale fenomener. Jeg må finne ut hvordan de har oppstått og hvordan de har endret seg (Kropp, 2009, s. 173). Registrantanalysen har gitt meg et godt overblikk over tekster jeg har ønsket å jobbe med. En systematisk gjennomgang av tekstmateriale belyser forskningsobjektets utviklingsprosesser eller historiske forandringer. Jeg har lest og systematisk registrert posisjon, disposisjon og posisjoneringer i lærebøkene i intensivutdanningen, angående makt og maktutøvelse i pleierelasjonen. På denne måten har jeg fått et overblikk over innsamlet data. Dette er viktig for å kunne forstå og forklare hvorfor nåtidens agenter forholder seg til bestemte praktikker. (Kropp, 2009, s. 173).

Min posisjon som forsker i det sosiale rom preger min oppfatning av verden. Vi har alle ulik

bakgrunn og har med det forskjellige syn på det sosiale liv. På bakgrunn av at jeg ikke er en objektiv utenforstående agent, men en agent som påvirker alle deler av studien, må jeg stille de samme spørsmålene til meg selv som til forskningsobjektet. Det vil si at jeg må gjøre en auto-sosioanalyse, som vil si at jeg klargjør min egen posisjon i forhold til praktikken som jeg studerer i denne oppgaven. (Boge, 2021, s. 8). Auto-sosioanalysen kommer jeg tilbake til i avsnittet om metode og teknikk (jf.kap. 3.3).

Bourdieu's tenkning angående empirisk arbeid er at man på forhånd ikke kan kontrollere prosessen og betydningen av valg av tekstmaterialet som brukes og at det vil være viktig å være åpen for eventuelle endringer underveis. Det betyr at det kan tilkomme ny dokumentasjon eller andre kilder som kan ha relevans senere i prosessen. Ved å se tilbake på historien vil jeg kanskje få en bedre forståelse av og kan bedre forklare betydningen av de vitenskapelige valgene. (Kropp, 2009, s. 175).

2.7 Avgrensning

Dette er en studie som utelukkende tar for seg hva lærebøkene i intensivsykepleie sier om makt og maktutøvelse i en pleierelasjon. Basert på lærebøkene i intensivsykepleie og ved hjelp av Pierre Bourdieus teorier om symbolsk makt (jf. kap 2.3.3) håper jeg å finne noen svar. I studien antar jeg også å få en forståelse for hva studenter i intensivsykepleie lærer om mitt undersøkende tema.

Jeg har gjennomgått litteraturlister fra pensumlitteraturen i intensivutdanningen ved Høgskolen fra årene 2020 og 2021 (se vedlegg 2-5), da jeg selv var student. På pensumlisten er det blant annet en bok med tittelen «Critical care nursing» (Morton & Fontaine, 2018) en holistisk tilnærming. I kapittel 2 i boken skriver forfatterne Dorrie Fontaine & Kathryn S. Bizek (2018, s.17) hvor viktig det er å fremme tillit til pasienten og ved å oppnå tillit gjorde det en forskjell i behandlingen eller til en verdig død. Ifølge Fontaine & Bizek (2018, s.17) viser forskning at når pasienten ikke har tillit til intensivsykepleieren blir pasienten mer engstelig og mer vaksom overfor sykepleierne sin oppførsel og mangel på trygghet. Jeg har valgt å ikke ta med denne boken fordi jeg ikke har gjort funn som nevner spesifikt noe om makt og maktutøvelse i en pleierelasjon. Men jeg er oppmerksom på at trygghet og tillit er viktig del av utøvelsen av sykepleie til pasienter.

I pensumlistene har jeg ikke funnet litteratur som omhandler makt og maktutøvelse i en pleierelasjon, og har derfor utelatt disse fra studien.

3.0 Metode

Dette er en studie som er basert på den franske sosiologen Pierre Bourdieu's teori om praktikker (jf. kap 2.1). Jeg har brukt registrantanalysen som metode for å besvare forskningsspørsmålene (jf. kap. 2.5). En registrantanalyse er en metode hvor man kan danne et godt overblikk over store tekstmengder for så å jobbe systematisk ved å lese ulike dokumenter for deretter å lage korte referater som kalles registranter. Ved å jobbe systematisk og stille de samme spørsmålene, hvem er agentene, hva er initiativets karakter osv, kan jeg få frem eventuelle historiske endringer og brudd. Formålet med registranten er å belyse forskningsobjektets utvikling og historiske forandring. (Kropp, 2009, s.173).

Bourdieu benyttet også et annet sentralt redskap i sine undersøkelser, historiseringen. Historisering var det et av de viktigste virkemidlene til å objektivere de nåværende forståelser av en studie på og hvordan historieserierens feltanalyse kan vise hvordan posisjonenes styrkeforhold kan endre seg over tid. (Kropp, 2009, s.178).

3.1 Teknikk

Jeg har systematisk registrert lærebøkene i intensivsykepleie i perioden 2005-2024, angående makt og maktutøvelse i pleierelasjon. I søken etter tidligere studier og forskning til problemstillingen har jeg søkt i nasjonale og internasjonale databaser. Databaser som Oria, PubMed, Cinahl og Nasjonalbiblioteket. Jeg har funnet både nasjonale og internasjonale fagfellevurderte artikler som har forsket på makt og maktutøvelse eller pleielidelse fra forskjellige posisjoneringer. I studiene som jeg har funnet handler ofte om sykepleiernes tolkninger av pasientens lidelse og sykepleiernes oppfatning av hvordan pleielidelse kan forhindres. I en studie var det forsket på et komfortskille mellom pasientenes behov og sykepleiernes eventuelle fullføring av disse. Artiklene er nevnt tidligere i denne studien (jf. kap. 1.5). I min søken etter norske studier som omhandler makt og maktutøvelse har jeg kommet over studier som omhandler pasienter på sykehjem. Jeg har valgt å ta med en doktoravhandling om makt og maktutøvelse i sykehjem fordi det kan ha relevans i alle typer avdelinger innen helsevesenet. Mine søkeord har vært: pleielidelse, maktutøvelse, intensivsykepleie og makt, critical care nurse, makt, makt i pleierelasjon, nursing relationship, power in a caring relationship. Jeg har i hovedsak brukt primærlitteratur, men også sekundærlitteratur på grunn av tilgjengelighet. Ved bruk sekundærlitteratur er jeg klar over at teksten allerede er tolket, dette kan bidra til at fortolkningen er annerledes enn den opprinnelige teksten, og det kan være en svakhet.

Annen dokumentasjon som kan belyse min problemstilling er blant annet rapport fra Helsetilsynet som viser et økende antall innrapporterte pasientskader av forskjellige årsaker, og skjønnlitteratur som pasient og pårørende har skrevet om egne opplevelser (jf. kap 1.4). Jeg har også valgt å bruke sosiolog, førsteamanuensis og lærebokforfatter Arne Garsjø (2006) som skriver om makt, avmakt og motmakt i helsevesenet. Boken Sosiologisk tenkemåte (Garsjø, 2006) refereres til sykepleiere og helsepersonell, men drøftingen gjelder hele helse- og sosialsektoren. Historiker, dr.philos. i medisinsk historie og forsker Aina Schøitz (2003) har også vært til god nytte når det gjelder hennes historiske analyser av det norske helsevesenet.

Bourdieu`s teori om praktisk sans og praxeologiske analyser bidrar til forståelsen av og hvordan man kan forklare menneskelige handlinger, formet gjennom samspillet mellom individ og det sosiale rom. Dette vil kunne identifisere andre posisjoner som er sentrale, hvem som dominerer og hvilke praktikker de ulike posisjonene setter i verk. (Boge, 2021, s.1).

3.1.1 Materiale som har bidratt til svar på forskningsspørsmål 1:

For å finne svar på hvordan lærebøkene i intensivsykepleie posisjonerer seg til makt og maktutøvelse i en pleierelasjon i et historisk og nåtidig perspektiv, har jeg utført analyser av de fire lærebøkene som har blitt gitt ut (jf. tabell 2). Jeg har fått et godt overblikk over materialet og fått god oversikt over posisjon, disposisjon og posisjoneringer av mitt første forskningsspørsmål.

Tabell 1: Redaktører av lærebøkene i intensivsykepleie.

År	Forfattere:	Tittel:
2005	Tove Gulbrandsen & Dag-Gunnar Stubberud (red.)	Intensivsykepleie
2010	Tove Gulbrandsen & Dag-Gunnar Stubberud (red.)	Intensivsykepleie
2015	Tove Gulbrandsen & Dag-Gunnar Stubberud (red.)	Intensivsykepleie
2020	Tove Gulbrandsen & Dag-Gunnar Stubberud (red.)	Intensivsykepleie

Kilde: Kandidatnr. 208. Tabell 1 viser at det er de samme redaktører av alle lærebøkene i intensivsykepleiestudiet.

3.1.2 Materiale som har bidratt til svar på forskningsspørsmål 2:

For å finne svar på andre forskningsspørsmål hvordan det kan ha seg at lærebøkene posisjonerer seg slik de gjør i forhold til makt og maktutøvelse har også registrantanalysen vært til god hjelp. Det er ikke gjort funn av brudd. Historisk har jeg latt meg inspirere av blant andre historiker og dr.philos. Aina Schiøtz sine historiske analyser av det norske helsevesenet, *Folkets helse-landets styrke* (2003) og *Viljen til liv* (2017) og filosof og sykepleierteoretiker Kari Martinsens (2003) historisk-filosofiske essays, *Omsorg, sykepleie og medisin*.

3.1.3 Materiale som har bidratt til svar på forskningsspørsmål 3:

For å finne svar på tredje forskningsspørsmål om hvordan tidligere posisjoneringer i forhold til makt og maktutøvelse i pleierelasjon kan bidra til å forklare hva studentene lærer om makt- og maktutøvelse i lærebøkene, har jeg også her hatt god hjelp av registrantanalysen. Wilken (2008, s. 73) skriver at det er utdanningsfeltet som forvaltes av lærere, undervisere som har monopol på opplæring av studenter.

3.2 Analysestrategi

Jeg har utført en dokumentanalyse. I håp om å få svar på noen av forskningsspørsmålene mine har jeg valgt å gjøre en registrantanalyse av bøkene Intensivsykepleie i perioden 2005-2024. En registrantanalyse er en samling av korte referater basert på en systematisk gjennomgang av lærebøkene i intensivsykepleie. (Kropp, 2009, s.173). Jeg har lest gjennom materialet jeg har funnet og har registrert disse i et skjematisk oppsett som gjengitt nedenfor.

Litteratur	Forfatter	Posisjon	Disposisjon	Posisjonering
------------	-----------	----------	-------------	---------------

Ved å se på historiske prosesser om sosiale relasjoner vil jeg forstå bedre og forklare bestemte sosiale fenomener. Jeg må finne ut hvordan de har oppstått og hvordan de har endret seg. (Kropp, 2009, s.173). Registrantanalysen har gitt et godt overblikk over tekster som jeg har ønsket å jobbe med. Jeg har utført en systematisk gjennomgang av tekstmaterialet som kan belyse studiens utviklingsprosess eller historiske forandring og har registrert posisjoneringer i

lærebøkene i intensivutdanningen angående makt og maktutøvelse i pleierelasjon. Jeg har på denne måten fått et overblikk over innsamlet data. Dette er viktig for å forstå og forklare hvorfor nåtidens agenter forholder seg til bestemte praktiske problemstillinger (Kropp, 2009, s.173).

Den posisjonen jeg har som forsker i det sosiale rom preger min oppfatning av verden. Vi har alle ulik bakgrunn og har derfor forskjellige oppfatninger innen det sosiale livet. Fordi vi ikke er objektive utenforstående agenter, men en agent som påvirker alle deler av studien, må jeg stille de samme spørsmålene til meg selv som til forskningsspørsmålet. Det vil si at en auto-soioanalyse må utføres, noe som betyr at jeg klargjør min egen posisjon i forhold til praktikken som jeg studerer i denne oppgaven. (Boge, 2021, s.8).

3.3 Autososioanalyse og mine posisjoneringer

Bourdieu argumenterer for at det er nødvendig at en forsker objektiverer seg selv og det man undersøker. Objektiveringen er helt vesentlig på grunn av at forskning er en sosial gjerning og forskeren vil påvirke alle deler ved en studie (Boge, 2021, s.8). En autososioanalyse vil fortelle leseren i hvilken grad arbeidet med studien har skapt en bevissthet rundt hvordan samfunnet preger meg som forsker, i tillegg kan det også avdekke hvilke sosiale dominansforhold jeg selv befinner meg i og hvordan dette kan påvirke min studie (Prieur, 2005, s. 110-114).

Posisjoneringene mine sees i sammenheng med min posisjon som intensivsykepleier og disposisjoner i hvordan lærebøkene i utdanningen til intensivsykepleie posisjonere seg i forhold til makt og maktutøvelse i pleierelasjonen. Jeg har analysert min posisjon i forhold til makt og maktutøvelse, fordi min studie involverer det akademiske felt, forskningens felt og det gjeldende sosiale rom, hvor intensivsykepleier behandler pleietrengende pasienter.

Min posisjon og disposisjoner: Jeg er en dame som vokste opp i ei bygd nord i landet, sammen med foreldre og to yngre søsken. Min far var bussjåfør av yrke og min mor var utdannet hjelpepleier. Begge har jobbet i yrker hvor man har med mennesker å gjøre og begge var bevisste på at alle skulle behandles med respekt, om det var en pleietrengende på sykehjemmet eller en som trengte hjelp på bussen. Det er noe vi søsken har blitt oppdratt til fra tidlig alder. Min bror har utdannet seg i praktiske yrker, snekker og trailersjåfør, mens min søster utdannet seg til jordmor. Mine foreldre hadde mange venner med både høy og lav kulturell kapital, derfor var det aldri noe tema om at de med høy kapital var «bedre» enn de med lav kapital. Alle var likeverdige som mennesker til tross for forskjeller.

Kulturell kapital: I min ungdomstid jobbet jeg blant annet på et lensmannskontor som kontorassistent og hadde ansvar for bidragssaker, postkontor hvor jeg var vikar for landpostbud, ekspeditør og poststyrer, og jeg har vært vikarlærer på to forskjellige barneskoler. Jeg har også jobbet på sykehjem som pleieassistent. Har tatt gullsmedutdannelse i Bergen og er fotograf på hobbybasis. I voksen alder har jeg utdannet meg til sykepleier og til intensivsykepleier.

Økonomisk kapital: Jeg har en normal økonomisk kapital med verdier, lån og inntekt.

Sosial kapital: Sosialt nettverk med familie og venner. Mange av mine venner er spredt rundt om i landet og de aller fleste har høyere utdanning. Jeg reiser en del og liker å være i aktivitet, gjerne sammen med familie eller venner.

Posisjoneringer: Jeg flyttet til Vestlandet da jeg var 21 år. Jeg har tre voksne barn som alle har en bachelorgrad i forskjellige typer yrker, den ene innen helse, en innen økonomi og en innen markedsføring. Jeg selv ble sykepleier i voksen alder, likeså videreutdanning innen intensivsykepleie, noe jeg aldri har angret på. Mine foreldre er dessverre døde, begge døde av alvorlig sykdom med relativt korte palliative forløp med et par års mellomrom. Min erfaring som pårørende har bestått i mange gode og dessverre også noen dårlige opplevelser innen helsevesenet. Jeg har selv opplevd å være alvorlig syk, midt i sykepleierutdanningen og midt mellom periodene til mine foreldre, som gjorde at jeg måtte ta ett års permisjon før jeg kunne fortsette på sykepleierutdanningen igjen.

Min erfaring som pasient: Da jeg var innlagt på sykehus og etter å ha blitt operert tre ganger i løpet av en uke opplevde jeg å ikke få ekstra smertestillende to netter og utilbørlig opptreden av to sykepleiere. Til tross for at jeg tidligere hadde fått sterke smertestillende depottabletter og hadde epidural smertepumpe, hadde jeg også behov for annen ekstra smertestillende av og til. Jeg vet at sykepleierne hadde det travelt på disse nettene, det tok én og en halv time etter at jeg hadde ringt på for andre gang før sykepleier kom inn til meg. Det vil være for omfattende å skrive om alt som skjedde disse nettene. Jeg kan nevne at den kvinnelige sykepleieren ikke ville gi meg ekstra smertestillende intravenøst på grunn av at opiatet var svært vanedannende, som hun sa. Jeg ønsket smertestillende intravenøst fordi jeg mente at jeg hadde ventet så lenge før sykepleier kom inn til meg og jeg mente den ville virke raskere. Det ble en «diskusjon» av det. Da hun omsider hentet medikamentet satte hun sprøyten i Hickman kateteret mitt og sa at jeg sikkert ville bestemme selv hvor mye jeg skulle ha. Og så sa hun blant annet på vei ut av rommet: «Du må huske på din egen væremåte når du selv blir sykepleier engang!» Jeg hadde veldig høyt infeksjonsfokus/sepsis, var så svak at jeg hvasket når jeg pratet. Andre natten hadde samme kvinnelige sykepleier tatt med en mannlig

sykepleier, på grunn av tidligere «diskusjon», han stod bak forhenget og gjorde seg aldri til kjenne. Jeg har aldri følt meg så utrygg noen gang, jeg var redd, så redd at jeg ikke turte å be om mer smertestillende den siste natten. Jeg «tolererte» smertene fordi det kjentes bedre og tryggere å vente til det ble vaktskifte. Om morgenen lå jeg badet i svette, alt var klissvått, dyne, pute, laken, klær og det føltes som jeg lå i en mørk, kald, svart kjeller. Den mannlige sykepleieren kom inn på morgenen og skulle henge opp antibiotika til meg, han så hvilken forfatning jeg var i, gikk ut og kom tilbake og gav meg en «stor» dose med smertestillende intravenøst, uten at jeg bad om det. Denne dosen med smertestillende medikament ble aldri dokumentert. Saken ble senere sendt til Helsetilsynet. Jeg anser meg selv for å være sterk psykisk og et oppegående selvstendig menneske. Disse nettene mistet jeg all verdighet og trygghet.

Mine opplevelser har selvfølgelig bidratt til påvirkning av disposisjoner i denne studien og forstår at det kan være en svakhet. Faglig forsvarlighet er grunnmuren i sykepleiefaget (NSF) og noe som jeg ser på som svært viktig. Jeg har tatt lærdom av mine opplevelser i form av hvem jeg selv ønsker å være som sykepleier, og jeg ser på mine opplevelser som viktig empiri i veien videre som intensivsykepleier.

3.4 Etikk

I denne studien er det ikke nødvendig å søke Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) eller fra Norsk senter for forskningsdata (NSD), på grunn av at innsamlet data er tilgjengelig for offentligheten på internett. Jeg har allikevel sendt en forespørsel til REK om de kan vurdere min søknad. Søknad og svar er vedlagt (Vedlegg 1). Etikdens grunnlag for viktigheten av å gjennomføre denne studien henvises til de yrkesetiske retningslinjer (jf.kap. 1.6) utarbeidet av Norsk Sykepleierforbund (NSF) som argumenterer for at sykepleiere har ansvar for egne handlinger og vurderinger både faglig, etisk og forsvarlig i utøvelsen av vår profesjon overfor pasienten.

I NSFLIS (NSF's landsgruppe for intensivsykepleiere, 2024) beskrivelse av ansvar og funksjoner står det at intensivsykepleieren har et selvstendig sykepleiefaglig ansvar og skal handle forsvarlig i møte med både pårørende og pasient, og sørge for at pasientens autonomi, integritet og rettigheter blir respektert. Intensivsykepleieren skal blant annet også gjennomføre symptomlindrende tiltak for å begrense pasientens eventuelle belastninger som hen vil kunne oppleve i forbindelse med sin sykdom, skade eller akutte helsesvikt og fremme håp, velvære og livsmot hos den syke pasienten (NSFLIS, 2024).

4.0 Registrantanalyse av empirisk materiale

Det empiriske materialet er som tidligere nevnt lærebøkene i intensivsykepleieutdanningen. Det er produsert fire lærebøker i intensivsykepleie. Den første læreboken kom ut i 2005 og den siste i 2020. Jeg har utført en registrantanalyse av lærebøkene Intensivsykepleie og registrert hva de skriver om mitt undersøkende tema makt og maktutøvelse i pleierelasjon, og hva studentene blir utsatt for i utdanningen. Jeg har valgt å bruke to kapitler i hver lærebok, det ene kapitlet handler om funksjon- og ansvarsområder til intensivsykepleieren og det andre handler om pasientens psykososiale behov.

4.1 Lærebok 1: Intensivsykepleie 2005

4.1.1 Intensivsykepleierens funksjons og ansvarsområder

I dette kapitlet står det et lite avsnitt om etisk ansvar som sier at maktforholdet mellom intensivsykepleier og pasient vil være asymmetrisk på grunn av at pasienten er sårbar bare ved å være syk. Dette begrunnes i at pasienten ikke har krefter og kunnskap nok til å ivareta sin egen autonomi og integritet på grunn av at hen er akutt og/eller kritisk syk. På grunn av dette kan det være lett å glemme å være medmenneskelig og la seg styre av egne meninger og holdninger, skriver Stubberud (2005). I samme avsnittet står det at intensivsykepleieren må ta ansvar for ivaretagelse av pasientens verdighet i akutte situasjoner hvor det ofte er lett å ha fokus på organfunksjoner og å redde pasientens liv. Pasienten har til enhver tid krav på forsvarlig sykepleie og intensivsykepleieren har et etisk ansvar for å løfte frem pasienten i for eksempel et tverrfaglig team, gjennom etisk refleksjon og argumentasjon. (Stubberud, 2005, s. 32).

I avsnittet om lindring blir intensivmedisinsk behandling og sykepleie sammenlignet med tortur. Dette begrunnes i at pasienten kan bli utsatt for over- og understimulering som for eksempel kontinuerlig fysisk og psykisk ubehag, å ikke kunne kommunisere eller kunne ta sine egne avgjørelser eller å ikke kunne se omgivelsen rundt seg. Intensivsykepleieren skal ha en lindrende funksjon og ha som mål å begrense omfanget av de belastninger pasienten måtte utsettes for i forbindelse med sykdom, skade og behandling, samtidig er det en utfordring for intensivsykepleieren å skape et terapeutisk miljø for pasienten i en hektisk og teknisk hverdag. Det vil være viktig å ha forståelse og god innsikt i pasientens opplevelse av sin situasjon, og at det er viktig å behandle hver pasient som en unik person som den personen pasienten er. For å kunne handle i forhold til pasientens ubehag/lidelse kreves det god innsikt og kunnskap om hvordan lidelsen kan oppleves av den enkelte pasienten. (Stubberud, 2005,

s.32-33).

4.1.2 Pasientens psykososiale behov

Gulbrandsen og Stubberud (2005, s. 41) skriver at en intensivpasient kan bli utsatt for store psykiske påkjenninger. Dette skyldes ikke bare sykdommen eller skaden pasienten har pådratt seg, det har også med de påkjenningene som medisinsk behandling og intensivsykepleie kan gi. Pasienten kan oppleve trussel, fare, tap og krenkelse. Pasienten kan føle seg avhumanisert som vil si at han kan oppleve seg selv mer som et objekt enn et menneske. Årsaken kan være at pasienten har redusert autonomi, integritet og ikke blir inkludert i kommunikasjonen. (Gulbrandsen og Stubberud, 2005, s.43).

4.2 Lærebok 2: Intensivsykepleie 2010

4.2.1 Intensivsykepleierens funksjons og ansvarsområder

I dette kapitlet har Stubberud endret «etisk ansvar» til «Å ta ansvar for en etisk pasientbehandling». Ellers står det akkurat det samme som i læreboken fra 2005 om etikk, lindring og forståelse for pasientsituasjonen. (Stubberud, 2010, s.40-41). Det har kommet et nytt avsnitt som heter *Tvangsbehandling*, her vises det til lov om pasientrettigheter kapittel 4a som sier at tvungen helsehjelp kan gis til personer med fysiske eller psykiske forstyrrelser som svekker samtykkekompetansen. Her inngår handlinger som bla forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabilitering og pleie- omsorgsformål. I slike tilfeller skal intensivsykepleieren først legge til rette for ingen tvangsbruk, det skal brukes faglig skjønn i vurderingen om tvang er nødvendig. Dersom tvang blir utøvd skal det legges til rette for pasientens integritet og han skal beskyttes mot krenkende handlinger. (Stubberud, 2010, s.48).

4.2.2 Pasientens psykososiale behov

Her er det en reproduksjon av kapitlet fra lærebok Intensivsykepleie fra 2005. Men det har skjedd en endring under avsnittet Lidelse. Sykepleierteoretiker Katie Eriksson sin teori om pleielidelse er kommet med, men ikke slik hun deler pleielidelsen inn i. I boken tas det med at pleielidelse er den lidelsen som pasienten opplever i selve pleiesituasjonen, som for eksempel krenkelse av pasientens verdighet. At denne krenkelsen kan være at sykepleier er utilbørlig i sin opptreden overfor pasienten, slurv i stell eller ikke ser eller respekterer pasienten. (Stubberud, 2010, s. 82).

4.3 Lærebok 3: Intensivsykepleie 2016

4.3.1 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar

Dette kapitlet er også en reproduksjon av i de to foregående bøkene i forhold til «Å ta ansvar for en etisk pasientbehandling» og «Lindring». Nytt i denne læreboken er at det tatt med avsnittene om «*Ivaretakelse av autonomiprinsippet*» og «*Ivaretakelse av ikke-skade- og velgjørhetsprinsippet*» og «*Ivaretakelse av likebehandlings-/rettferdighetsprinsippet*». Her er avsnittet om «*Tvangsbehandling*» borte (kontra bok fra 2010), men lagt innunder avsnittet om «*Ivaretakelse av autonomiprinsippet*». (Stubberud, 2016, s. 57-59).

Ivaretakelse av ikke-skade- og velgjørhetsprinsippet:

Ikke-skade prinsippet innebærer ivaretakelsen av at pasienten ikke påføres unødig skade som for eksempel unødvendige undersøkelser og behandling, forebygge lidelse og en verdig død. Med *velgjørhetsprinsippet* menes at man skal ivareta pasientens beste og handle ut fra dette i forhold til nytte og balansere nytte mot risiko og kostnader. (Stubberud, 2016, s.57-59).

4.3.2 Pasientens psykososiale behov

Dette kapitlet er også en reproduksjon av de forrige bøkene men her er det kommet et nytt avsnitt som heter «*Psykososiale konsekvenser av å være akutt og/eller kritisk syk*», som blant annet kan vise til studier som har hatt fokus på pasientenes opplevelser. Pasientene har blitt intervjuet i etterkant av at de har vært på intensivavdelingen. Studien er utført av professor og forsker Johan Cullberg (2007). Studien viser ifølge Stubberud (2016) at opplevelsene som pasientene hadde var individuelle, og et sammendrag viser at pasientene hadde en opplevelse av isolering, avhumanisering, uttrygghet, angst, fremmedgjøring og sårbarhet. I tillegg kunne pasienter oppleve lidelse i relasjon med pleiepersonalet når de for eksempel erfarte at fysiske behov ikke ble ivaretatt eller krenkelse av verdighet eller manglende kompetanse fra personalet. (Stubberud, 2016, s.78-80).

Det er også nytt i avsnittet Lidelse hvor Stubberud (2016, s. 84) skriver om pleielidelse og hvor han i denne boken skriver om pleielidelsen og hvordan den finske sykepleierteoretikeren Katie Eriksson deler pleielidelsen inn i fire kategorier: Krenking av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse og uteblitt pleie. Maktutøvelse beskrives som å påtvinge pasienten noe han selv ikke ville ønsket eller orket og ikke ta hensyn til pasientens individuelle behov.

4.4 Lærebok 4: Intensivsykepleie 2020

4.4.1 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar

Kapitlet er en reproduksjon av bok fra 2016 om å ta ansvar for en etisk pasientbehandling, lindring og de 4 etiske prinsipper. Men her er gjort endring i ordet *ivaretagelse* av de 4 etiske prinsipper til *utfordringer* ved disse prinsippene. (Stubberud, 2020, s-64-67). Det kommer ikke frem hvilke utfordringer det skrives om. Det kan oppfattes som at det er de fire etiske prinsippene som kan være en utfordring.

4.4.2 Pasientens psykososiale behov

I dette kapitlet har forfatteren kortet mye ned på avnittet som heter *lidelse* i forhold til forrige bok fra 2016. I dette avsnittet skriver Stubberud (2020) at sykepleieteoretiker Katie Eriksson deler lidelsen en kan oppleve i sykdoms- og pleielidelse. Om pleielidelsen skriver Stubberud (2020) er den lidelsen pasienten opplever i pleiesituasjonen, som krenkelse av pasientens verdighet som for eksempel nedlatende tiltale eller slurv i å beskytte pasienten ved stell eller personlige spørsmål. Pleielidelse kan også innebære mangelfull etisk dannelse eller at pasienten ikke blir sett og respektert. Krenkelse av pasientens verdighet er den vanligste formen for pleielidelse, den fratrar pasienten muligheten til helt og fullt å være et menneske og til å bruke sine skjulte ressurser i rehabilitering av sykdom eller skade. (Stubberud, 2020, s.82). I denne læreboken er ordet maktutøvelse utelatt som en del av pleielidelsen selv om noe av det er beskrevet i krenkelse av pasientens verdighet.

4.5 Oversikt over forfattere av pensumkapittel

Nedenfor har jeg laget en oversikt over lærebøkene Intensivsykepleie fra perioden 2005-2024 og hvem som har vært forfattere for de kapitlene som kan besvare min problemstilling om makt og maktutøvelse i en pleierelasjon, hvilken posisjon, disposisjon og posisjonering disse har.

Tabell 2: Forfattere av pensumkapitlene (jf. kap.4.1) i lærebøkene Intensivsykepleie.

Lærebøker	Forfatter (e)	Posisjon	Disposisjon	Posisjonering
Intensiv-sykepleie 2005 Den første norske læreboken i intensiv-	Stubberud, Dag-Gunnar Gulbrandsen, Tove	Intensiv-sykepleier, forfatter, redaktør, høyskolelektor. Intensiv-sykepleier,	<u>Stubberud:</u> Utdannet intensivsykepleier (1992) og har embetseksamen i sykepleievitenskap (1999). Har erfaring fra kirurgisk- og	Skriver at maktforholdet mellom pasient og intensivsykepleier vil være asymmetrisk på grunn av at pasienten som er

sykepleie.		forfatter, redaktør, høgskolelektor.	infeksjonsavdeling og intensivavdeling. Er lektor ved en høgskole. <u>Gulbrandsen:</u> Utdannet intensivsykepleier, Har erfaring fra kirurgisk, akutt og intensivavdelinger. Mastergrad fra klinisk sykepleievitenskap. Er lektor ved en høgskole.	akutt og/eller kritisk syk mangler krefter til å kunne ivareta egen autonomi og integritet Pasienten kan oppleve trussel, fare, tap og krenkelse. (jf.kap.4.1.2). Her nevnes ikke pleielidelsens maktutøvelse.
Intensiv-sykepleie 2010 Andre norske læreboken i intensiv-sykepleie.	Stubberud, Dag-Gunnar	Intensiv-sykepleier, forfatter, redaktør, høgskolelektor.	Utdannet intensivsykepleier (1992) og har embetseksamen i sykepleievitenskap (1999). Har erfaring fra kirurgisk- og infeksjonsavdeling og intensivavdeling.	Skriver at maktforholdet mellom pasient og intensivsykepleier vil være asymmetrisk på grunn av at pasienten som er akutt og/eller kritisk syk mangler krefter til å kunne ivareta egen autonomi og integritet. Her er det tatt med pleielidelse i form av krenkelse av pasienten og utilbørlig opptreden fra sykepleier (jf. kap. 4.2.2).
Intensiv-sykepleie 2016 Tredje norske læreboken i intensiv-	Stubberud, Dag-Gunnar	Intensiv-sykepleier, forfatter, redaktør, høgskolelektor.	Utdannet intensivsykepleier (1992) og har embetseksamen i sykepleievitenskap (1999). Har erfaring fra kirurgisk- og	Skriver at maktforholdet mellom pasient og intensivsykepleier vil være asymmetrisk på grunn av at

sykepleie			infeksjonsavdeling og intensivavdeling.	<p>pasienten som er akutt og/eller kritisk syk mangler krefter til å kunne ivareta egen autonomi og integritet.</p> <p>Her er pleielidelsen inndelt i fire kategorier, hvor maktutøvelse beskrives som å påtvinge pasienten han ikke vil eller ikke respektere pasienten. (jf.kap. 4.3.2).</p>
<p>Intensiv-sykepleie</p> <p>2020</p> <p>Fjerde norske læreboken i intensiv-sykepleie.</p>	Stubberud, Dag-Gunnar	Intensiv-sykepleier, forfatter, redaktør, høgskolelektor.	<p>Utdannet intensivsykepleier (1992) og har embetseksamen i sykepleievitenskap (1999).</p> <p>Har erfaring fra kirurgisk- og infeksjonsavdeling og intensivavdeling.</p>	<p>Skriver at maktforholdet mellom pasient og intensivsykepleier vil være asymmetrisk på grunn av at pasienten som er akutt og/eller kritisk syk mangler krefter til å kunne ivareta egen autonomi og integritet.</p> <p>Her beskrives pleielidelse som en krenkelse, nedlatende tale fra sykepleier eller slurv i stell, men i denne boken er maktutøvelse uteblitt fra de fire kategoriene. (jf. kap. 4.4.2).</p>

Kilde: Kandidatnr. 208. Tabell 2 viser at det er samme forfatter til kapitlene som omhandler forskningsspørsmålene om makt og maktutøvelse i en pleierelasjon, unntatt i læreboken fra

2005, hvor den ene forfatter er medforfatter i kapitlet om *pasientens psykososiale behov*.

5.0 Analyse og drøfting

Her vil jeg analysere og drøfte posisjon, disposisjon og posisjoneringer av forfatterne som skriver om makt og maktutøvelse i lærebøkene intensivsykepleie i perioden 2005-2024 (jf. kap. 4.5). Bourdieu jobbet med historisk ontologi og for å forstå bestemte sosiale fenomener mente han at man må historisere disse og rekonstruere hvordan de har oppstått og hvordan de har endret seg. (Kropp, 2009, s173).

Jeg har også latt meg inspirere av hva historien kan fortelle om tidligere lærebøker og foranledningen til sykepleierutdanningen og frem til i dag ved hjelp av blant annet professor i medisinsk historie Aina Schøitz (2017) og sykepleierteoretiker og filosof Kari Martinsen (2003).

5.1 Lærebøker og utdanningssystem

For å finne svar på første forskningsspørsmål hvordan lærebøkene i intensivsykepleie posisjonerer seg i forhold til makt- og maktutøvelse i en pleierelasjon i et historisk og nåtidig perspektiv har jeg analysert lærebøkene i intensivsykepleie (jf.kap. 4.0). Lærebøkene er beregnet for sykepleiere som skal øke sin kulturelle kapital ved å kvalifisere seg til en mastergrad innen intensivsykepleie. Disse lærebøkene tilegner jeg høy kulturell og sosial kapital.

Universitetsutdanningen rangeres høyest i et hierarkisk utdanningssystem hvor skolefeltet ligger nederst (Wilken, 2008, s. 71). Utdanningssystemet er grunnlaget for høy sosial kapital og er på den måten med på å forme samfunnet (Wilken, 2008, s. 72). I Bourdieus praxeologiske tenkning har utdanningssystemet hatt stort fokus, fordi utdanningssystemet er av stor betydning for å konstruere et samfunn og utøvelsen av symbolsk makt slik Bourdieu beskriver det (Wilken, 2008, s. 71).

Utdanningsfeltet forvaltes av lærere, de som underviser er enerådende på opplæring av studenter, dermed er de holdnings- og meningsbærende og deres disposisjoner og posisjoneringer vil dermed ha betydning. Det er via utdanningssystemet at samfunnets kulturarv overføres til alle borgere som gir forståelsen av hvordan samfunnet er og idegrunnlaget for utdanningssystemet. Dette bidrar til anerkjennelsen av at utdanningssystemet som en dominerende kultur blir legitimt. Lærerne i utdanningssystemet har en pedagogisk autoritet og har et maktforhold, som er satt i system, mellom lærer og

student. (Wilken, 2008, s. 73). Det er lærebøkene som sørger for reproduksjon av kunnskap. Doxa vil gjøre at de involverte agentene erkjenner maktforholdet uten at de skjønner at de er undertrykte (jf. kap. 2.3.3). Utdanningsfeltet kan sees på som en institusjonalisert pedagogisk handling som er en form for symbolsk makt (Wilken, 2008, s. 73).

5.2 Forfatterne av lærebøkene i intensivsykepleie - posisjoneringer

For å konstruere frem et svar på mitt andre forskningsspørsmål hvordan det kan ha seg at lærebøkene i intensivsykepleie posisjonerer seg slik de gjør i forhold til makt- og maktutøvelse i et historisk og nåtidig perspektiv har jeg brukt registrantanalysen for å finne ut hvordan forfatterne posisjonerer seg i forhold til temaet (jf.kap. 4.5).

Tove Gulbrandsen (red.) er medforfatter i det ene kapitlet i læreboken fra 2005 (jf.kap. 4.1.2), Dag-Gunnar Stubberud (red.) er forfatter av de resterende kapitlene i analysen (jf.kap.4.0). Forfatterne av pensumkapitlene 2 og 3 i lærebøkene (jf. kap. 4.5) anser jeg for å ha høy kulturell, økonomisk og sosial kapital. De har ervervet seg mye kunnskap gjennom tidligere arbeid innen helsevesenet i forskjellige avdelinger og i intensivavdeling. Tove Gulbrandsen har mastergrad i klinisk sykepleievitenskap og Dag-Gunnar Stubberud har embetseksamen i klinisk sykepleievitenskap, begge underviser i videreutdanningen i intensivsykepleie (2016, s. 977).

Registrantanalysen viser at forfatterne er oppmerksomme på at det finnes et maktforhold mellom sykepleier og pasient (jf. kap. 4.1-4.4). Lærebøkene posisjonerer seg i liten grad om makt og maktutøvelse i en pleierelasjon. Riktignok skrives det mye kvalitativt om hva som kan være bra eller ikke bra for pasienten ved de forskjellige diagnosene hen eventuelt har, eller det psykososiale. Stubberud (2005, s. 46) skriver blant annet at pasienten kan føle seg utestengt fra denne verden og da kan tilstedeværelsen til intensivsykepleieren redusere pasientens opplevelse av å ikke bli sett eller bli utestengt slik at pasienten kan føle seg som et menneske og ikke et objekt. Dette fordrer at intensivsykepleieren tar seg tid til å lytte og bry seg, i tillegg til å inkludere pasienten både i kommunikasjon og handlinger som skjer rundt pasienten. Pleielidelsen til Katie Eriksson har fått mer oppmerksomhet i de to siste bøkene, men i siste boken er, som tidligere skrevet, ordet maktutøvelse fjernet (jf. kap. 4.4.2).

5.3 Hva lærer studentene om temaet

Tredje forskningsspørsmål om hvordan tidligere posisjoneringer i forhold til makt og maktutøvelse i pleierelasjon bidrar til å forklare hva studentene lærer om dagens makt- og maktutøvelse i lærebøkene, besvares ved en gjennomgang av registrantanalysen (jf. kap. 4.0).

Funn i lærebøkene i intensivsykepleie viser en reproduksjon om makt- og maktutøvelse i en pleierelasjon. Dette vil være ukjent for studentene fordi de muligens vil underkaste seg den kunnskapen som blir servert. Det er gjort noen endringer for hver lærebok som er gitt ut, men budskapet er det samme i forhold til makt- og maktutøvelse i en pleierelasjon, derfor er det ikke gjort funn av brudd. Bøkene posisjonerer seg i liten grad om makt og maktutøvelse i en pleierelasjon (jf.kap. 4.5), men som student blir man gjort oppmerksom på det. I læreboken fra 2016 ble sykepleieteoretiker og forsker Katie Erikssons fire kategorier innen pleielidelse beskrevet for første gang (jf.kap. 1.4), maktutøvelse er som tidligere nevnt en av kategoriene. Disse kategoriene har ikke vært nevnt i de to tidligere intensivsykepleiebøkene, men har blitt nevnt i andre former (jf. kap. 4.1 og 4.2). I læreboken fra 2020 er de samme kategoriene nevnt med unntagelse av maktutøvelse, som er utelatt.

Det er utdanningsfeltet som forvaltes av lærere som har monopol på opplæring av studenter (Wilken, 2008, s. 73). Wilken (2008, s. 71) skriver at utdanningsfeltet har en sammenheng med statsfeltet, som regulerer rammene for utdanningens kunnskapsproduksjon og formidling og legitimerer den pedagogiske autoriteten i feltet.

Intensivsykepleieutdanningen følger p.t. en rammeplan som er fastsatt 1.des. 2005 av Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplanen skal sikre at alle får lik utdanning uansett hvilken høyskole de studerer ved. Den angir også målområder og bestemmer innholdet i videreutdanningen, samtidig som høgskolene har en viss frihet til å sette sitt preg på studiet ut fra de lokale forutsetningene. (Regjeringen, 2024).

5.4 Fra sykepleiekall til mastergrad i intensivsykepleie

Sykepleiere har ikke alltid fått sin opplæring i en utdanningsinstitusjon. I forhold til min problemstilling kan det være interessant å se på sykepleiernes historie og om det kan bidra til en ytterligere analyse til grunn for å forklare noe angående mitt forskende tema, makt og maktutøvelse i en pleierelasjon.

Sykepleiefaget frem mot 1950-årene og lengre tilbake i tid var et krevende yrke. På denne tiden var det viktig å ha et kall for å bli sykepleier, streng disiplin i regi av for eksempel oversøster eller leger. Altruisme er et stikkord som skulle være grunnmuren i kallet (Schiøtz, 2017, s.333). I Magnus Lagabøtes landslov fra 1274-76 var det familien som var forpliktet til å ta seg av de som ikke kunne klare seg selv. På midten av 1500-tallet var det klostrene, munkene og nonnene som tok seg av de som ikke klarte seg selv. Noe senere ble det opprettet institusjoner for de syke og de ufaglærte gangkonene passet pasientene. Gangkonene fikk ei kort praktisk opplæring i sykehuset og ble pålagt et stort ansvar og ble ofte rekruttert fra

tjenestegårder og arbeiderklassen og de var ofte analfabeter, i tillegg hadde de dårlig rykte på seg i form av karaktertrekk som skitne, late og drikkfeldige. Ifølge Schiøtz var gangkonene forløperen til vår tids sykepleie. (Schiøtz, 2017, s. 320-321).

Diakonisseanstalten i Kristiania ble Norges første sykepleieskole, etablert i 1868. Kallet til diakonissene var at de skulle være underordnet menns myndighet i sykepleien. Ifølge skolens stiftere skulle oppgaven bestå i å gjøre sykepleien til en kristelig kjærlighetsgjerning, arbeidet skulle være ulønnet og oppofrende og det var her unge kvinner fikk sin utdanning praktisk og teoretisk. (Schiøtz, 2003, s.157-158). Utdanningen i Diakonisseanstalten varte først i 3-4 måneder og ble senere utvidet til ett år. Finansieringen måtte de stå for selv eller med tilskudd fra andre (Schiøtz, 2003, 161). I 1908 kom tilbudet om den første tre-årige utdanningen i Bergen. Norsk Sykepleierforbund ble etablert i 1912 (Schiøtz, 2003, s.166). Først i 1948 fikk Norsk Sykepleierforbund gjennomslag for sine krav om at alle sykepleiere skulle ha en tre-årig utdanning. I 1960 ble det bestemt at alle måtte ha en treårig grunnutdanning. Sykehusene og skolene ble adskilt både administrativt og økonomisk, og staten skulle dekke utgifter til lærerlønninger og undervisning. I 1962 kom det nye retningslinjer hvor det ble besluttet å fordoble teoriundervisningen og samtidig en reduksjon i praktisk lære. Samme året ble det også gitt undervisning i offentlig helsearbeid og i lovbestemmelser. (Schiøtz, 2003, s. 451-452).

Intensivsykepleie har vært en spesialisering fra slutten av 1950-årene og frem til 1970-tallet. På denne tiden ble sykepleiere opplært av kollegaer med erfaring, for å bli kvalifisert til jobben som intensivsykepleier, flere steder satte også legene sitt preg på både teori- og praktisk undervisning. Opplæringen var lite organisert og kunne skje ved pasientsengen eller på vaktrommet. Intensivsykepleierne den gang fikk intensivkurs som varte fra 10 til 69 timer, med vitnemål. På 1950 til 1970 var det fortsatt et hierarki hvor de mest erfarne sykepleierne og legene er undervisere. Det ble brukt utenlandske bøker i intensivsykepleie til undervisningen, innen norsk litteratur i intensivsykepleie ble det laget kompendier til undervisningen. (Gundersen og Skoglund, 2018, s. 15-28).

I 1989 ble rammeplanen for videreutdanning i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke ferdig. Høgskolen i Gjøvik var først ute med masterutdanning som påbygging til spesialsykepleiere i 2006, og på NSF's landsmøte i 2015 ble det vedtatt at «Framtidens spesialsykepleiere skal ha masterutdanning». (Gundersen og Skoglund, 2018, s. 15-28).

5.5 Den første lærebok i sykepleie – en profesjonskamp

Rikke Nissen var tiltrukket av den johnsonske vekkelse i 1850-årene i Kristiania. Hun ble

læresøster ved sykepleierskolen i 1870, men fem år tidligere jobbet hun for at diakonisseembetet skulle være likeverdig med prestens embetsgjerning. Hun mente at diakonissegjerningen skulle likestilles med prestegjerningen. Det ble derfor strid om hennes ansettelse i sykepleieskolen og det ble det også da hun anonymt gav ut den første norske *Lærebog i sygepleie*. Hun var blant annet inspirert av Florence Nightingales berømte lærebok *Notes on Nursing* og medisinske lærebøker. (Schiøtz, 2003, s 159). Nissen formet bevisst en kunnskapsbase for en aktiv og selvstendig sykepleierrolle i tillegg til å fremheve likeverdighet. Nissen var overbevist om at sykepleien også måtte ha en teoretisk forankring og at kunnskapen måtte forbeholdes de faglærte, men hun kjempet også en kamp for likeverdighet fordi hun mente at menn ikke skulle lede det kvinnelige arbeidet. Hun mente at kvinner selv skulle bestemme over sitt felt ut fra likeverdighet gjennom selvstendigjøring. Knyttet til sunnhetsvesenet hadde legen som mann og sykepleieren som kvinne hvert sitt avgrensede felt der de var ansvarlige, legen for behandlingen og sykepleieren for pleie og omsorg. Slik ble avgrensingen både kjønnsbetinget og profesjonsbetinget. (Schiøtz, 2003, s. 159-160).

5.6 Befolkningens empiri

Schiøtz (2017) skriver at historikere og andre kulturforskere begynte å vise mer interesse for problemstillinger innen medisin og helse i 1970-årene, spesielt medisinen som sosial og politisk aktør i samfunnet og medisinen som maktsystem. Befolkningen begynte på denne tiden å stille mer spørsmål om makt- og autoritetsstrukturene i samfunnet generelt, også innen medisinen. På denne tiden kunne man erfare at medisinsk behandling også kunne ha skadevirkninger og at det i den forbindelse ble viktig å granske de etiske sidene innen medisinen, spesielt innen medisinsk forskning. Velferdsstaten endret seg på denne tiden og det som lokalsamfunnet og enkeltpersoner før hadde tatt ansvar for selv ble nå et offentlig ansvar. Her skjedde det en maktovertakelse og delvis en «umyndiggjørelse» av enkeltpersoner som tidligere måtte ta ansvar for egen helse selv. (Schiøtz, 2017, s. 16). Man kan undres over om dette kan ha vært grobunn for at det er legitimt å utøve makt. Ved maktovertakelsen blir spesialisten den som har makt i kraft av høy kulturell kapital og pasienten er den svake part som er sårbar og kan ansees som å ha lav kulturell kapital.

5.7 Lærebøker – Sykepleiernes disposisjoner overfor pasienten

Professor Kari Martinsen (2003) skriver at den første læreboken i sykepleie ble skrevet av Rikke Nissen og ble utgitt i 1877. Boken tok utgangspunkt i den sykes grunnleggende behov,

egne erfaringer og at de hygieniske tiltak skulle begrunnes ut fra hvordan det føltes for den syke med for eksempel dårlig luft, klamt sengetøy eller svett kropp. Sykepleiernes disposisjoner av den sykes situasjon og god observasjonsevne ble viktig for den som skulle gi syke pleie og omsorg. Nissen mente at det teoretiske burde læres i sammenheng med praktisk øvelse. På denne tiden utgjorde det kliniske blikket, sykdommenes kliniske symptomer, hygiene og sykeeksaminasjon som sykepleiefagets kjerne. Nissen brukte ikke begrepet omsorg, men poengterte sammenhengen mellom fagkunnskap, praktiske ferdigheter og det nære og personorienterte til pasienten. (Kari Martinsen, 2003, s. 86-87). Rikke Nissen (2000, s. 189) skriver at det er viktig for en sykepleier å observere og dokumentere for eksempel på hvilke symptomer som viser bedring og hvilke som ikke gjør det, eller om det er gjort forsømmelser og hvilke forsømmelser.

Kari Martinsen (2003) skriver at omsorg kom inn i to av de mest brukte lærebøkene i sykepleiefaget i 1920-årene, i mellomkrigstiden. Lærebøkene ble også brukt ved Den norske diakonhjemsskole som utdannet mannlige sykepleiere/diakoner. Legene Grønn og Widerøe var redaktører for «Lærebok i sykepleien» fra 1926. I innledningen til boken deres skriver forstanderinnen ved Oslo kommunale sykehuser, Andrea Arntzen, at «patienten alltid må være den første i sykepleierens omsorg». I 1930 kom læreboken «Sykepleieskolens etikk» skrevet av diakonissen Elisabeth Hagemann, hvor hun utdyper betydningen av at pasienten alltid må være den første i sykepleierens omsorg. Både Arntzen og Hagemann så på omsorg som en lært egenskap i måten å opptre på overfor pasienten. Hagemann mente at riktig sinnelag med viljen til å hjelpe og tjene pasienten var viktig. At elevene, dersom de ikke allerede var gode på det, måtte gjøre en selvransakelse. (Kari Martinsen, 2003, s. 88).

I 1879 ble det utgitt en lærebok *Sygepleiersken* av distriktslegen i Grong, Edvard Kaurin. Han satte i gang en privat ettårig sykepleierutdanning og tok bare opp en av gangen. Kvinnene fikk bo gratis på en av gårdene fra bygda mot at de tjenestegjorde der i fritiden. Kaurin skrev også en del artikler for *Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening* i tillegg jobbet han også med sykepleiesaken. Neste lærebok i sykepleie kom i 1901 skrevet av legen Hans Ridderwold Waage. Boken het *Lærebok i sykepleie* og kom som en erstatning for Rikke Nissens *Lærebog i Sygepleie*. Nå var sykepleien blitt en del av legenes prosjekt, og det tok mange år før Rikke Nissens ideologi ble verdsatt. (Schiøtz, 2003, s.160).

5.8 Kunnskapsproduksjonen overtas gradvis av sykepleierne

Sykepleierne overtok gradvis kontrollen selv over produksjonen og formidlingen av faget ved

skolene. Legenes posisjon i sykepleiefaget ble kraftig redusert. Først nitti år etter at Rikke Nissen hadde utgitt sin lærebok i sykepleie, utgav Norsk Sykepleierforbund en lærebokserie i tolv bind i 1967, *Den blå serie*. Den ble betegnet som en revolusjon og representerte noe nytt på en annen måte også. Her blir det minnet på at kunnskapene skal komme syke mennesker til gode og at sykepleierne også skulle ha ansvaret for det psykiske og sosiale miljøet rundt pasienten. Viktige premisser ble lagt for sykepleierens faglige ansvarsområde. (Schiøtz, 2003, s 452)

I 1945-1970 årene skjedde det en sentralisering og offentliggjøring av sykepleierutdanningen. Både lokale og private skoler ble innordnet i et nasjonalt system hvor sentraladministrasjonen utøvet et overordnet ansvar og satte rammer for utdanningen. Statens innflytelse ble styrket via økonomiske virkemidler som for eksempel bevilgninger til lærerlønninger og til undervisning. Sykepleierutdanningen ble innlemmet i den generelle utdanningspolitikken hvor undervisningen ble utformet i tråd med nasjonale retningslinjer. Arbeidet ble gjort i samarbeid med Norsk Sykepleierforbund. (Schiøtz, 2003, s. 453).

5.9 Subjektiv pasientempiri – historisk sett

De subjektive pasienterfaringene har fått lite oppmerksomhet i lærebøkene gjennom historien (Schiøtz, 2017, s. 398). Man kan undres på hvorfor det var slik. Jeg antar at det var på grunn av at de utdannede eller ekspertene hadde makt i forhold til sin ekspertise og at pasientens perspektiv var mindre viktig.

Schiøtz (2017) skriver om Roy Porters publiserte artikkel «The patients view. Doing medical history from below» i 1985. Han mente at man trengte en motvekt til vitenskapelige gjennombrudd, heroiske pionerer og legeprofesjonen, han oppfordret til en pasientorientert empiri. I Norge har det vært relativt lite historisk arbeid hvor pasientene har vært i fokus, det har for det meste vært innen ulike sykdommer som tuberkulose, lepra og psykiske lidelser. (Schiøtz, 2017, s.398). Gjennom historien har pasientens empiri for det meste blitt oppfanget og dokumentert via pasientenes dagbøker, brev, dikt og selvbiografier. Denne type dokumentasjon ble gjerne skrevet av folk som hadde behov for å fortelle om forskjellige hendelser og om livsempiri, patografi. De var ofte ressurssterke. (Shøitz, 2017, s.399). Den britiske marineministeren og parlamentsmedlem Samuel Pepys (1633-1703) skrev blant annet i sin dagbok om en blærestein i urinveiene som han hadde slitt med i mange år og som ble fjernet etter en dramatisk operasjon hvor kirurgene måtte binde han fast med tau, i tillegg til å holde han fast ved hjelp av fire menn. Dette skjedde i en tid uten anestesi og sterile instrument. (Schøitz, 2017, s.400). Forfatter Amalie Skram (1846-1905) var selv rammet av

psykisk sykdom og romanene hennes speiler tett på hennes egne erfaringer. I bøkene sine har hun blant annet skildret behandlingssystemet med «den altdominerende og altstrukturerende autoritet» og om forskjellig empiri med psykisk sykdom, behandlingsopplegg og tilnærminger. I hennes første roman skriver hun om romanfiguren Else som opplever overlegen som arrogant og autoritær og føler seg krenket, mishandlet og umyndiggjort, ute av stand til å bestemme over eget liv. Romanfiguren mener selv at hun ikke er psykisk syk, men eneste måten å bli «normal» på er å underkaste seg legens og institusjonens orden. (Schiøtz, 2017, s.406).

6.0 Maktforhold - Sykepleier, pasient og student

Styrkeforholdet mellom felter kan være asymmetrisk, det kan det også være i relasjoner mellom forskjellige posisjoner og deres maktforhold (Hjellbrekke og Korsnes, 2009, s.151). Lærerne i utdanningssystemet har en pedagogisk autoritet og har et maktforhold, som er satt i system, mellom lærer og student. (Wilken, 2008, s. 73). Det er lærebøkene som definerer reproduksjon av kunnskap. Doxa vil gjøre at de involverte agentene erkjenner maktforholdet uten at de skjønner at de er undertrykte (jf. kap. 2.3.3). Utdanningsfeltet kan ifølge Wilken (2008, s. 73) sees på som en institusjonalisert pedagogisk handling som er en form for symbolsk makt.

Tabell 3: Maktforhold mellom intensivsykepleier, pasient og student.

Posisjon	Disposisjon	Kapital	Posisjonering
Intensivsykepleier	3-årig utdanning i sykepleie 2-årig utdanning i klinisk sykepleie, intensiv.	Over middels kulturell og økonomisk kapital. Sosial kapital ukjent.	Faget intensivsykepleie. Veileder for intensivsykepleierstudenten. Forsvarlig helsehjelp til pasient og veiledning.
Pasient	Syk Er avhengig av hjelp fra helsepersonell	Kan ha både lav og over middels høy kulturell og økonomisk kapital. Sosial kapital ukjent.	Sårbar. Motta forsvarlig helsehjelp og veiledning fra helsepersonell og studenter.

Student	Studerer intensivsykepleie 3-årig utdanning i sykepleie	Lav kulturell og økonomisk kapital. Sosial kapital ukjent.	Motta veiledning i faget av intensivsykepleier. Skaffe seg ny kunnskap.
---------	--	---	--

Kilde: Kandidatnr. 208. Tabell 3: Viser at det finnes en ujevn maktbalanse mellom sykepleier, pasient og student. Sykepleier er dominerende i kraft av sin stilling og kunnskap både overfor pasient og student. Mens både pasient og student er underordnet intensivsykepleier på grunn av at pasienten er syk og studenten i kraft av å tilegne seg ny kunnskap.

6.1 Sykepleier

Sykepleier er en lovbeskyttet tittel som har offentlig godkjenning. De som har tatt utdanningen kan jobbe som sykepleier i samsvar med innhold i helsepersonelloven. Sykepleier jobber klinisk og administrativt i alle nivåer av helsetjenesten og har i tillegg undervisning som oppgave, til kollegaer, studenter og pasienter. (Store Norske Leksikon, 2024). Sykepleieren har mye makt overfor pasienter i kraft av sin utdanning og kunnskap og pasienten er den svake part bare ved å være syk og ha lite krefter. (Stubberud, 2020). Det finnes mange lovpålagte retningslinjer for sykepleierne, hvordan de skal forholde seg til både pasienter og pårørende, dette er nedfelt i yrkesetiske retningslinjene som jeg har nevnt tidligere (jf.kap. 1.6).

Molven (2009) skriver at i helsepersonelloven er det nedfelt en del plikter for helsepersonell som ikke er direkte lovpålagte rettigheter. Et eksempel på dette er kravet om at helsepersonell og virksomheter skal kunne opptre forsvarlig. Forsvarlighetskravet finnes både i helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesteloven og ansees for å være en av bærebjelkene i helseretten. Kravet om forsvarlighet rettes mot enkelthandlinger som for eksempel sykepleierens måte å sette en sprøyte på eller tilnærming til pasienten, mot hjelpen som gis av en person eller virksomhet over lengre tid som fastlege, sykehuspost, ambulanse eller sykehjem. (Molven, 2009, s.209). Det finnes en minstestandard for forsvarlighet, dersom denne er fraveket er det handlet uforsvarlig. Eksempel på uforsvarlighet er å gi feil medisiner til pasienten, mangelfull rutine på for eksempel bruk av utstyr (Molven, 2009, s. 209).

I relasjonen mellom sykepleier og student er det også et asymmetrisk forhold, hvor sykepleieren har makt i forhold til hvordan sykepleieren bruker sin habitus og disposisjoner i

sin utøvelse av sykepleiepraktikk overfor sykepleierstudenten.

6.2 Pasient

Eriksson (2005) beskriver ordet pasient som opprinnelig betyr den lidende. En som tålmodig aksepterer og holder ut lidelsen som følge av sykdom. Eriksson legger seg dermed tett på den etymologiske betydningen av ordet pasient, som kommer fra det latinske ordet *patiens* som betyr lidelse. Ordet pasient ble først ikke henvist til sykdom. Pasienten var et menneske som led, måtte utholde noe og finne seg i noe. Pasientbegrepet fikk senere en medisinsk betydning og ble tilkopleet en diagnose, dette gjorde at man glemte mennesket som lider. Det som er igjen av det opprinnelige pasientbegrepet, viser til ordet *passio*, som betyr en som venter tålmodig (Eriksson, 2005, s.23-25).

I følge store medisinske leksikon (2023) er pasient en person som er syk og som er under behandling i helsetjenesten. Her står det at pasienten har både rettigheter og plikter.

Rettighetene består i at pasienten kan forvente en helsetjeneste som legger til rette for at pasienten skal bli frisk eller at han skal få lindret symptomer. Det finnes egen pasientrettighetslov som sier noe om pasientens rettigheter (jf. kap. 1.6). Pliktene sier noe om hva som forventes av pasienten, at pasienten for eksempel bør følge opp råd og anvisninger som blir gitt i den mening at pasienten skal bli frisk. (Sml, 2023). Begrepet pasient er i mange sammenhenger erstattet med begrepene «klient» og «kunde». Fra det gamle Roma er klient en som er beskyttet av en annen, ofte mektigere person. Kunde beskrives som en som regelmessig besøker en bestemt butikk. Både klient og kunde betyr noe annet enn pasient, spesielt i forhold til lidelse. (Eriksson, 1995). Maktforholdet mellom pasient og intensivsykepleier er asymmetrisk på grunn av at pasienten som er akutt og/eller kritisk syk mangler krefter til å kunne ivareta sin autonomi og integritet. (Stubberud, 2020).

6.3 Studenten

Store norske leksikon (2023) beskriver en student som lærer noe eller skaffer seg kunnskap via en utdanningsinstitusjon som for eksempel et universitet eller en høyskole. Studenten skal tilegne seg kunnskap og hen er prisgitt de kvalifikasjoner som gis ved utdanningsstedet. Det er ikke selvsagt at alle utdanningsinstitusjoner har samme utdanningsforløp selv om utdanningen er den samme, for eksempel innen sykepleierstudiet eller videreutdanning. Norsk studentorganisasjon (NSO, 2023) skriver at studentene vet best selv hva som gir dem best læring og at høyere utdanning skal være kvalitetssikret med høy standard i tillegg til å være internasjonalt orientert, forskningsbasert og samfunnsrelevant. Det skal også være

muligheter for å kunne påvirke egen utdanning.

En student er underordnet en sykepleier/intensivsykepleier som er veileder i praksis, dvs at hen er avhengig av sykepleierens doxa, disposisjon og posisjonering i intensivavdelingen.

7.0 Alvorlige hendelser – statistikk – Statens Helsetilsyn

Hvert år rapporteres det om alvorlige hendelser til Statens Helsetilsyn. Trenden er stigende for hvert år fra 2010 og til 2023. Alvorlig hendelse defineres som betydelig skade på pasient, herav et uventet utfall i forhold til kalkulert risiko eller dødsfall. Varslene er utført av spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester, pasienter, brukere, og fra 1.juli 2019 kunne pårørende også sende inn varsler. Alle virksomheter innen helse og omsorg har plikt til å varsle alvorlige hendelser til Statens Helsetilsyn. (Helsetilsynet, 2024). Jeg har valgt å ta med alle alvorlige hendelser i figuren nedenfor da det blir for omfattende, i denne studien, å spesifisere kun innen intensivsykepleie. Det er faktisk en nedgang i det som omfatter intensivbehandling/overvåkning, men på en intensivavdeling bruker man både medisinsk utstyr, gir legemidler og livreddende behandling som også er egne kategorier i statistikken. Det er også en kategori som heter annet, denne er ikke definert i statistikken, men er økende. Jeg vil anta at herunder kommer saker som kan ha med makt og maktutøvelse å gjøre.

Tabell 4: Oversikt over antall varsler om alvorlige hendelser.

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Varsler	72	140	246	399	414	501	587

År	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Varsler	638	639	867	1050	1115	1927	2256

Kilde: Kandidatnr. 208. Tabell 4 viser økende varslinger til Helsetilsynet i perioden 2010 til 2023.

8.0 Avsluttende kommentarer

I denne studien begynte jeg med en undring over at makt og maktutøvelse finnes i pleierelasjoner. Det har også studier vist, men det er få forskere som bruker ordet makt og maktutøvelse i sine studier. Sosiolog Greta Marie Skau (2016, s.32) skriver at maktbegrepet har en negativ ladning som gjør at mange ikke vil erkjenne at de selv kan besitte makt. Makt er tilstede i alle relasjoner mellom for eksempel sykepleier og pasient. Dette blir ofte tilslørt, maktaspektet blir usynlig, men Skau skriver også at makt kan være av det gode. Makt kan være nødvendig for å hjelpe. Det er bare avgjørende på hvilken måte makten kommer til uttrykk og hvordan virkningen blir for partene. Hun mener også at det er viktig at profesjonelle hjelpere erkjenner maktaspektet i yrket sitt (Skau, 2016).

Symbolsk makt er ikke fysisk makt, det er en myk form for makt som er usynlig. Det betyr at de som utøver makten og de som mottar den, ikke erkjenner at den eksisterer. (Wiken, 2008, s. 68-69). Symbolsk makt er relatert til både doxa og habitus. Doxa får mennesker til å godta den sosiale orden, uten at de skjønner at de er undertrykte eller at det finnes andre alternativer (Harrits, 2008, s.69).

Lærebøkene i intensivsykepleie viser en reproduksjon om mitt undersøkende tema makt og maktutøvelse i pleierelasjon, det vil si at de opprettholder og er doxabærere av temaet makt og maktutøvelse i en pleierelasjon og på den måten blir doxa opprettholdt. Lærebøkene i intensivsykepleie posisjonerer seg i liten grad om makt og maktutøvelse i en pleierelasjon, det viser registranten som er utført i denne masteroppgaven. Som intensivsykepleier og tidligere student har jeg savnet en bevisstgjøring av makt og maktutøvelse i pleierelasjonen, og det mener jeg bare kan gjøres ved å reflektere over dette temaet.

Intensivsykepleierne Annelie Johansson og Kjersti Eide (2018) ved Drammen sykehus skriver i en artikkel i bladet Sykepleien at «Refleksjon må inn i veiledningen av studenter i intensivsykepleie». De mener at det må tilrettelegges for at studentene kan arbeide selvstendig og at det er viktig med refleksjon for å kunne utvikle sin yrkesidentitet. De skriver også at refleksjonen gjelder intensivsykepleierne som er veiledere for masterstudenter i intensivsykepleie. (Johansson og Eide, 2018).

Selv om lærebøkene posisjonerer seg i liten grad om temaet makt og maktutøvelse, tror jeg ikke at det er grunnen til at det skjer makt og maktutøvelse mellom sykepleier og pasient, men jeg tror at det kan være et potensiale i at det kommer mer refleksjon over dette temaet i studiene. Det kan være mange grunner til at makt og maktutøvelse skjer i en pleierelasjon, det kan for eksempel være travelhet i avdelingene eller holdninger. Marie Aakre (2011) er

tidligere leder for Faglig Etisk Råd i Norsk Sykepleierforbund, hun skriver i en artikkel at verdighet må på dagsordenen fordi det skjer for mange krenkelser i helse- og omsorgstjenesten. Hun stiller spørsmålstejn ved for travle hverdager og at vi ikke får brukt de verktøyene vi har for å sikre god kvalitet og etisk standard i helsetjenesten. Hun stiller også spørsmålstejn ved hvorfor vi ikke reagerer oftere, varsler tydeligere og er mer spørrende, nettopp for å sikre kvalitet i tjenesten.

Referanseliste

Alasad, J. A., Tabar, N.A. & Ahmad, M.M. (2015). Patients' experience of being in intensive care units. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.03.021>

Aspen, B. (2006). Bourdieus brudd [Hovedfagsoppgave, Universitet I Oslo]. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/15624/Bourdieu.pdf?sequence=1>

Bastøe, L.-K. H. (2010). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I Mekki T. E. (red.), *Sykepleieboken 1, Grunnleggende sykepleie* (s.41). Oslo: Akribe AS.

Berntzen, H., Bjørk, I.T., Storsveen, A-M. & Wøien, H. (2020). «Please mind the gap»: A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care. *J Clin Nurs.* 2020;29:2441-2454.

Boge, J.H. (2021). Praxeologi – et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker. *Ei praxeologisk tilnærming til konstruksjoner av samfunnsvitenskapeleg viten*. DOI: <http://dx.doi.org/10.15845/praxeologi.v310.3161>

Bourdieu, P. (1998). Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori. *De tre former for teoretisk viden*. København: Akademisk Forlag AS.

Bourdieu, P. (2008). De tre former for teoretisk viden. I S. Callewaert, et.al., & P. Bourdieu (Red.), *Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*: Frydenlund.

Bourdieu, P. (1996). *Symbolisk makt*. Oslo: Pax Forlag.

Bourdieu, P. & Wacquant, L. J. D. (2009). *Refleksiv sociologi*. København: Hans Reitzels forlag.

Brandser, E.Y., Boge, J. & Petersen, K.A. (2014). Søknad avslått, rett i søpla? *Sykepleien*, 2014, s.66-69. DOI:10.4220/sykepleiens.2014.0093.

Callewaert, S. (1992). Kultur, pædagogik og videnskab - habitus-begrebet og praktikteorien hos Pierre Bourdieu. København: Akademisk forlag.

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

Eriksson, K. (2005). Det lidende menneske. Oslo: Pensumtjeneste AS.

Esmark, K. (2006). Bourdieus uddannelsessociologi. I Prieur, A. & Sestoft, C. *Pierre Bourdieu, en introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.

Fontaine, D. K. & Bizek, K. S. (2018). The patient's experience with critical illness. I Morton, P. G. & Fontaine, D. K. (red.). *Critical care nursing, a holistic approach*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Gulbrandsen, T. & Stubberud, D.-G. (2005). Pasientens psykososiale behov. I Gulbrandsen, T. & Stubberud, D.-G. (red.). *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe AS.

Gundersen, E. M. & Skoglund, I. (2018). Fra opplæring til mastergrad. I Veum, G. K. & Gundersen, E. M. & Kolden, N. & Skoglund, I. *40 år og ennå ungt! Intensivsykepleiens historie - et fag i stadig utvikling!* NSFLIS Landsstyre: AIT Bjerch AS.

Harrits, G. S. (2017). Pierre Bourdieu. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Hauge, E. (2003). Pasienters erfaring og tilfredshet med sykepleien på en intensiv/overvåkningspost. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/pasienters-erfaring-og-tilfredshetmed-sykepleien-pa-en-intensivovervakingspost>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell av 4.juli 1999 nr.64. Hentet 11.mars 2024 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helsetilsynet. (2024). Statistikk fra avdeling for varsler og operativt tilsyn – varsler om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Hentet 28. April fra: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/varsel_enhet/statistikk_varselord

ning.pdf

Holm, S. G., Hartviksen, T. A., Sjølie, B. M. & Solbakken, R. (2015). Hud og vev. I Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Johansen, L. B. (2020). Makten til å se, og til å overse. Hentet fra: <https://sykepleien.no/meninger/2020/03/makten-til-hjelpe-og-til-overse>

Johansson, A. & Eide, K. (2018). Refleksjon må inn i veiledningen av studenter i intensivsykepleie. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/03/refleksjon-ma-inn-i-veiledningen-av-studenter-i-intensivsykepleie>

Juritzen, T. I. (2013). Omsorgsmakt – Foucaultinspirerte studier av maktens hvordan i sykehjem. [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. Hentet fra 28. April: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/34724/dravhandling-juritzen.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Järvinen, M. (2013). Pierre Bourdieu. I. H. Andersen & L.B. Kaspersen (Red.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (5 utg., s. 365-385). København: Hans Reitzel.

Kasén, A., Nordman, T., Lindholm, T. & Eriksson, K. (2008). Då patienten lider av vården- vårdares gestaltning av patientens vårdlidande. *Vård i Norden*. Publ. No. 88 Vol. 28 No. 2 PP 4-8.

Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. I O. Hammerslev, J. A. Hansen & I. Willig (Red.), *Refleksiv sosiologi i praksis - empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu*. København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, K. (2009). Observationer i et felt, Nogle muligheder og udfordringer. I Hammerslev, O. & Hansen, J. A. & Wiig, I. *Refleksiv sosiologi i praksis, empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu*. København: Hans Reitzels Forlag.

Martinsen, K. (2003). Fra Marx til Løgstrup. *Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Otta:

Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003). Omsorg, sykepleie og medisin. *Historisk-filosofiske essays*. Otta AS: Universitetsforlaget.

Molven, O. (2009). Helse og jus, en innføring for helsepersonell. (6.utg.). Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Morton, P. G. & Fontaine, D. K. (red.). (2018). *Critical care nursing, a holistic approach*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Nightingale, F. (1984). *Håndbok i sykepleie, hva det er og hva det ikke er*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Nissen, R. (2000). *Lærebog i sygepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk Sykepleierforbund. (2024). Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Hentet 10.mars fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

Norsk sykepleierforbund. (2024). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Hentet 28.april fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-09/funksjons-og-ansvarsbeskrivelse.pdf>

Pasientrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2.juli 1999 Nr 63. Hentet 11.mars 2024 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Prieur, A. (2005). Objektivisering og refleksivitet – om Pierre Bourdieus perspektiv på design og interview. I M. H. Jacobsen, S. Kristiansen, & A. Prieur (Red.), *Liv, fortølling, tekst- Strejftog i kvalitativ sociologi* (s. 109-132). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

Petersen, K. A. (1989). Den praktiske sans – Sygepleiens skjulte prinsipper. *I Faglig Profil Serie 4* (12 utg.). Skjern: Dansk Institut for Sundhets- og Sygepleieforskning.

Petersen, K. A. (1996). Hvorfor Bourdieu? I: KA Petersen (red.). *Fokus på Sygeplejen*.

København: Munksgaard.

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

Regjeringen. (2023). Rammepplan for høyere utdanning. *Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning*. (FOR-2021-10-26-3094). Hentet fra: [Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning - Lovdata](#)

Store medisinske leksikon (2023). Sykepleier. Hentet 3. august fra:
<https://sml.snl.no/sykepleier>

Stubberud, D.-G. (2005). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I Gulbrandsen, T. & Stubberud, D.-G. (red.). *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe AS.

Stubberud, D.-G. (2010). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I Gulbrandsen, T. & Stubberud, D.-G. (red.). *Intensivsykepleie*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Stubberud, D.-G. (2016). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I Gulbrandsen, T. & Stubberud, D. -G. (Red). *Intensivsykepleie*. (3.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Stubberud, D.-G. (2020). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I Gulbrandsen, T. & Stubberud. (red.). *Intensivsykepleie*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Stubberud, D.-G. (2010). Pasientens psykososiale behov. I Gulbrandsen, T. & Stubberud, D.-G. (red). *Intensivsykepleie*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Stubberud, D.-G. (2016). Pasientens psykososiale behov. I Gulbrandsen, T. & Stubberud, D.-G. (Red). *Intensivsykepleie*. (3.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Stubberud, D.-G. (2020). Pasientens psykososiale behov. I Gulbrandsen, T. & Stubberud, D.-G. (red). *Intensivsykepleie*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Tuft, H. (1992). Den siste ydmykelsen. Oslo: Aschehoug & Co. (W. Nygaard).

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

Wilken, L. (2020). Pierre Bourdieu: *Den praktiske sans*. Hentet fra:

<https://doi.org/10.7146/TFP.V16I30.119299>

Aakre, M. (2011). Ja til verdighet. Hentet frå: <https://sykepleien.no/etikk/2011/02/ja-til-verdighet>

VEDLEGG 1



Region:	Saksbehandler:	E-post:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Ingvild Haaland	rek-vest@uib.no	29.11.2023	698191

Jorunn Karoline Brunvær

Fremleggingsvurdering: Hvordan posisjonerer pensumlitteraturen i intensivutdanningen seg i forhold til makt og maktutøvelse i pleierelasjonen?

Søknadsnummer: 698191 **Forskningsansvarlig institusjon:** Høgskulen på Vestlandet

Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

Dette er en masterstudie som overordnet omhandler møtet mellom sykepleier og pasient. Med utgangspunkt i egen erfaring fra kliniske studier og annen sykepleiepraksis samt statistikk fra Helsetilsynet, er visse former for lidelser eller krenkelser som følge av maktutøvelse i møte mellom sykepleier og pasient et aktuelt og viktig tema som jeg interesserer meg for og som jeg ønsker å undersøke nærmere. Studien vil rette fokus mot utdanningen og gjøre en teoretisk-empirisk studie hvor jeg vil undersøke hvordan pensumlitteraturen i intensivsykepleie, den lærerstyrte undervisningen, eksamensoppgaver, arbeidskrav og hvordan andre relevante kilder vektlegger og formidler makt og maktutøvelse. For eksempel yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og forskning på området makt og maktutøvelse (pleielidelse). Det finnes forskning. Forskingen vil kunne føre til mer kunnskap for studenter og sykepleiere i hvor viktig det kan være å være bevisst på denne relasjonen mellom sykepleier og pasient.

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 27.11.2023. Henvendelsen ble behandlet av sekretariatet for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) på fullmakt.

REKs vurdering

Generelt om fremleggingsplikten for REK:

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger, jf. hfl § 2. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf. hfl § 4.

Formålet med prosjektet er å gjøre en litteraturstudie der man undersøker hvordan pensumlitteraturen i intensivsykepleie, den lærerstyrte undervisningen, eksamensoppgaver, arbeidskrav og andre relevante kilder vektlegger og formidler makt og maktutøvelse i møte mellom sykepleier og pasient.

Slik REK vest forstår det, er dette en ren litteraturstudie, og det skal ikke inkluderes pasienter eller helseopplysninger i studien. REK vest vurderer derfor at prosjektet ikke er søknadspliktig for REK.

REK vest gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11.

Konklusjon

Prosjektet er ikke søknadspliktig for REK.

Med vennlig hilsen

Ingvild Haaland seniorrådgiver,
REK vest

Kopi til:
Høgskulen på Vestlandet

VEDLEGG 2

Pensumliste: INT504 Kiniske studier 1

Kjernelitteratur

Fontaine, D. K. ., & Morton, P. Gonce. (2018). *Critical care nursing : a holistic approach* (11th ed.). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Gro Røkholt, Liv-Signe Davidsen, Heidi Ness Johnsen, & Yvonne Hilli. (2017). Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. *Nordisk sygeplejeforskning*, 3, 195–208. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-03-03>

Jarvis, C., & Eckhardt, A. (2020). *Physical examination & health assessment* (8th ed.). Elsevier.

Fredriksen, S.-T. D., & Halvorsen, K. (2017). *Fenomener i intensivsykepleie*. Cappelen Damm akademisk.

Gulbrandsen, T., Stubberud, D.-G., & Toverud, K. C. (2020). *Intensivsykepleie* (4. utgave). Cappelen Damm akademisk.

Gardner, S., Carter, B., Enzman-Hines, M., & Niermeyer, S. (2021). *Merenstein & Gardner's Handbook of Neonatal Intensive Care : An Interprofessional Approach* (9. utg.). Elsevier Health Sciences.

Steinnes, S., & Tandberg, B. S. (2009a). *Nyfødtsykepleie syke nyfødte og premature barn 1 Nyfødtsykepleie 1* (Bd. 1). Cappelen akademisk.

Steinnes, S., & Tandberg, B. S. (2009b). *Nyfødtsykepleie syke nyfødte og premature barn 2 Nyfødtsykepleie 2* (Bd. 2). Cappelen akademisk.

Thim, T., Krarup, N. H. V., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Lofgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the airway, breathing, circulation, disability, exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*, 5, 117-.

Kvande, M., Delmar, C., Lykkeslet, E., & Storli, S. L. (2017). Assessing changes in a patient's condition – perspectives of intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 99–104. <https://doi.org/10.1111/nicc.12258>

Kvande, M., Delmar, C., Lykkeslet, E., & Storli, S. L. (2015). Foresight and awareness of incipient changes in a patient's clinical conditions – Perspectives of intensive care nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(5), 261–268. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.06.002>

Gjengedal, E., Storli, S. L., Holme, A. N., & Eskerud, R. S. (2010). An act of caring – patient diaries in Norwegian intensive care units. *Nursing in Critical Care*, 15(4), 176–184. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00402.x>

Lucchini, A., Bambi, S., Mattiussi, E., Elli, S., Villa, L., Bondi, H., Rona, R., Fumagalli, R.,

& Foti, G. (2020). Prone Position in Acute Respiratory Distress Syndrome Patients: A Retrospective Analysis of Complications. *Dimensions of critical care nursing*, 39(1), 39–46. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000393>

Stokland, O., & Bendz, B. (2015). *Kardiovaskulær intensivmedisin* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Hazinski, M. Fran. (2013). *Nursing care of the critically ill child* (3rd ed.). Elsevier Mosby.

Ressurslitteratur

Albreiki, M., & Voegeli, D. (2018). Permissive hypotensive resuscitation in adult patients with traumatic haemorrhagic shock: a systematic review. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 44(2), 191–202. <https://doi.org/10.1007/s00068-017-0862-y>

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gelinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., Boogaard, M. H. W. A. van den, Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., uot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical care medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003299>

Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (3. utg.). Universitetsforl.

Donaldson, L. J., Kelley, E. T., Dhingra-Kumar, N., Kieny, M.-P., & Sheikh, A. (2017). Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. *The Lancet*, 389(10080), 1680–1681. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31047-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31047-4)

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg.). Akribe.

Strømme, H. (2017a). Kilder til forskningsbasert kunnskap. *Sykepleien forskning*. <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/kilder-til-forskningsbasert-kunnskap>

Strømme, H. (2017b). Litteratursøking i kunnskapsbasert praksis og forskning. *Sykepleien forskning*. <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/litteratursoking-i-kunnskapsbasert-praksis-og-forskning>

VEDLEGG 3

Pensumliste: INT506 Kliniske studier 3

Kjernelitteratur

Fontaine, D. K. ., & Morton, P. Gonce. (2018). *Critical care nursing: A holistic approach* (11. utg). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Hazinski, M. Fran. (2013). *Nursing care of the critically ill child* (3. utg.). Elsevier Mosby.

Stokland, O., & Bendz, B. (2015). *Kardiovaskulær intensivmedisin* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (3. utg.). Universitetsforl.

Fagprosedyrer på Helsebiblioteket.no. (u.å.). <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer>

Devlin, W., Skrobik, M., Gélinas, C., Needham, P., Slooter, L., Pandharipande, L., Watson, E., Weinhouse, C., Nunnally, J., Rochweg, E., Balas, L., Van Den Boogaard, E., Bosma, M., Brummel, E., Chanques, P., Denehy, A., Drouot, J., Fraser, A., Harris, T., ... Alhazzani, D. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>

Folkehelseinstituttet. (u.å.-a). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler.* <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Folkehelseinstituttet. (u.å.-b). *Slik oppsummerer vi forskning: Håndbok for Folkehelseinstituttet.* <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/slik-oppsummerer-vi-forskning-2018v2-endret-2021.pdf>

Helsedirektoratet. (u.å.). *Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase.* <https://helsedirektoratet.no/palliasjon/nasjonale-faglige-rad-for-lindrende-behandling-i-livets-slutfase>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg.). Lippincott Williams & Wilkins.

Gulbrandsen, T., Stubberud, D.-G., & Toverud, K. C. (2020). *Intensivsykepleie* (4. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Ressurslitteratur

- Ballangrud, R., & Husebø, S. E. (2021). *Teamarbeid i helsetjenesten: Fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv*. Universitetsforlaget.
- Fredriksen, S.-T. D., & Halvorsen, K. (2017). *Fenomener i intensivsykepleie*. Cappelen Damm akademisk.
- Langhorn, L., Schmidt, B., & Dreyer, P. (2016). *Sygepleje på intensiv*. Munksgaard.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing outlook*, 49(2), 86–92. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Dahlberg, K., Todres, L., & Galvin, K. (2008). Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: An existential view of well-being. *Medicine, health care, and philosophy*, 12(3), 265–271. <https://doi.org/10.1007/s11019-008-9174-7>
- Kitson, A. L., Muntlin Athlin, Å., & Conroy, T. (2014). Anything but Basic: Nursing's Challenge in Meeting Patients' Fundamental Care Needs. *Journal of nursing scholarship*, 46(5), 331–339. <https://doi.org/10.1111/jnu.12081>
- Kitson, A., Carr, D., Conroy, T., Feo, R., GrønkJær, M., Huisman-de Waal, G., Jackson, D., Jeffs, L., Merkley, J., Muntlin Athlin, Å., Parr, J., Richards, D. A., Sørensen, E. E., & Wengström, Y. (2019). Speaking Up for Fundamental Care: the ILC Aalborg Statement. *BMJ open*, 9(12), e033077–e033077. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033077>

VEDLEGG 4

Pensumliste: INT503 Sentrale funksjoner i intensivsykepleie

Kjernelitteratur

Gjengedal, E., Storli, S. L., Holme, A. N., & Eskerud, R. S. (2010). An act of caring – patient diaries in Norwegian intensive care units. *Nursing in Critical Care*, 15(4), 176–184. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00402.x>

Howard, Pat. (2009). Basics in clinical nutrition: Administration of enteral tube feeds. *e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*, 4(4), e170–e171. <https://doi.org/10.1016/j.eclnm.2009.05.004>

Bodoky, G., & Kent-Smith, L. (2009). Basics in clinical nutrition: Complications of enteral nutrition. *e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*, 4(5), e209–e211. <https://doi.org/10.1016/j.eclnm.2009.05.003>

Sobotka, L. (2010). Basics in Clinical Nutrition: Nutritional support in different clinical situations. *e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*, 5(3), e153–e154. <https://doi.org/10.1016/j.eclnm.2009.06.015>

Sobotka, L., Soeters, P. B., Raguso, C. A., Jolliet, P., & Pichard, C. (2010). Basics in Clinical Nutrition: Nutritional support in critically ill and septic patients. *e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*, 5(2), e97–e99. <https://doi.org/10.1016/j.eclnm.2009.06.008>

Genton, L., Romand, J. A., & Pichard, C. (2010). Basics in Clinical Nutrition: Nutritional support in trauma. *e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*, 5(2), e107–e109. <https://doi.org/10.1016/j.eclnm.2009.06.013>

Hyzy, R. C., & Finlay, G. (2017a). *Complications of the endotracheal tube following initial placement: Prevention and management in adult intensive care unit patients - UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/complications-of-the-endotracheal-tube-following-initial-placement-prevention-and-management-in-adult-intensive-care-unit-patients>

Fontaine, D. K. ., & Morton, P. Gonce. (2018). *Critical care nursing : a holistic approach* (11th ed.). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

FOR-2000-12-01-1217. (u.å.). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217>

Gulbrandsen, T., Toverud, K. C., & Stubberud, D.-G. (2020). *Intensivsykepleie* (4. utgave; 4. utgave). Cappelen Damm akademisk.

Gulbrandsen, Tove., & Stubberud, D.-G. (2015). *Intensivsykepleie* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Stokland, O., & Bendz, B. (2015). *Kardiovaskulær intensivmedisin* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.

- Holme, A. N., Gjengedal, E., Storli, S. L., Eskerud, R. S., & Synnevåg, H. (2011). *Nasjonale anbefalinger for bruk av dagbok til pasienter ved norske intensivavdelinger*. Norsk sykepleierforbund.
<https://www.nsf.no/Content/795419/Nasjonale%20anbefalinger%20for%20bruk%20av%20dagbok.pdf>.
- Hazinski, M. Fran. (2013). *Nursing care of the critically ill child* (3rd ed.). Elsevier Mosby.
- Steinnes, S., & Tandberg, B. S. (2009a). *Nyfødtsykepleie syke nyfødte og premature barn: Bd. Bind 1*. Cappelen akademisk.
- Steinnes, S., & Tandberg, B. S. (2009b). *Nyfødtsykepleie syke nyfødte og premature barn: Bd. Bind 2*. Cappelen akademisk.
- Jarvis, C., & Eckhardt, A. (2020). *Physical examination & health assessment* (8th ed.; 8th ed.). Elsevier.
- Jarvis, Carolyn. (2016). *Physical examination & health assessment* (7th ed.). Elsevier/Saunders.
- Breivik, M., Johnsgaard, T., & Reime, M. H. (2016). Simulering er ikke til å spøke med: Helsefagstudenters erfaringer fra tverrprofesjonell teamtrening med bruk av simuleringsmetodikk. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 12(2).
<https://doi.org/10.7557/14.4054>
- Rüdiger Kramme, Klaus-Peter Hoffmann, Robert Pozos, Kramme, R. (Editor), Hoffmann, K.-P. (Editor), & Pozos, R. S. (Editor). (2011). *Springer Handbook of Medical Technology*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-540-74658-4>
- Moi, A. L., Storli, S. L., Gjengedal, E., Holme, A. N., Lind, R., Eskerud, R., Fenstad, A. M., Kvåle, R., & Halvorsen, K. (2018). The provision of nurse-led follow-up at Norwegian intensive care units. *Journal of clinical nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.14379>
- Dåvøy, G. A. M., Eide, P. H., & Hansen, I. (2018). *Operasjonssykepleie* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- FOR-2016-12-16-1659. (u.å.). *Forskrift om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften)*. <https://lovdata.no/forskrift/2016-12-16-1659>
- Statens strålevern. (2018). *Veileder om medisinsk bruk av røntgen- og MR-apparatur*. Statens strålevern. <https://www.dsa.no/publikasjon/veileder-5-veileder-om-medisinsk-bruk-av-roentgen-og-mr-apparatur-underlagt-godkjenning.pdf>
- LOV-2000-05-12-36. (u.å.). *Lov om strålevern og bruk av stråling (strålevernloven)*. <https://lovdata.no/lov/2000-05-12-36>
- Mestring, samhörighet og håp. *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. (2016). Helsedirektoratet.
https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjf2r_3gM3iAhXCk4sKHYUxD9kQFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fwww.helsedirekto

ratet.no%2Fveiledere%2Fpsykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer&usg=AOvVaw1oRkA41s1JBw_I2OTRZQt4

Devlin, W., Skrobik, M., Gélinas, C., Needham, P., Slooter, L., Pandharipande, L., Watson, E., Weinhouse, C., Nunnally, J., Rochweg, E., Balas, L., Van Den Boogaard, E., Bosma, M., Brummel, E., Chanques, P., Denehy, A., Drouot, J., Fraser, A., Harris, T., ... Alhazzani, D. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>

Karlsen, M. M. W., Happ, M. B., Finset, A., Heggdal, K., & Heyn, L. G. (2020). Patient involvement in micro-decisions in intensive care. *Patient education and counseling*, 103(11), 2252–2259. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.020>

Wallander Karlsen, M., Heggdal, K., Finset, A., & Heyn, L. G. (2018). Attention-seeking actions by patients on mechanical ventilation in intensive care units: A phenomenological-hermeneutical study. *Journal of clinical nursing*, 28(1–2), 66–79. <https://doi.org/10.1111/jocn.14633>

Kvande, M., Delmar, C., Lykkeslet, E., & Storli, S. L. (2017). Assessing changes in a patient's condition – perspectives of intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 99–104. <https://doi.org/10.1111/nicc.12258>

Johnsgaard, T. (2015). *Barn og unge som nærstående i en intensivavdeling*. Høgskulen i Bergen. <http://hdl.handle.net/11250/2481882>

Bruni, A., Garofalo, E., Grande, L., Auletta, G., Cubello, D., Greco, M., Lombardo, N., Garieri, P., Papaleo, A., Doldo, P., Spagnuolo, R., & Longhini, F. (2020). Nursing issues in enteral nutrition during prone position in critically ill patients: A systematic review of the literature. *Intensive & critical care nursing*, 60, 102899–102899. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102899>

Lucchini, A., Bambi, S., Mattiussi, E., Elli, S., Villa, L., Bondi, H., Rona, R., Fumagalli, R., & Foti, G. (2020). Prone Position in Acute Respiratory Distress Syndrome Patients: A Retrospective Analysis of Complications. *Dimensions of critical care nursing*, 39(1), 39–46. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000393>

Ressurslitteratur

Johnsgaard, T., Opedal, H., Johnsgaard, T., Reime, M. H., Fahlvik, M., & Opedal, H. (2007). *Sentrale venekatetre [videoopptak]: Bd. nr. 5-2007* [Video]. Høgskolen i Bergen Avdeling for helse- og sosialfag. <http://hdl.handle.net/11250/2481652>

Chiocca, E. M., & Chiocca, E. M. (2015). *Advanced pediatric assessment* / (2nd ed., s. 1 online resource (273 p.)). Springer Publishing Company, LLC,.

Gardner, S. L., Carter, B. S., Hines, M. E., & Hernandez, J. A. (2016). *Merenstein & Gardner's Handbook of Neonatal Intensive Care* (8th ed.). Elsevier.

Reinertsen, H., & Notevarp, J. O. (2010). *Legemiddelregning* (4. utg.). Fagbokforlaget.

Ghelichkhani, P., & Esmaeili, M. (2020). Prone Position in Management of COVID-19 Patients; a Commentary. *Archives of academic emergency medicine*, 8(1), e48-.

Dyregrov, A. (2018). *Katastrofepsykologi* (3. utg.). Fagbokforl.

Hyzy, R. C., & Finlay, G. (2017b). *Complications of the endotracheal tube following initial placement: Prevention and management in adult intensive care unit patients - UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/complications-of-the-endotracheal-tube-following-initial-placement-prevention-and-management-in-adult-intensive-care-unit-patients>

Olsen, B. F. (2017). *Development and evaluation of a systematic pain management algorithm for patients in intensive care units*. Universitetet i Oslo. <http://hdl.handle.net/10852/59040>

Fredriksen, S.-T. D., & Halvorsen, K. (2017). *Fenomener i intensivsykepleie*. Cappelen Damm akademisk.

Kauffman, M. (2014). *History and physical examination : a common sense approach /*. Jones & Bartlett Learning.

Olsen, B. F., Rustøen, T., Sandvik, L., Miaskowski, C., Jacobsen, M. B., & Valeberg, B. T. (2015). *Implementation of a pain management algorithm in intensive care units and evaluation of nurses' level of adherence with the algorithm*. 44(6), 528–533. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.08.001>

Husebø, S. E., Friberg, F., Søreide, E., & Rystedt, H. (2012). Instructional Problems in Briefings: How to Prepare Nursing Students for Simulation-Based Cardiopulmonary Resuscitation Training. *Clinical Simulation in Nursing*, 8(7), e307–e318. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2010.12.002>

Baktoft, B., & Wolder, L. (2016). *Intensivsygepleje*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Løchen, M.-L., & Gerdts, E. (2015). *Kvinnehjerner : en medisinsk fagbok om vanlige hjertesykdommer*. Gyldendal akademisk.

Husebø, S. E., O'Regan, S., & Nestel, D. (2015). Reflective Practice and Its Role in Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(8), 368–375. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2015.04.005>

Stubberud, D.-G. (2016). *Sykepleie til personer med hjertesykdom*. Cappelen Damm akademisk.

Thaler, M. S. (2019). *The only EKG book you'll ever need Malcolm S. Thaler* (Ninth edition). Wolters Kluwer.

VEDLEGG 5

Pensumliste: MKS552-1 19H Å være akutt og/eller kritisk syk

Kjernelitteratur

Loge, J. H. (2014). *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom : symptomer, diagnostikk og behandling*. Cappelen Damm akademisk.

Rannestad, T. (2016). *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. Cappelen Damm akademisk.

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal.

Stubberud, D.-G. (2019). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg.). Gyldendal.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg.). Akribe.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.

Ressurslitteratur

Aakre, M. (2015). *Jakten på dømmekraft : praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Gyldendal akademisk.

Alligood, M. R. (2011). *Sygeplejeteoretikere : bidrag og betydning i moderne sygepleje*. Munksgaard.

Beauchamp, T. L. ., & Childress, J. F. . (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). Oxford University Press.

Fontaine, D. K. ., & Morton, P. Gonce. (2018). *Critical care nursing : a holistic approach* (11th ed.). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke : en innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. S.l. : Springer Publishing Company.

Morse, M. (2001). Toward a Praxis Theory of Suffering. *Advances in Nursing Science*, 24(1), 47–59. <https://doi.org/10.1097/00012272-200109000-00007>

Zacher, H. (2014). *Patient safety : a psychological perspective* /: Bd. Volume 8 (s. 1 online

resource (152 p.)). De Gruyter,.

Folkehelseinstituttet. (u.å.). *Håndhygieneveilederen*. <https://www.fhi.no/nettpub/handhygiene/>

Nortvedt, F. (2014). Når sykepleie redder liv. *Tidsskriftet sykepleien*, 102(12), 44–49.

Strømme, H. (2017a). Kilder til forskningsbasert kunnskap. *Sykepleien forskning*. <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/kilder-til-forskningsbasert-kunnskap>

Strømme, H. (2017b). Litteratursøking i kunnskapsbasert praksis og forskning. *Sykepleien forskning*. <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/litteratursoking-i-kunnskapsbasert-praksis-og-forskning>