

Avgjørelser i klinikken

- en praxeologisk studie om myndighet mellom leger og sykepleiere i en ortopedisk klinikk ved et norsk sykehus, og om forholdet mellom evidensbasert og erfaringsbasert kunnskap som forskrift for medisinske avgjørelser

Bente Skogseide Hauge



Masteroppgave

Masterprogram i helsefag

Studieretning sykepleievitenskap

Institutt for global helse og samfunnsvitenskap

Det Medisinsk-odontologiske fakultetet

Forskergruppen for Praxeologi

Vårsemester 2020

Veiledere: Karin Anna Petersen og Jorunn Drageset

Forord

Som mange før meg kan jeg nå, med en ferdig skrevet masteroppgave foran meg, istemte at det har vært en lang og krevende prosess. Uttrykket «tiden er den mest dyrebare ressursen» har gitt en ny mening. Kvelder, netter, helger og helligdager er brukt til skriveprosessen på bekostning av familietid. Samtidig har masterutdanningen bydd på nye perspektiver, kunnskaper, bekjenskaper og en mestringsfølelse jeg nå aldri ville vært foruten.

Mye av årsaken til at masterprosjektet tok langt tid, var tiden det tok å «lande» på studien. Flere ideer rundt temaet ble påbegynt og forkastet, alt en del av prosessen. Men det var ikke før jeg ble veiledet av professor i sykepleievitenskap Karin Anna Petersen fra forskningsgruppen praxeologi, at jeg fikk formulert og satt ord på det jeg ville undersøke. Denne studiens tema som har opptatt meg lenge, som sykepleier i natterstilling på en ortopedisk sengepost. Jeg vil derfor rette en stor takk til veileder Karin Anna Petersen, for all din tålmodighet, veiledning, tilstedeværelse, støtte, vennlighet og klokhet. Jeg vil også rette en stor takk til veileder professor i sykepleievitenskap Jorunn Drageset. Ditt skarpe øye, veiledning, oppmuntring og støtte har betydd mye i skriveprosessen.

Jeg vil også takke min kjære mann, Elling, for hans støtte, tilbakemeldinger og hans tålmodighet. Dette hadde ikke gått uten deg. Jeg vil takke min mor for all hennes hjelp vi har fått hjemme. Du har reddet oss mange ganger. Takk til Elling og Torgeir for korrekturlesing. Jeg vil også rette en stor takk til øvrig familie, venner, medstudenter og tidligere og nåværende kollegaer. For all deres nysgjerrighet, heiarop og interesse rundt prosjektet. Jeg vil også rette en stor takk til medlemmer i forskningsgruppen praxeologi, for alle deres lærerike tilbakemeldinger, konstruktive tips og deres støtte.

Jeg vil også takke de som stilte opp til intervjuer og som var villige til å snakke med meg slik at denne masteroppgaven kunne ta form.

Sigurd og Magnus, jeg dedikerer dette arbeidet til dere.

Bergen, juni 2020.

Sammendrag

Studien har til hensikt å beskrive, forstå og forklare hva som ligger bak avgjørelser som blir tatt i det medisinske feltet som gjelder pasientbehandling. Temaet er avgrenset til anestesimetode og postoperativ smertelindring for pasienter som har operert i et håndledd. Underspørsmål i studien søker å finne bakgrunnen for påstanden at det finnes ulike myndighet mellom leger og sykepleiere, og om dette har noen påvirkningskraft når avgjørelser rundt pasientbehandling tas. Masteroppgaven utforsker også forholdet mellom evidensbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap, begge kunnskapsformer integrert i det medisinske arbeid.

Den praxeologiske optikk har vært både teori og metode i både innhenting av mine data samt i analysen av materialet. Studiens empiri er innhentet gjennom historisering av subfeltet ortopedi og intervjuer av ansatte ved et universitetssykehus som har pasientkontakt med de aktuelle pasientene. Historie og intervjudata er analysert ved hjelp av Bourdieus felt- og praktikkteori. Posisjoner (stillingsinnehaver) som handler i subfeltet ortopedi og som posisjonerer seg (meninger i ord og handling) på bakgrunn av deres disposisjoner (økonomisk, kulturell og sosial kapital) er analysert og konstruert fram.

Studiens funn viser til at i det medisinske feltet anses den evidensbaserte kunnskapen som å være den mest sanne, og selv om det hevdes at avgjørelser bygger på dette, kan erfaringsbasert kunnskap være med og påvirke avgjørelser som tas i klinikken. Samtidig styres slike avgjørelser av den juridiske makten som i samfunnet (det sosiale rommet) gir den svakeste part, som her er pasienten med smerter, talerett. Gjennom å klage kan pasienten påvirke leger i dominant posisjon i feltet til å endre rutine og metode.

Den herskende doxa om saken er at medisinsk praksis utøves på statens (maktfeltet) vegne gjennom evidensbasert kunnskap av profesjoner som gjennom utdanning har fått monopol på det. Samtidig viser det seg i realiteten at også erfaringsbasert kunnskap er i spill. Studien konkluderer at autonomien og egenlogikken i feltet er delvis, for den juridiske myndigheten virker inn på beslutningsstrategien for ny anesthesi- og postoperativ smertebehandlingspraksis.

Nøkkelord: *Bourdieu, felt, habitus, homolog, symbolsk vold, anestesimetode, postoperativ smertelindring, håndleddsoperert.*

Abstract

This study aims to describe, understand and explain what lies behind decision making in the medical field regarding patient care. The topic is limited to anesthetic method and postoperative pain relief for patients who have operated on a wrist. The study's subquestions seek to find the basis for the claim that there is different authority between doctors and nurses, and whether this has any influence when it comes to making decisions about patient care. The thesis also explores the relationship between evidence-based knowledge and experience-based knowledge, both forms of knowledge integrated in medical work.

The praxeological optics have been both theory and method in both the collection of my data and in the analysis of the material. The study's empirics have been obtained through the historisation of the subfield orthopedics and interviews of staff at a university hospital that has patient contact with the patients concerned. History and interview data have been analyzed and, using Bourdieu's field and practice theories, position (position holders) positions (opinions in words and actions) based on their dispositions (economic, cultural and social capital) acting in the orthopedic subfield are analyzed and constructed.

The study's findings indicate that in the medical field, evidence-based knowledge is considered to be the most true, and although it is argued that decisions are based on this, experience-based knowledge can be involved in and influence decisions made in the clinic. At the same time, such decisions are governed by the legal power that gives the weakest party, which here is the patient with pain, the right to speak in society (the social space). By complaining, the patient can influence doctors in the dominant position in the field to change routine and method.

The doxa on the matter is that medical practice is exercised on behalf of the state (the field of power) through evidence-based knowledge of professions that have gained a monopoly of that through education, while in reality it also turns out that experience-based knowledge is at stake. When it comes to decisions, it turns out that autonomy and self-logic in the field are partial, for the legal authority influences the decision-making strategy for new anesthesia and post-operative pain management practices.

Keywords: Bourdieu, field, habitus, homology, symbolic violence, anesthetic method, postoperative pain relief, wrist surgery.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Presentasjon av studiens hensikt og forskningsspørsmål.....	3
1.1.1 Forskningsspørsmål.....	4
1.2 Praxeologisk optikk	4
1.3 Tidligere forskning.....	5
1.3.1 Relevante studier	6
1.3.2 Relevante praxeologiske studier	13
1.3.2.1 Oppsummering tidligere studier	16
2.0 Teoretisk og metodisk ramme	18
2.1 Teoretiske begrep som anvendes i denne studien	19
2.1.1 Feltet og spillet.....	19
2.1.2 Habitus, disposisjoner og posisjoneringer.	20
2.1.3 Symbolsk vold/makt.....	21
2.2 Datautvalg	22
2.3 Fremgangsmåter av datautvalget	24
2.4 Etske overveielser og studiens gyldighet	25
2.5 Auto-sosioanalyse: etter Bourdieus bud om refleksivitet.	27
2.5.1 Masterstudentens sosiale, kulturelle og økonomiske bakgrunn	30
2.5.2 Veien inn i det medisinske feltet.....	32
2.5.3 Veien inn i det akademiske feltet.....	33
2.5.4 Mine disposisjoner	34
3.0 Analyse av studiens empiri del 1.....	35
3.2 Historisering	35
3.2.1 Ortopediens opprinnelse i Norge.....	37
3.2.2 Oppbyggingen av en velferdsstat og det norske helsevesen.....	42
3.2.3 Oppsummering fra historiseringen av det ortopediske felt	47
3.2.4 Fra håndverker til lege – fra kirurg til ortoped.....	48

3.2.5 Anestesi i Norge – Gjennom eterens gjennombrudd.	51
3.2.6 Fra gangkoner til sykepleiere – utvikling av sykepleiere i Norge	56
3.2.7 Oppsummering av profesjonenes historisering	60
3.2.8 Å bryte med eksisterende forforståelser og prekonstruksjoner – å fri seg fra vedtatte beskrivelser.	62
3.3 Fortsettelse av analysen del 2.....	64
3.3.1 Habituskonstruksjon av den behandelende håndverkeren (BH)	64
3.3.1.1 Posisjon, disposisjoner og kapitaler	66
3.3.1.2 Posisjonerings om saken	67
3.3.2 Habituskonstruksjon av behandler med overordnet ansvar for bedøvelse og smertelindring for mennesker som skal repareres (BOABSMR).	70
3.3.2.1 Posisjon, disposisjoner og kapitaler	71
3.3.2.2 Posisjonerings om saken	72
3.3.3 Habituskonstruksjon av beholders assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 1 (BAFUPS1).	75
3.3.3.1 Posisjon, disposisjoner og kapitaler	77
3.3.3.2 Posisjonerings om saken	77
3.3.4 Habituskonstruksjon av beholders assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 2 (BAFUPS2).	79
3.3.4.1 Posisjon, disposisjoner og kapitaler	81
3.3.4.2 Posisjonerings om saken	81
3.3.5 Habituskonstruksjon av beholders assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 3 (BAFUPS3).	83
3.3.5.1 Posisjon, disposisjoner og kapitaler	85
3.3.5.2 Posisjonerings om saken	87
3.3.6 Oppsummering og diskusjon av analyse del 2	89
3.3.6.1 Feltet	89
3.3.6.2 Beholders posisjon	91
3.3.6.3 Beholders assistents posisjon	92

3.3.6.4 Homologi	93
4.0 Studiens konklusjoner	94
4.1 Hvordan kan det være, at helsepersonell handler som de gjør når de treffer en beslutning om anestesimetode og postoperativ smertelindring hos håndleddsopererte pasienter?	94
4.2 Hvor kommer det fra, at det finnes ulik myndighet mellom leger og sykepleiere i det medisinske feltet?	97
4.3 Hvordan virker denne myndigheten inn på avgjørelser som tas i klinikken vedrørende pasienter?	98
4.4 Doxa	99
5.0 Avsluttende refleksjoner	100
Referanseliste	102

1.0 Innledning

Gjennom mitt mangeårige arbeid som sykepleier ved ortopedisk sengepost på et universitetssykehus i Norge, har det å utøve smertelindring til de inneliggende pasientene vært en sentral og viktig oppgave. En pasientgruppe som har tydeliggjort problematikken rundt optimal postoperativ smertelindring er pasienter som har operert i et håndledd. Prosesser som skjer «i kulissene» av å velge den beste anestesimetoden til en pasientgruppe har fanget min interesse og engasjement, og har resultert i denne masteroppgaven.

Distal radiusfraktur¹ eller håndleddsbrudd er i Norge den vanligste typen brudd², og har en forekomst på 15 000 per år og utgjør ca. 20% av alle brudd (Frønsdal et al., 2013, s. 3; A. Ø. Hansen, Kristensen, Cederlund & Tromborg, 2017; Norsk ortopedisk forening, 2015). Omtrent 30% av alle håndleddsbrudd er så kompliserte at operasjon anses som den beste formen for behandling (Haukeland universitetssykehus, 2016). 30% av 15000 håndleddsbrudd utgjør 4500 pasienter som kan anslås til å være det omtrentlige antallet som blir operert for håndleddsbrudd i Norge hvert år. Det finnes ulike metoder for å operere en radiusfraktur på, og bruddets karakter er med på å avgjøre operasjonsmåten. Det kan fikseres med metallpinner³ som går gjennom huden og festes i benet, men erfaringsmessig er den mest brukte operasjonsmetoden en innsetting av en metallplate⁴ over bruddet.

Slike operasjoner utføres nå typisk på dagkirurgisk avdeling ved universitetssykehuset, der pasientene oftest reiser hjem etter operasjonen. Denne studien tar utgangspunkt i pasienter som har fått anestesi i form av plexusblokkade og påfølgende postoperativ smertebehandling som beskrives under, og som innlegges ved ortopedisk sengepost.

¹ Det er to bein i underarmen; radius (på tommelsiden) og ulna (på lillefingersiden). Brudd i nedre del av radius betegnes som distalt radiusbrudd, eller distal radiusfraktur, på fagspråket (Norsk helseinformatikk, 2015).

² Den hyppigste formen for håndleddsbrudd er Colles fraktur, som utgjør ca. 90%. Det innebærer at det ytterste bruddstykket er vinklet mot håndryggssiden (dorsalt). Det skjer gjerne etter et fall hvor man tar seg for med utstrakt arm (Norsk helseinformatikk, 2015).

³ Ekstern fiksasjon.

⁴ Ofte en Volarplate.

Det som tidligere har vært den mest vanlige formen for anestesi til pasienter som får operert inn en plate over bruddet, er en regional bedøvelse, en nerveblokkade kalt plexus anestesi eller plexus blokkade. Det er en anestesimetode hvor lokalanestesimiddel blir sprøytet inn via en nål, og innstikket kan skje i flere posisjoner. Anestesimiddelet sprer seg og trenger inn i nervene slik at nerveimpulsene hemmes i hele armen. Både smertenervene og nervene til musklene i armen blir vanligvis lammet (Opdahl, 2009). Etter operasjonen har pasientene hatt et kort opphold på postoperativ avdeling før de har blitt sendt til ortopedisk sengepost. Etter noen timer opphører blokadens virkning, med påfølgende sterke postoperative smerter hos mange av pasientene. I denne fasen er det sykepleiernes ansvar å gi pasientene smertestillende medikamenter etter forordning fra lege. Ved den aktuelle avdelingen denne studien tar utgangspunkt i har denne typen medikamenter generelt sett handlet om opioider, i tillegg til Paracetamol.

Å vurdere smerter og gi smertestillende er en kompleks sak, og det har etter personlig erfaring vært utfordrende å få mange av pasientene som har operert en radiusfraktur tilstrekkelig smertelindret postoperativt. Mange av pasientene, men ikke alle, beskriver sterke smerter når den regionale anestesiens virkning har opphørt å virke. En pasienthistorie jeg vil trekke fram var en tidligere frisk mann i 25-35 års alderen som kom opp på sengepost om natten, etter å ha gjennomgått en re-operasjon i ett av håndleddene. Mannen var svært bekymret for å oppleve den samme type smerten som han hadde tidligere erfart ved den første operasjonen, da plexus blokadens virkning opphørte. Når følelsen i armen kom tilbake fikk han tett oppfølging med opioider i injeksjonsform, med noe bedre effekt enn han opplevde den første gangen. I tillegg til smertebehandlingen ga han uttrykk for behov for å ikke være alene. Det resulterte i at jeg og pasienten snakket lenge om alt fra musikksmak til familiære forhold. Jeg har brukt dette eksempelet for å vise til frykten den voksne mannen hadde for å oppleve samme smerten igjen. Eksempelet illustrerer samtidig utfordringen det kan være å gi denne pasientgruppen optimal smertelindring.

En pasientklage som ble mottatt rundt årsskiftet 2017/2018 resulterte i at anestesimetoden og påfølgende postoperativ smertelindring til håndleddsopererte pasienter endret seg markant. Klagen gikk ut på at pasienten ikke opplevde å ha blitt tilfredsstillende smertelindret etter en håndleddsoperasjon når plexusblokkaden sluttet å

virke. Det nye opplegget⁵ innebærer en utvidet bruk av lett total anestesi (TIVA) under operasjonen og spiller på flere typer smertestillende medikamenter, i tillegg til opioider etter operasjonen.

Både i forkant og i etterkant av pasientklagen har jeg gjennom møter med pasienter og i samtaler med ledelse på sengepost undret meg over hvordan avgjørelser blir tatt i klinikken⁶. Avgjørelser som hevdes å tas basert på vitenskapelig viten og ikke alene på erfaringer, eller som her pasientklagen. Jeg ønsket å utforske hva som kan være de bakenforliggende årsakene til at en anestesimetode og postoperativ smertebehandling fortsettes å brukes, selv om alle involverte ikke er like enige i at det er den mest optimale metoden. Som tidligere nevnt skjedde endringen i metode og rutine rundt anestesimetode og postoperativ smertebehandling for den aktuelle pasientgruppen med bakgrunn i en pasientklage. Altså var ikke avgjørelsen basert på den vanlige forestillingen om at endring i den medisinske praksis er begrunnet ut fra de seneste vitenskapelige studier og at disse er definert som medisinsk evidens.

Videre reiste det seg spørsmål om det fantes kamper i feltet mellom ulike faggrupper av helsepersonell. Kamper som kan gå utover den vitenskapelige viten⁷ som også kan være med å påvirke handlinger eller avgjørelser som blir tatt. Denne studien handler om kunnskap som ikke anvendes direkte som vitenskapelig grunnlag for å ta avgjørelser i den kliniske praksis, men som er sosialt bestemt og også er med på å definere beslutningsprosesser. Dette forsøkes å forklare gjennom en *praxeologisk optikk* (Se kapittel 1.2).

1.1 Presentasjon av studiens hensikt og forskningsspørsmål

Den primære hensikten med studien er å beskrive, forstå og forklare hva som ligger bak når helsepersonell tar en avgjørelse som gjelder pasienter i en klinikk⁸. Jeg ønsker også å utforske et eventuelt maktforhold eller myndighetsutøvelse mellom leger og sykepleiere, i tillegg til om det virker inn på avgjørelser som angår pasientene.

⁵ Se vedlegg nr. 4

⁶ Ortopedisk klinikk.

⁷ Som det kliniske arbeidet er basert på

⁸ Her: anestesimetode og påfølgende smertebehandling for håndleddsopererte pasienter.

1.1.1 Forskningsspørsmål

Mine undringer og trang til å utforske temaet har bunnet ut i de følgende problemstillingene:

- Hvordan kan det være, at helsepersonell handler som de gjør når de treffer en beslutning om anestesimetode og postoperativ smertelindring hos hånleddsopererte pasienter?
- Hvor kommer det fra, at det kan finnes ulik myndighet mellom leger og sykepleiere i det medisinske feltet?
- Hvordan virker denne myndigheten inn på avgjørelser som tas i klinikken vedrørende pasienter?

1.2 Praxeologisk optikk

Her følger det en innføring i hva den praxeologiske optikk omhandler, som er benyttet som både teori og metode i arbeidet i med denne studien.

Den teoretiske, metodiske og analyserende metoden som er benyttet i denne masteroppgaven bygger på den praxeologiske optikk. I løpet av masterforløpet i sykepleievitenskap ved universitetet i Bergen har jeg blitt kjent med praxeologi gjennom forelesninger og ved å delta i den praxeologiske forskningsgruppen knyttet til Institutt for Global helse og samfunnsmedisin. Ved å få kjennskap til sentrale teoretiske begrep utviklet av Pierre Bourdieu⁹ som habitus, felt, kapital, posisjon, posisjonering og disposisjon, doxa og symbolsk makt har den praxeologiske optikk gitt viktige og nyttige

⁹ Franske Pierre Bourdieu (1930-2002) begynte sin karriere innenfor filosofi, men utviklet seg videre innenfor sosiologi, og er i dag regnet som en av de store navnene innenfor moderne sosiologi. Bourdieu var spesielt opptatt av makt i samfunnet, og av å avdekke ikke-erkjente og miskjente former for makt og dominans i samfunnslivet. ((Hammerslev & Hansen, 2009, s. 11; Pierre Bourdieu, 2018; Sestoft, 2006b, s. 9-10). Det overordnede temaet i nesten alle av hans verk er teorier om hvordan man kan forklare sosial handling eller menneskelig handling i et sosialt rom. Sentralt for Bourdieu er å vise hvordan forskerens forklaring rekonstruerer menneskets grunner til å handle, og tesen er at menneskelig handling hverken er objektiv adferd som har en årsak, eller en meningsfull handling som har et motiv eller en grunn, men et tredje alternativ som plasseres imellom det objektive og det subjektive ytterpunkt (Bourdieu, 1997b Bokomslag)

verktøy samt satt en ramme for å kunne forklare og forstå de aktuelle problemstillingene. Ved å konstruere slike begreper gjorde Bourdieu begrepene metodiske og transparente. På den måten kan forskere fra ulike forskningstradisjoner bruke teorien og begrepene til å bidra med innsikt i å bedre forstå og forklare den verden vi lever i, for eksempel ved å forstå hvorfor vi gjør som vi gjør (Petersen, 1995, s. 127-128).

Praxeologi defineres som empiriske og teoretiske studier av sosiale praktikker¹⁰. All praktikk skjer i en kontekst, og denne konteksten omtales som praksis. I praxeologien undersøkes sosiale praktikker ved å studere dem i de praksiser som de er en del av (Praxeologi, 2018). I denne masteroppgaven gjelder det de sosiale praktikker som skjer i det medisinske subfeltet ortopedi.

Begrepet praxeologi kommer fra en artikkel skrevet av Bourdieu i 1973¹¹, som handler om tre forskjellige former for teoretisk viten. Den fenomenologiske (teori om fenomener), den objektivistiske (teori om objektive forhold rundt praktikker), og den praxeologiske (en teori om praktikk¹²). Bourdieu omtaler sin egen empiriske vitenskap som praxeologisk vedrørende dens vitenskapsteoretiske status. Bourdieu karakteriserer praxeologi som en av de tre fremtredende måtene å skaffe teoretisk kunnskap på, som kombinerer en fenomenologiske dimensjon med en objektivistisk dimensjon med en praktisk dimensjon, og kan slik sees på som en mer fullstendig kunnskapsform (Callewaert, 1994, s. 13; Petersen, 1994, s. 70; Petersen & Callewaert, 2013, s. 11,12,14).

Alle de teoretiske dimensjonene er altså studier av praktikker, og dermed teorier OM disse praktikker og ikke en instruksjon eller forskrift for praksisen i seg selv.

1.3 Tidligere forskning

I denne delen presenteres relevant forskning opp mot masteroppgaven. Første del vil omhandle forskning som ligger nært temaet jeg utforsker og andre del viser til relevant

¹⁰ Praktikk: det som den enkelte av oss gjør (Praxeologi, 2018).

¹¹ "De tre former for teoretisk viden" (Bourdieu, 1994, s. 72)

¹² det vil si både de fenomenologiske som de objektivistiske og selve praktikkens logikk studeres

praxeologisk forskning, som etterfølges av en oppsummering av den tidligere forskningen.

Forskning som omhandler det å ta avgjørelser innenfor helsevesenet er bredt og omfavner flere forskjellige fagområder og vitenskapstradisjoner. I denne masteroppgaven er temaet avgjørelser rundt anestesimetode av hånleddsopererte pasienter og den påfølgende smertelindringen, og myndigheten som finnes mellom sykepleiere og leger. Per i dag foreligger det ingen *praxeologiske* studier nasjonalt eller internasjonalt med dette temaet. Det vil si studier som ikke alene beskriver men også forklarer hvordan det kan være at helsepersonell agerer eller handler som de gjør når beslutninger tas i en klinikk, hvor det kommer fra, eller hvordan det strukturerer det som skjer i praksis. Med andre ord studier som søker å konstruere en teori OM praksis. I praxeologiske studier handler det altså *ikke* om å konstruere eller utvikle en teori FOR praksis, det vil si en teori som et ideal forteller hvordan de handlende bør utøve sin praktikk (Petersen, 1995, s. 124-126).

1.3.1 Relevante studier

Ved å søke etter tidligere relevant forskning kan en ifølge (K. Larsen, 2009) opparbeide seg et overblikk over kunnskap som fins om feltet en vil undersøke. Ut ifra det en vil studere er en ofte henvist til å inkludere teoretisk-empiriske studier som ikke bruker Bourdieus teorigrunnlag (K. Larsen, 2009, s. 39). Det vil si at det er søkt etter det empiriske objektet: beslutningstaking innenfor medisin, håndkirurgi, smertelindring og lignende, samtidig er det også inkludert empirisk-teoretiske studier som anvender en praxeologisk optikk. Men innenfor dette var mitt spesifikke studies objekt det sentrale når jeg søkte etter relevante studier.

Det ble gjort søk i søkemotorene ORIA¹³, Google Scholar¹⁴, Cochrane Library¹⁵, CHINAL¹⁶, Helsebiblioteket¹⁷ og ProQuest¹⁸ med søkeordene *praxeologi, Bourdieu, beslutninger, avgjørelser, sykepleie, lege, kirurg, profesjonskamp, kamp, myndighet, hierarki, postoperativ smertelindring* og *ortopedi*. Søkeordene ble satt sammen i ulike kombinasjoner, og inkluderte alle eller noen av ordene. Søkeordene ble også oversatt til engelsk, der ordene beslutninger og avgjørelser ble oversatt til decisions, og profesjonskamp og myndighet ble oversatt til professional authority/occupational dominance/occupational power og medical hierarchies. Søkemetoden *citation pearl growing*¹⁹ ble også brukt. Under følger en presentasjon over studier og artikler som ble søkt fram som de mest relevante til min egen studie.

Stein (1968) i artikkelen The Doctor-Nurse Game, satte tidlig søkelys på interaksjonen mellom sykepleiere og leger. Forholdet mellom sykepleiere og leger beskrives som spesielt, og graden av gjensidig respekt og samarbeid som intenst. Stein (1968, s. 101) beskriver videre at forholdet virket å ha kvaliteter som passet i en spill-modell. Spillet går ut på at sykepleierne var uredde, viste initiativ og gjorde viktige anbefalinger, samtidig som de framstod som passive. Det måtte virke som om at sykepleierens anbefalinger egentlig var satt i gang av legen (Stein, 1968, s. 101-102). Spilletts gyldne regel var at åpen uenighet mellom spillerne måtte unngås. Ved at sykepleierne la fram sine anbefalinger uten å fremstå som at det var dem som tok dem, samtidig som legene ba om sykepleierens anbefalinger uten at det virket som at de etterspurte dem. På denne

¹³ Oria er en felles portal til det samlede materialet som finnes ved de fleste norske fag- og forskningsbibliotek, tilrettelagt i dette tilfellet for UIB (<https://www.bibsys.no/produkter-tjenester/tjenester/soketjenesten-oria/>).

¹⁴ Google Scholar gir tilgang til brede søk etter vitenskapelig litteratur som dekker flere ulike disipliner, vitenskapstradisjoner og kilder (<https://scholar.google.com/intl/en/scholar/about.html>).

¹⁵ Cochrane Library er en samling av databaser som inneholder forskjellige typer av høy kvalitets og uavhengige beviselige studier (<https://www.cochranelibrary.com/about/about-cochrane-library>)

¹⁶ CHINAL betegnes som en autoritativ ressurs for sykepleiere, annet helsepersonell, studenter, lærere og forskere. Databasen har innhold tilbake fra 1981 og inneholder indeksering for mer enn 3000 tidsskrifter (http://support.ebsco.com/help/?int=ehost&lang=en&feature_id=Databases&TOC_ID=Always&SI=0&BU=0&GU=1&PS=0&ver=live&dbs=cin20jnh,cin20#toc)

¹⁷ Helsebiblioteket gir gratis tilgang til fagprosedyrer, oppslagsverk, databaser, tidsskrifter og andre kunnskapsressurser for helsepersonell <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss>).

¹⁸ Proquest består av flere delbaser innen helsefag og samfunnsvitenskap. Proquest gir fulltekstilgang til en rekke tidsskrifter og ressurser innen helse- og sosialfag, sosiologi, statsvitenskap, kriminologi og utdanningsvitenskap (<https://baseliste.bibsys.no/ubb/#/letter/p>).

¹⁹ Citation pearl growing går ut på å bruke en eller få kilder og gjennomgå dem til å identifisere flere og/eller mer relevante kilder om et tema. Det kan være å finne bedre søkeord eller nøkkelord og slik utvide søket i søkemotorer. Det går også ut på å gjennomgå referanser til de relevante kildene (De Brun, C. og Pearce-Smith, N. (2013) Citation Pearl Searching I [C. Heneghan](#) , [R. Perera](#), [D. Badenoch](#) (Red.) *Searching Skills Toolkit: Finding the Evidence, Second Edition*. (s. 98-101) DOI:10.1002/9781118463093

måten inntok ingen av partene en posisjon før det allerede var etablert en sub rosa²⁰ enighet om posisjonen. Var spillet vellykket, premieres spillerne. Den overordnede premien er et lege-sykepleier team som samarbeider effektivt om pasientbehandlingen. Legen har en verdifull konsulent i sykepleieren, og sykepleieren oppnådde selvtillit og ble satt pris på profesjonelt. Legen nøt også respekt fra sykepleierne. Hvis spillet derimot ikke lykkes, gikk det ut over samarbeidet og arbeidsmiljøet (Stein, 1968, s. 102-103).

Ifølge Stein (1968, s. 103-105) oppstod spillet gjennom holdninger til legenes og sykepleiernes utdanning. Legene skulle ta avgjørelser som kunne være avhengige av liv og død. For å kunne gi pasientene beste mulige medisinsk hjelp, måtte legen lytte til sykepleierne og samtidig sørge for at det ikke gikk ut over sin egen autoritet. Løsningen ble å motta sub rosa anbefalinger fra sykepleierne og få det til å framstå som at det var legens egne. Sykepleierne lærte spillet tidlig i sin utdanning, der de ble fortalt at de ikke skulle overgå legenes autoritet ved åpent foreslå anbefalinger om pasientens behandling. Samtidig ble de lært at de var en uunnværlig hjelp for legen i arbeidet med å gi helsehjelp til pasientene, og at det var sykepleiernes plikt til å bidra. Måten å møte kravene på ble å spille spillet (Stein, 1968). Artikkelen avsluttes med å påpeke at lege-sykepleier spillet har en hemmende effekt på åpen dialog som er både kvelende og anti-intellektuelt og det oppfordres til å gjøre noe for å endre holdningene som opprettholder spillet (Stein, 1968, s. 105).

Litt over to tiår senere følges temaet opp i artikkelen *The Doctor-Nurse Game Revisited* (Stein, Watts & Howell, 1990). Ut fra observasjonene som Stein et al. (1990, s. 546) gjorde, fant de at det hadde skjedd forandringer i lege-sykepleier forholdet siden 1967²¹. Det påpekes at spillet fremdeles var i bruk i 1990, men at det har vært påvirket av sosiale forandringer som har skjedd. Den høye statusen til legen har endret seg, og imaget av den allvitende legen stod ikke lenger så sterkt. Andelen kvinnelige leger og mannlige sykepleiere har økt, og delen av spillet som reflekterte den stereotypiske rollen av mannlig dominans og kvinnelige passivitet er mindre. På grunn av sykepleiemangel har verdien av sykepleie gått opp. Bildet av sykepleiere som legens

²⁰ Sub rosa: et latinsk uttrykk som betyr i fortrolighet eller under taushetsplikt (https://snl.no/sub_rosa)

²¹ Artikkelen *The Doctor-Nurse Game* av Stein ble først gitt ut i 1967 i tidsskriftet *Archives Of General Psychiatry*. Artikkelen i det tidsskriftet er bak betalingsmur.

tjener har viket for spesialiserte og avanserte sykepleiere som har selvstendige oppgaver og ansvar overfor pasientene. Det var blitt mer vanlig å arbeide i tverrfaglige team der forholdet mellom sykepleier og leger er mer likeverdige. Dette førte til en endring i den hierarkiske strukturen i lege-sykepleier spillet (Stein et al., 1990, s. 546-547).

I 1990 hadde sykepleierne sluttet å spille spillet, og arbeidet aktivt med å endre sykepleie og sykepleiernes forhold til andre helsearbeidere (Stein et al., 1990, s. 547). Ifølge Stein et al. (1990, s. 547) var sykepleiernes mål å bli en autonom helseprofesjon med et tydelig definert ekspertiseområde, og samtidig arbeide som likeverdige med andre helseprofesjonelle. Måten endringen skulle skje var gjennom utdanningen, der det skjedde en økning i uteksaminering via akademiske institusjoner heller enn via sykehusbaserte skoler som ga sykepleierne diplom. En annen måte var også gjennom demonstrasjonsprosjekter og konferanser om samarbeid mellom sykepleiere og leger med fokus på kollegialt samarbeid og ikke et hierarkisk (Stein et al., 1990, s. 548). Artikkelen avslutter med at både sykepleiere og leger er bedre tjent hvis forholdet blir mer gjensidig, og peker på at underordnede og dominante roller er begge begrensende (Stein et al., 1990, s. 549).

Tellis-Nayak og Tellis-Nayak (1984) undersøkte sosialpsykologien i interaksjonen mellom leger og sykepleiere. Studien så på dimensjonen av makt mellom de to profesjonelle gruppene, som beskrives i artikkelen som å være markert forskjellige når det kom til yrkesautonomi, status, og de sosiale belønningene som følger med yrkestitlene. I artikkelen stiles det spørsmål ved hvordan de to ulike gruppene kan samarbeide tett sammen uten at det skjer en uttynning av ulikheten i status og autoritet. Ifølge Tellis-Nayak og Tellis-Nayak (1984, s. 1063) ligger svaret i at institusjonalisert makt har to sider; en strukturell dimensjon og en symbolsk. Det pekes på at yrkesautonomi, som hos legen, har dype røtter i den sosiale orden, og er samtidig forsterket og legitimert av sosial symbolisme. Selv om leger og sykepleiere samarbeider som ulike profesjoner, fører ikke kommunikasjonen til en redusering av deres hierarkiske status, men heller til en refleksjon og underbyggingen av den (Tellis-Nayak & Tellis-Nayak, 1984, s. 1063).

I artikkelen beskrives den makten og autoriteten legene hadde over sykepleiere i 1984, både når det gjaldt «eierskapet» over helse og sykdom, utdanning, status i samfunnet, lønn og sykepleiernes profesjonelle underordnede rolle overfor legenes (Tellis-Nayak & Tellis-Nayak, 1984, s. 1064-1065). Det ble utført feltobservasjoner og intervjuer ved tre

store sykehus i Midtvesten i USA. Det ble blant annet funnet at mengden av tilgjengelig plass hadde noe å si for å underbygge den profesjonelle ulikheten i sykehusene. Legene hadde blant annet egne kontorer, egne oppholdsrom som var godt utstyrte og egne parkeringsplasser, noe sykepleierne sjeldent eller aldri hadde tilgang til. Det ble også observert at legene ofte «invaderte» sykepleiernes plasser, men at sykepleierne ikke uten videre oppholdt seg på legenes områder (Tellis-Nayak & Tellis-Nayak, 1984, s. 1065-1066).

Tellis-Nayak og Tellis-Nayak (1984) pekte på at sosiale ritualer er bygget på at tiden til legen var viktigere både i verdig og i kvalitet. De observert at legene forventet at sykepleierne gjorde pasienten klare og holdt dem ventende i venterom for legens konsultasjon. De fant også at legenes kontroll over tiden var betinget på personlig ansvarlighet og profesjonell status, mens sykepleiernes bruk av tid responderte på ekstern kontroll og ble slik likestilt med sykehusets blå krage arbeidere (Tellis-Nayak & Tellis-Nayak, 1984, s. 1066). Forfatterne av studien studerte også språket mellom legene og sykepleierne. Det pekes på at den som er sosialt overlegen vanligvis ble tiltalt ved tittel og/eller ved etternavn. De fant blant annet at sykepleierne adresserte legene med «Dr.» før etternavnet til legen, mens legen tiltalte sykepleierne som oftest ved fornavn (Tellis-Nayak & Tellis-Nayak, 1984, s. 1067). Tellis-Nayak og Tellis-Nayak (1984) fant også spor etter spillet som Stein (1968); Stein et al. (1990) observert. Hvis legen gjorde en feil, ga sykepleierne indirekte hint og snakket med omsvøp for at legen ikke skulle føle tap av status (Tellis-Nayak & Tellis-Nayak, 1984, s. 1067). Studien framhever også at interaksjonen mellom leger og sykepleiere var farget av mann-kvinne forholdet²², der mannen generelt sett var dominant over kvinnen (Tellis-Nayak & Tellis-Nayak, 1984, s. 1067-1068).

Konklusjonen på studien peker mot at spillet mellom leger og sykepleiere gikk bakom og faktisk støttet og forsterket ulikhetene så langt som deltakerne var ubevisst av spillets subtile opprinnelse, mening og kode. Videre vises det til at måten deltakerne presenterte seg selv på var en indikasjon på hvordan de forventet å bli behandlet, og samtidig en invitasjon til å bli behandlet slik. Forfatterne av studien mente at mikropolitikken av sosiale ritualer var ankret i en ujevn kontroll av ettertraktede ressurser, at de var et aspekt av makt og privilegier, og at de muliggjør institusjonell kontroll og sosial

²² I den aktuelle studien fra 1984, pekes det på at det er flest menn som var leger og flest kvinner som var sykepleiere.

legitimasjon. Samtidig vedkjennes det at utøvelsen av makt hvilte på en strukturell og symbolsk legitimasjon, og for å endre situasjonens status quo (i 1984) måtte en gjenkjenne og håndtere begge disse (Tellis-Nayak & Tellis-Nayak, 1984, s. 1068-1069).

En studie har sett nærmere på sykepleiernes rolle i beslutningstaking ved intensivavdelinger. Coombs og Ersser (2004) undersøkte gjennom feltarbeid og intervjuer ved tre generelle intensivavdelinger sør i England²³, om det fremdeles var den medisinske posisjon som holdt det meste av makten innen beslutningstaking eller om det var skjedd en endring for sykepleiere ved intensivavdelinger angående dette. En del av bakgrunnen til studien var at ved intensivavdelingen var det blitt mer vanlig med tverrfaglige team med blant andre sykepleiere og leger som sammen med andre helsearbeidere arbeidet til det beste for pasientene (Coombs & Ersser, 2004, s. 245-247).

Funn fra feltarbeidet indikerte at leger og sykepleiere brukte kunnskap fra den biomedisinske modellen²⁴ av helse og sykdom i kliniske beslutninger. Dette gjorde at det ble en felles struktur i rundene på avdelingene (Coombs & Ersser, 2004, s. 247-248). Det virket også som at kunnskap ble plassert i et hierarki, som oftest av leger og av områder som ble oppfattet som sykepleiekunnskap. Legene oppfattet slik kunnskap som «klinisk overfladisk» og var lite anerkjent. Sykepleierne på sin side mente at det var en viktig del av det større bildet av pasientbehandlingen ved intensivavdelingen. Også at sykepleiere brukte mer kvalitative uttrykk i språket, i stedet for det kvantitative som legene foretrakk, gjorde at legene satte spørsmål ved sykepleiernes evner i kliniske avgjørelser. Legene mente at sykepleierne burde vise mer kunnskap som førte til en forståelse av objektive og målbare variabler som brukes i klinisk behandling (Coombs & Ersser, 2004, s. 247-248).

Legene var overbevist om at deres praksis var evidensbasert, men samtidig pekte de på at det fantes for lite forskning innenfor intensivmedisin. Det kom fram fra både feltobservasjoner og fra intervjuer at forandringer i behandling av pasientene ofte bygget på de ulike legenes kliniske preferanser, mer en samtykkende evidens (Coombs & Ersser, 2004, s. 248). Legene anerkjente at det var sykepleierne som tilbrakte mest tid

²³ I perioden 1998-2000 (Coombs & Ersser, 2004, s. 247)

²⁴ Den biomedisinske helsemodellen anser helse som fravær av sykdom. Sykdom blir oppfattet som et medisinsk forstått og empirisk påvist avvik fra sunnhetsnormen. Denne helsemodellen blir ofte beskrevet som reduksjonistisk (Gjernes, 2004).

med pasientene i forhold til legene, og at de har gode observasjonsevner. En årsak til konflikt mellom sykepleiere og leger når det gjaldt å ta beslutninger, var at legene sa at de anerkjente sykepleiernes kunnskaper, men at de ikke nødvendigvis benytter seg av den. Dette relateres til funn som viste til posisjonen av den medisinske tenkemåten som øverst i kunnskaps hierarkiet, og som ble benyttet i nøkkellavgjørelser i intensivbehandlingen (Coombs & Ersser, 2004, s. 250).

Studien konkluderte med at rollen til sykepleiere, som beskrives som avgjørende i implementeringen av kliniske avgjørelser, forblir ubekreftet og devaluert. Forfatterne av studien mener at det medisinske hegemoni fortsetter å gjøre sykepleiere ute av stand til å vesentlig påvirke prosessen rundt avgjørelser. Videre får dette følger for kvaliteten av team avgjørelser og effektiviteten av nye måter å jobbe tverrfaglig ved intensivavdelinger (Coombs & Ersser, 2004, s. 245).

Sykepleier og filosof Kari Martinsen har skrevet flere bøker og artikler om begrepet evidens og problematisert at det finnes et kunnskapshierarki innenfor helsefagene. I boken *Samtalen, skjønnnet og evidensen* skriver Martinsen (2005, s. 15) at kunnskap vunnet gjennom kliniske kontrollerte forsøk og statistiske analyser får høyest evidens og rangeres høyest i et hierarki. Temaet ble også tatt opp i artikkelen *Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie* i 2004 sammen med Jeanne Boge der de problematiserer den høye statusen evidensbasert kunnskap har fått over andre former for kunnskap innenfor helsevesenet. I artikkelen argumenteres det for at det er best tjent for helsefagene at det ikke finnes et kunnskapshierarki, men at de ulike kunnskapsformene blir sett på som likeverdige og gjensidig utfyllende, alt etter hvilke problemstillinger som stilles (Martinsen & Boge, 2004, s. 58).

Forfatterne av artikkelen (2004, s. 60) skriver at evidensbasert forskning har kommet i forgrunnen i et samfunn hvor den dominerende rasjonalitet er strategisk og økonomisk hvor en viser sin verdi i effektivitetens navn. De skriver videre at myndighetene baserer i stor grad sine avgjørelser som angår helsesektoren på denne typen forskningsbasert faktakunnskap. Samtidig skal travle praktikere lese og anvende forskningslitteratur med intensjon om at den kliniske praksis skal bli mer forskningsbasert, og dermed forbedret (Martinsen & Boge, 2004, s. 60).

Ifølge Martinsen og Boge (2004, s. 60-61) vurderes sykepleieforskning til å ha lavere evidens, som kan ha årsak i at mange sykepleiefaglige problemstillinger vanskelig lar seg måle, og at de best belyses gjennom andre måter å forske på. Det pekes på at

kunnskapshierarkiet nedvurderer kunnskap og forskning som tradisjonelt sett har vært ansett som viktig i sykepleiefaget, som blant annet skjønn og erfaringskunnskap. Og at i den medisinske evidenstenkningen er denne typen kunnskap underordnet den forskningsbaserte faktakunnskapen. Forfatterne av artikkelen belyser problemet med en vitenskapelig kontroll av praksis, der anvendelsen av evidensbasert forskning som passer inn i et Cochrane- lignende format blir mål for god praksis. Som følge vil en forholde seg til lidelser og sykdom ut fra standardiserte prosedyrer, med lite rom for subjektivitet, klinisk skjønn og fortellinger som blir betraktet som underordnede kunnskapskilder (Martinsen & Boge, 2004, s. 61).

1.3.2 Relevante praxeologiske studier

Under følger det en presentasjon av studier som har vært med på å inspirere og dannet et bakgrunnsteppes til eget masterprosjekt, selv om de ikke har det samme temaet som mitt eget. Studiene er relevante fordi de er praxeologiske studier og analysene er basert på teoretiske konstruksjoner med utgangspunkt i teori og tilhørende begrep hentet fra Bourdieu (Horne, 2016, s. 8; Pawlica, 2018, s. 1).

Rolf Horne (2016) utførte i sin ph.d. avhandling en praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrequende barn og unge. Avhandlingen bygger på data fra intervju og spørreskjema. Analysen ble gjort ut fra et teoretisk-empirisk, refleksiv metodologi med utgangspunkt i teori og tilhørende begrep fra Pierre Bourdieus habitustrilogi og feltanalyse (Horne, 2016, s. 8).

Sosiale posisjoner og disposisjoner ble rekonstruert og brukt til å beskrive og analysere de sosiale praktikkene som ble iverksatt av posisjonene. Ved å analysere styrkeforholdet og relasjonene mellom posisjonene, ble feltet for hjelpeavhengige barn og unge rekonstruert. Analysen av feltet viste at foreldrene var i en mer eller mindre avhengig og dominert posisjon avhengig av deres kapital, og at det var de fagprofesjonelle som dominerte feltet, som har spesialisert kapital knyttet til den medisinske logikk. Studien viste at det historiske skapte styrkeforholdet mellom agentene i feltet for hjelpeavhengige barn og unge, strukturerer et dominansforhold der foreldre med lav kapital har størst sosial avstand til de som skal hjelpe og dermed minst mulighet til å få hjelp (Horne, 2016, s. 8-9) .

Konklusjonen i avhandlingen viser til at det i «velferdsstaten Norge» er betydelige forskjeller i tilgang og muligheter for tildeling av ressurser og hjelp til familier med funksjonshemma barn. Forskjellene er både avhengig av sosiokulturelle og sosioøkonomiske vilkår i familiene som søker hjelp, og sosiokulturelle og sosioøkonomiske vilkår hos de som yter hjelp til familiene på statens vegne (Horne, 2016, s. 147).

Gjennom praxeologisk optikk så Brandser (2015) på hvordan det kan ha seg at velferdsteknologi utprøves og implementeres i kommunale hjemmetjenester, forstått som en sosial praksis. Studiens empiri er hentet fra observasjoner og intervjuer av kommuneansatte i en norsk kommune der det foregikk et utprøvings- og implementeringsprosjekt av velferdsteknologi. Det er også innhentet historiske og dagsaktuelle kilder om velferdsteknologi, og agentene i velferdsteknologiområdet i Norge er blitt konstruert og analysert gjennom Bourdieus felt- og praktikkteori med tilhørende begreper. Studien har undersøkt hvordan velferdsteknologi virker strukturerende på helsepersonell, og da spesielt på sykepleieprofesjonens praksis og posisjon i feltet hjemmesykepleie/kommunale hjemmetjenester (Brandser, 2015). Gjennom den praxeologiske optikk og ved bruk av Bourdieus metode og teori kom historiske, kontekstuelle og strukturelle forhold til syne. Studien fant at innenfor velferdsteknologiområdet er det involvert mange ulike agenter som kjemper for sine interesser. Det avdekkes at sykepleieprofesjonen fremstår som tvetydig i sine posisjoneringer²⁵ i det aktuelle feltet, og historiens kamper, i tillegg til de øvrige helseprofesjoners kamper for sin plass i samme feltet, er kommet til syne. Denne kampen handler om i hvilket omfang teknologier bør implementeres, og hvilken rolle de i så tilfelle skal ha i hjemmetjenesten. Samtidig fins det agenter innenfor det politiske maktfelt og innen det økonomiske felt som kjemper om hva velferdsteknologi skal brukes til, og ikke om det skal satses på fremover i kommunesektoren (Brandser, 2015). Til tross for at det finnes kamper om velferdsteknologi i feltet viser Brandser (2015, s. 132) til at det hersker enighet i at velferdsteknologi er kommet for å bli og at det kan utgjøre en god støtte til hjelp for mennesker som trenger det i deres hjem. I denne sammenheng underbygger både doxa og heterodoksa den aktuelle og fremtidige studier om velferdsteknologi (Brandser, 2015, s. 132).

²⁵ Meninger i ord og handlinger

I sin ph.d. avhandling så Pawlica (2018) på den profesjonelle praksisen i to kommunale bofelleskap for psykisk lidende. Empirien ble samlet inn i form av feltarbeid, formelle intervjuer samt daglige uformelle samtaler med beboere og ansatte. Hensikten med studien var å beskrive og forklare ulike former for tvang som foregikk i de to kommunale bofelleskapene (som betegnes her som Huset)(Pawlica, 2018, s. v). I avhandlingen betraktes Huset og kommunalt psykisk helsearbeid utenfra og innplasseres i en samfunnsmessig kontekst. Historiseringen gir et bakteppe for praktikkene som ble observert i studiens to deltakende bofelleskap. Det studerte feltets maktstrukturer er konstruert fram historisk og nåtidig, og praktikkene disse bofelleskapene produserer er beskrevet. For å forstå og forklare praktikkene som ble observert i feltarbeidet er det brukt et omfattende teoretisk begrepsapparat med forankring i Bourdieus teori og rammeverk (Pawlica, 2018, s. 563-564). Studien fant at det finnes parallelle husholds-praktikker og medisinske praktikker som hver for seg og til sammen innebærer omfattende former for oppdragelse av Husets beboere. I tråd med samfunnets etablerte lover og regler skal beboerne oppdras til dugende samfunnsborgere via offentlig skolerte oppdragelsesagenter ikledd skikkelsene av «hjemmets husmødre» (Pawlica, 2018, s. v. og 564). Det vises til at den herskende doxa blant de profesjonelle agentene i bofelleskapet er at tvingende praktikker er en nødvendig, men ikke bevisst strategi, til tross for rådende offentlige føringer om frivillighet i helsetjenesten. Gjennom en analytisk tilgang basert på teoretiske konstruksjoner hentet fra Pierre Bourdieu skisseres konsekvenser av dette for ansatte, beboere og samfunnet for øvrig (Pawlica, 2018, s. v). Ifølge Pawlica (2018, s. v) appelleres det i en illusjon av en hjemlig ramme til agentenes etablerte habitus i de studerte bofelleskapene – og slik kaller samfunnet Husets agenter til å underkaste seg den herskende samfunnsorden. Videre fant Pawlica (2018, s. v) at det gjennom oppdragelsesprosesser like effektive som fysisk tvang, unngås bruk av formell tvang, og at slik gjennom symbolsk vold bli det sosiale rommets illusjoner om frivillige kommunale helsetjenester opprettholdt.

I Akselberg (2012) sin masteroppgave var søkelyset rettet mot hjemmesykepleien som arbeidsplass, med et fokus på de ansatte. Med hensikt å beskrive, forstå og forklare hva det er helsepersonell gjør når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien – og hvordan

deres handlinger formes, ble Pierre Bourdies teoretiske og metodologiske verktøy benyttet. Empiri ble samlet inn både ved feltobservasjoner, og også gjennom intervjuer med tre ansatte i hjemmesykepleiegruppen. Andre kildemateriale som historisk litteratur, lovverk og offentlige dokumenter ble også benyttet (Akselberg, 2012). Det empiriske materialet er belyst opp mot Bourdieus praktikk- og feltteori. Gjennom historiseringen framstår det at hjemmesykepleien kan betraktes som et produkt av dagens samfunn. Utviklingen av den norske velferdsstaten med rike oljefunn kombinert med et sosialdemokratisk styresett vises igjen i retten til fri helsehjelp fra et offentlig helsevesen, der staten etter hvert har tatt på seg ansvaret for befolkningens helse. Gjennom studien ble det klart at det medisinske feltet, som hjemmesykepleien er et subfelt av, er uløselig knyttet sammen med - og avhengig av det politiske felt (Akselberg, 2012, s. 121). Akselberg (2012) fant gjennom den historiske analysen at det skjedde en endring på syttitallet i relasjonen mellom det medisinske og det politiske feltet. Endringen gikk blant annet ut på at det politiske felt søkte en mer uavhengig og dominerende posisjon i forhold til det medisinske felt, og sees i sammenheng med den ideologiske og økonomiske politiske retningen nyliberalisme (Akselberg, 2012, s. 121). Akselberg (2012) argumenterer i sin studie for at hjemmesykepleien er påvirket av - og underordnet både det politiske og det medisinske felt, samt at hjemmesykepleie er et produkt av en nyliberalistisk ideologi. Det beskrives hva helsepersonell som arbeider i hjemmesykepleien gjør, og det vises hvordan informantene benytter sin praktiske sans. Handlingene deres balanseres mellom krav fra dominerende instanser og krav de stiller til seg selv, og slik tilpasses deres verdier og arbeidsdag. Studien fant også at de ansatte er pålagt arbeidsoppgaver som ikke gjør det mulig for dem å gjøre alt innen ønsket tid, og viser da til at mangelen på tid ikke bare er en subjektiv følelse. Studien fant også at informantene har en omsorgshabitus som gjør at de handler etter en annen logikk enn det politiske og medisinske felts logikk. Omsorgshabitusen baseres på disposisjoner fra de ansattes sosiale bakgrunn, samtidig som de har individuelle habitusser grunnet i at de har ulik sosial bakgrunn (Akselberg, 2012).

1.3.2.1 Oppsummering tidligere studier

Gjennom mine søk etter tidligere relevant forskning viser det seg at det fins en god del forskning angående hvordan helsepersonell tar avgjørelser i praksis, og om prosessen rundt. Samtidig består mye av forskningen rundt avgjørelsesprosesser i helsevesenet av

samvalg (SDM), som ikke er inkludert i denne aktuelle studien. De vitenskapsteoretiske og metodologiske posisjoner er mer orientert mot medisinske og psykologiske studier. Mye av denne forskningen er gjort med hensikt i å forstå hvordan avgjørelser blir tatt, hvilke rammer som ligger rundt avgjørelsesprosesser, med et fokus på å kunne minimere de feile avgjørelsene som blir tatt²⁶. Altså studier FOR praksis, det gjelder derimot ikke for de praxeologiske studiene som er mer orientert mot studier OM praksis. Studier FOR praksis vurderes som å ikke være direkte relevant for den denne aktuelle masteroppgaven, da jeg er mer opptatt av studier OM praksis.

Det lyktes ikke å finne tidligere forskning om hvorfor helsepersonell gjør som de gjør når det skal velges anestesimetode og postoperativ smertelindring hos håndleddopererte pasienter. Det finnes imidlertid en del forskning rundt myndigheten eller makten mellom profesjonene lege og sykepleier. Forskningen som er inkludert som har relevans for temaet i dette masterprosjektet er fra et vidt tidsspenn, der den tidligste artikkelen er fra 1968 og den seneste fra 2004 (Se kapittel 1.3.1). Dette kan vitne om myndigheten/makten/spillet mellom profesjonene leger og sykepleiere har vært et aktuelt tema fra tidlig av²⁷. Artikkelen og studiene viser til at det finnes et hierarki mellom både leger og sykepleiere, og mellom ulike kunnskapsformer der evidens troner øverst.

De omtalte studiene som anvender en praxeologisk optikk har alle vært nyttige for å kunne tenke igjennom hvordan de kobler teori og metode til deres empiriske studier, som i den mening er parallelt til mitt masterprosjekts fokus på praxeologisk teori og metode.

²⁶ Se blant andre: Elstein, A. S. & Schwarz, A. (2002) *Evidence Base Of Clinical Diagnosis: Clinical Problem Solving And Diagnostic Decision Making: Selective Review Of The Cognitive Literature*. Rapley, T. (2008) *Distributed decision making: the anatomy of decisions-in-action*. Stiegler, P. M. & Tung, P. A. (2014) *Cognitive Processes in Anesthesiology Decision Making*.

²⁷ Det ble funnet flere studier som tar opp temaet myndighet og/eller hierarkiet mellom leger og sykepleiere men som ikke ble inkludert grunnet de hadde et annet fokus enn denne aktuelle masteroppgaven. Se: Howard, M. J. (1984) *The Politics Of Defining Nursing Practice (interprofessional Relations, Professionalism)*. Peret, K. R. (1993). *A qualitative study of the meaning of the nurse-physician relationship from the perspective of intensive care unit nurses in a university medical center*. Reynolds, S. S. (2002). *Collaboration or subordination: The role of rhetoric in the conception of primary healthcare giver*. Leake, P. J. (2018). *Nursing, power, and gender in interprofessional collaboration* (Masteroppgave).

2.0 Teoretisk og metodisk ramme

Som tidligere nevnt er den teoretiske og metodiske rammen i denne oppgaven praxeologisk, som bygger på Bourdieus teorier og begrepsverktøy (Se kap. 1.2).

Gjennom sitt mangeårige og allsidige arbeid²⁸ utviklet Bourdieu både en praksis- og en kunnskapsteori. Arbeidene hans er på samme tid både empiriske, teoretiske, metodiske og vitenskapsteoretiske avklaringer av det han studerte (Petersen, 1995, s. 125).

Ifølge Hammerslev og Hansen (2009, s. 16) brukte ikke Bourdieu og hans kollegaer en standardprosedyre i forskningsprosjektene, som ble utformet på sin egen måte etter det som ble funnet adekvat for å konstruere objektet. De hevder videre at det *dobbelte brudd* er det nærmeste en kommer en gjennomgående metode i Bourdieus mange studier. Med det dobbelte brudd imøtekommer forskeren (her masterstudenten) utfordringen med å studere sosiale objekter som er underlagt eksisterende forforståelser og prekonstruksjoner, og fordi forskeren selv er en del av den samme sosiale verdenen også er preget av forforståelser og prekonstruksjoner (Hammerslev & Hansen, 2009, s. 16). Gjennom en slik *refleksivitet* bryter en med sin egen forforståelse, og samtidig som forskeren er årvåken mot det som er gjenstand for forskningen, må forskeren rette blikket inn mot seg selv og reflektere over sin egen posisjon (Akselberg, 2012, s. 10).

Bourdieu (1997a, s. 11) skriver selv i boken *Af praktiske grunde: omkring teorien om menneskelig handlen* om sitt arbeid at det først og fremst er snakk om en *relasjonell* vitenskapsfilosofi, i den forstand at den anser relasjonene som å være det grunnleggende. Han hevder at enhver form for menneskelig praktikk er avhengig av det universet av utskiftende praktikker det befinner seg innenfor, og at man kun forstår hva som skjer i feltet ved å bestemme hvilke objektive relasjoner hver enkelt agent eller institusjon har til alle de andre agentene eller institusjoner (Bourdieu, 1997a, s. 18 og 64).

Bourdieu (1997a, s. 11) omtaler så en filosofi om *menneskelig handling*, som legger til grunn de potensielle muligheter innskrevet til dels i agenten selv, og til dels i strukturen i situasjonen de handler innenfor. Filosofiens sentrale interesse er relasjonen mellom de

²⁸ Bourdieu studerte blant annet berber samfunnet i Kabylia, Algerie, det franske utdannessystemet, amatørfotofering, museumsbesøk, det religiøse felt, det litterære felt, sosial makt og sosial urettferdighet i samfunnet (Petersen, 1995, s. 125).

objektive strukturer (strukturene i de sosiale felter) og de *kroppslige strukturer* (strukturene i agentenes habitus), det er altså to typer strukturer som påvirker hverandre gjensidig (Bourdieu, 1997a, s. 11-12).

Dette masterprosjektet etterstreber å følge Bourdieus bud om refleksivitet (se kap. 2.5), og gjennom Bourdieus felt- og habitusteori studeres relasjonen mellom objektive og kroppslige strukturer som styrer den menneskelige handling innenfor temaet anestesi og postoperativ smertelindring (se kap. 4.1).

2.1 Teoretiske begrep som anvendes i denne studien

I de påfølgende underkapitlene vil jeg redegjøre kort om de teoretiske begreper som benyttes for å belyse og analysere det innsamlede empiriske materiale i studien.

2.1.1 Feltet og spillet

Feltbegrepet beskriver de sosiale arenaene hvor praksis utspiller seg innenfor, og er et analytisk begrep som kan systematisere studiet av sosial praksis (Wilken, 2008, s. 39). I feltet skjer det en spesifikk menneskelig aktivitet eller praksis (Sestoft, 2006a, s. 158), for eksempel anestesi, ortopedi eller sykepleie. Eksempel på ulike felt kan være det medisinske felt, det religiøse feltet eller det økonomiske feltet. Subfelt kan også defineres, som for eksempel det ortopediske feltet som er feltet som denne studien tar for seg, som ligger under det medisinske feltet.

Bourdieu definerer et felt slik: «I analytiske termar kan eit felt definerast som eit nettverk, eller som det indre forholdet av objektive samband mellom posisjonar» (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 82). Et felt rommer altså flere *posisjoner*. En posisjon kan defineres av en *kapitalform* eller av kapitalmengde, som skiller den fra andre posisjoner i feltet (Sestoft, 2006a, s. 167). Eksempler på ulike kapitalformer kan være kulturell kapital, (som for eksempel formell utdanning eller legitim kunnskap om kunst) sosial kapital (som for eksempel familie, bekjentskap eller kontakter) og økonomisk kapital (som for eksempel penger, eiendom eller andre økonomiske verdier) som alle kan virke inn og sammen øke den symbolske kapitalen (anerkjennelsen i et felt) (Akselberg, 2012, s. 12).

Ifølge Bourdieu deltar agenter i sosiale kamper om innflytelse og kapital i de ulike feltene, og Bourdieu beskrev det sosiale liv som et *spill* som spilles av *strategiske* agenter. (Wilken, 2008, s. 39+46). Spillet som foregår i de sosiale feltene er konkurrerende, der de ulike agentene bruker ulike strategier for å opprettholde eller forbedre sin posisjon i feltet (Thomson, 2008, s. 69). Selv om Bourdieu bruker spill metaforen er felter, til forskjell fra for eksempel fotball eller kortspill, ikke bevisste konstruksjoner underlagt eksplisitte regler. Feltene er likevel underlagt av både normer for atferd og regelmessigheter for at agentene kan kunne spille spillet (Pawlica, 2018, s. 27). Ifølge Wilken (2008, s. 50) er spill metaforen et analytisk verktøy som gjør det mulig å snakke om det sosiale liv i sammenheng med kamper, kapitaler, interesser og ulikheter. Og at vi som er en del av en sosial verden oftest deltar i spill vi selv ikke har valgt, eller at det ikke er alltid vi vet hva spillene handler om: at vi blir dratt inn i spill bevisst eller ubevisst (Wilken, 2008, s. 50). I hvert felt fins det spesifikke interesser, eller som et strengere begrep *illusio* som Bourdieu refererte det til. *Illusio* arter seg om en innebygd erkjenning av verdiene som står på spill i spillet, og er som et praktisk mønster for reglene som styrer spillet (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 102). Mens *illusio* refererer til det som står på spill, står *doxa* for en aksept for spillets premisser. Alle felt er definert av noen grunnleggende regler som spillerne i feltet må akseptere, og Bourdieu omtaler disse reglene som feltets *doxa* (Wilken, 2008, s. 42+47). *Doxa* er videre et ubevisst lager av viten som ikke setter spørsmålstegn ved det som ses på som en selvfølgelighet eller som «common sense» (Prieur, 2006, s. 56).

2.1.2 Habitus, disposisjoner og posisjoneringer.

Bourdieu utviklet og tok i bruk begrepet *habitus* for å forklare de ulike formene for sosiale praktikker han undersøkte (Horne, 2016, s. 42). Bourdieus habitusbegrep handler om hva folk gjør med utgangspunkt i deres forståelse av den situasjonen de er i. Habitus retter oppmerksomheten mot to interagerende prosesser: å få kunnskap som gjør en i stand til å handle meningsfullt, og å omsette denne kunnskapen til praktisk handling. Dette systemet er verken regelbundet eller automatisk, slik som det sosiale liv er uforutsigbart. Habitus er et produkt av sosialisering, og individer improviserer i høy grad gjennom sin tilværelse, slik den former seg. Habitus er en form eller en mal (eller en strategi) for hvordan et individ oppfatter, forstår og derfor handler i gitte situasjoner,

en generell forforståelse eller disposisjon som kan omsettes i forhold til allslags ulike situasjoner (Wilken, 2008, s. 36-37).

Habitus kan forstås som erfarte eller tillærte *disposisjoner* for å handle på bestemte måter. Disposisjonene er ubevisste, og er blitt inkorporerte og kroppslige. Disposisjoner er en form for ressurser, eller som et repertoar av handlemåter som kan iverksettes i ulike situasjoner (Prieur, 2006, s. 39). For Bourdieu stod det sentralt å nå inn til kjernen av hva som stod på spill i det sosiale, og trilogien sosiale posisjoner (kapitalmengde eller kapitalformer), disposisjoner og posisjoneringer er analytiske begreper som brukes for å forklare menneskelige praktikker (Horne, 2016, s. 39). *Posisjoneringer* forstås som ytringer, gjerninger eller synspunkter (Sestoft, 2006a, s. 169).

2.1.3 Symbolsk vold/makt

En stor del av Bourdieus arbeid handler om hvordan sosial ulikhet blir reproduert, og hvordan en generell aksept for ulikhet skapes og vedlikeholdes. Dette foregår uten bruk av tvang eller åpenlys makt, og uten motstand i påfallende grad. (Wilken, 2008, s. 67). I *Distinksjonen* fra 1979 skriver Bourdieu om mønster av forskjell i livsstiler, og ut fra den enkeltes sosiale bakgrunn hvilke preferanser en har. Til tross for forskjeller i preferanser, hersker det en enighet om at de sosialt dominerende sin smak også er den beste smak. Dette kan gjelde alt fra hvilke matretter eller hvilken kunst som er «den rette» å like. De dominerende har, gjennom sin kraft av symbolsk kapital, herredømme over oppfattelseskategoriene samt vurderingskriteriene over hvordan en oppfatter, inndeler og vurderer verden. Dette betyr igjen at de dominerte nedvurderer seg selv og det de står for. Denne tilstanden betegner Bourdieu som symbolsk vold²⁹ (Prieur, 2006, s. 51). Bourdieu så også at symbolsk makt lå i utdannelsessystemet i Frankrike på 60-tallet. I boken *La Reproduction* (1970), forfattet sammen med Passeron, beskriver de utdannelsessystemet som en seleksjonsmaskin som velger de allerede utvalgte og får de bortvalgte til å bebreide seg selv. Gjennom skolens pedagogiske autoritet påføres alle elever en bestemt kultur, som er den dominerende klassers kultur³⁰. Skolen er en relativ autonom institusjon, og læreplaner, didaktikken og akademiske bedømmelseskriterier er

²⁹ Med liten gradsforskjell, veksler Bourdieu mellom å snakke om symbolsk vold, symbolsk makt og symbolsk dominans (Prieur, 2006, s. 51)

³⁰ I Frankrike den borgerlig-aristokratiske finkultur (Esmark, 2006, s. 80).

hovedsakelig utformet innenfor utdannelsessystemets eget univers. De objektive maktforhold fremstår som skjult, og derfor *miskjennes*, hvorledes den dominerende kultur anerkjennes og legitimeres av alle involverte parter. For elever som er fortrolige med den påførte kulturen og har den inkorporert som en del av sin habitus, er mulighetene større for å gjøre det bra på skolen og gjennom offisielle eksamensdiplomer banes det vei til prestisjefylte jobber og karrierer. Men andre elever som har en større avstand mellom kulturen hjemmefra og den skolens påførte kultur, har ikke den samme grad av suksess. Det læres og tas for gitt at å for eksempel snakke akademisk eller å verdsette fin kunst er kompetanser som har status, og at det derfor er naturlig at de som mestrer dem dominerer. På denne måten utøver skolen symbolsk vold og bidrar til å legitimere den ulike fordelingen av makt og privileger i samfunnet (Esmark, 2006, s. 80-81).

Ifølge Bourdieu er begrepet symbolsk vold en mekanisme som får de fleste til å akseptere systemets grunnleggende strukturer, uavhengig av ens plassering i det. Symbolsk vold involverer ikke fysisk makt, og Bourdieu definerte symbolsk vold som makten til å få en bestemt virkelighetsforståelse til å virke objektiv og sann. Dette er uten at de er klart for de involverte at det er snakk om en vilkårlig virkelighetsforståelse, og det er heller ikke klart at alternative virkelighetsforståelser utelukkes (Wilken, 2008, s. 68).

I Bourdieus analyser av sosial reproduksjon og symbolsk vold spiller språk en spesiell rolle. Både når reproduksjonen foregår i utdanningssystemet, og i samfunnet som helhet. I seg selv er ikke språk knyttet til makt. Men språk blir knyttet til makt når det blir brukt på bestemte måter eller av bestemte grupper eller institusjoner. I en maktrelasjon kan også språket være et middel. Når mennesker snakker, handler det ikke bare om å bli forstått. Det handler også om å bli trodd, å bli adlydt, og bli respekter og å bli lagt merke til (Wilken, 2008, s. 74-75).

2.2 Datautvalg

De tre påfølgende underkapitlene (kap. 2.2, kap. 2.3 og kap. 2.4) belyser hvilke datautvalg som ble brukt i studien for å best beskrive, forstå og forklare

forskningsspørsmålene som stilles i denne masteroppgaven. Framgangsmåten for å samle inn dataen, samt etiske aspekter rundt det vil også belyses.

Ifølge Bourdieu gikk den ideelle rekrutteringsprosessen av intervjuobjektene ut på å ha bred kjennskap til gruppen av agenter en skulle intervju, og så velge ut den eller de som virker mest sannsynlig til å bidra mest mulig til den gitte problemstillingen (Glasdam, 2007, s. 140). Som en del av feltet da datainnsamlingen ble utført, hadde jeg på den måten kjennskap til profesjoner som kunne være mest aktuelle for å bidra til denne studiens problemstillinger. I denne masteroppgaven er profesjonene anestesilege, ortoped og sykepleier inkludert. Dette grunnes i at dette er agenter som alle er involvert i arbeidet med hånleddsopererte pasienter, og at de har *ulik posisjon* i feltet (Akselberg, 2012, s. 19).

Gjennom seksjonsleder ved en av de ortopediske sengepostene ved universitetssykehuset fikk jeg navnet på en anestesilege som kunne være interessert i å la seg intervju. Anestesilegen ble kontaktet via e-post, og samtykket til intervju. Dette første intervjuet var i sammenheng med en annen praxeologisk problemstilling som handlet om kvalitetssikring rundt anestesimetoder til hånleddsopererte pasienter³¹. Anestesilegen ble kontaktet igjen ved en senere anledning først via e-post og så sms, og deltok på et oppfølgingsintervju tilpasset det nåværende masterprosjektet.

Seksjonsleder ved en av de andre ortopediske sengepostene ble kontaktet via e-post og forespurte en liste over sykepleiere som enten var tidligere ansatt, eller som fremdeles var ansatt ved den ortopediske sengeposten. Dette gjaldt sykepleiere som hadde erfaring fra den utskiftede ordningen som gjaldt anestesiform og den påfølgende postoperative smertelindringen (se kap. 1.0). Sykepleierne ble så kontaktet via Facebook Messenger og invitert til å delta i masterprosjektet. Tre av sykepleierne på listen sa seg villig til å delta på intervju, hvor av en var tidligere ansatt og to er fremdeles ansatt på den ortopediske sengeposten.

Ortoped ble først kontaktet via e-post, og så via telefon. Den samme ortoped har tidligere gitt uttrykk for å ha interesse for at et masterprosjekt kunne utføres i samarbeid med ortopedisk klinikk der ortoped selv ønsket å være involvert. Dette gjaldt det nevnte kvalitetsprosjektet. Når ortoped ble invitert til å delta på intervju til dette

³¹ Dette kvalitetssikringsprosjektet var godkjent av REK, med betingelser om at noen endringer skulle foreligge, som gjaldt tilgang til pasientdata.

aktuelle masterprosjektet, etterlyste ortopeden en prosjektbeskrivelse for å få mer utfyllende informasjon om prosjektet, som ble tilsendt. Ortopeden ble så kontaktet via sms ved et senere tidspunkt, hvor h*n takket ja til å delta.

Masterprosjektet i seg selv har blitt vinklet ulikt flere ganger, og det har vært en kontinuerlig utvikling mot de aktuelle problemstillingene som denne studien tar for seg. Denne utviklingsprosessen har involvert mine to veiledere, den praxeologiske forskningsgruppen ved UIB, samtidig som det tidligere var en tett dialog med seksjonsleder ved den sengeposten jeg jobbet på.

2.3 Fremgangsmåter av datautvalget

Bourdieu benyttet seg av flere ulike metoder i sine store verker. Noen eksempler på det er statistikk, observasjon, intervju, spørreskjemaer og tekstmaterialer (Hammerslev & Hansen, 2009, s. 23). *Historisering* og *intervju* er benyttet som metodisk framgangsmåte i dette masterprosjektet for å finne en forklaring på de aktuelle problemstillingene.

For å beskrive, forstå og forklare genesen og opphavet til praktikken rundt myndighetsforholdet mellom leger og sykepleiere er det gjort et tilbakeblikk i historien. Det er gjort en historisering om det ortopediske subfeltet, og det skisseres også anestesiens, kirurgiens og sykepleiens oppkomst ved bruk av historisk faglitteratur. For Bourdieu var historisering en måte å bryte med de nåværende forståelseskategoriene på, og var et redskap i arbeidet med det dobbelte brudd (Se kap. 2.0) (Hammerslev & Hansen, 2009, s. 22).

Gjennom Bourdieus forskningsarbeid var intervju en sentral metode, og ga innblikk i forståelseskategorier som agenter bruker for å orientere seg i den sosiale verden (J. A. Hansen, 2009, s. 62). Ifølge (Horne, 2016) kan forskningsintervjuet bidra til å få et innblikk i agentenes sin måte å forstå virkeligheten på, og samtidig gir opplevelsene og erfaringene til agentene også et uttrykk for det sosiale og de spenningene som preger et felt. Bourdieu mente at det ikke er selve saken eller meningen som skal komme fram i intervjuene, men at en gjennom teori konstruere en situasjon som virkeligheten gir seg ut fra (Glasdam, 2007, s. 141). Det vil si at ut ifra det som agentene forteller under intervjuene må det konstrueres fram ut fra hvilken posisjon hun/han snakker fra, og med bakgrunn i hvilke disposisjoner blir agentens fortelling som den blir, og også hvordan

agenten posisjonerer seg i ord og handling til saken som undersøkes (se kap.3.3.1 til kap. 3.3.5).

Slik gir datamaterialet fra intervju et grunnlag for en teoretisk konstruksjon med henhold til forklaring og forståelse (Glasdam, 2007, s. 142). Intervju ble derfor ansett som hensiktsmessig datamateriale, på bakgrunn av at disse dataene representerer agentenes og posisjonenes posisjoneringer og det herskende doxa i feltet. For å konstruere objektet, eller for å finne en forklaring på problemstillingene, er det gjort en historisering og en auto-sosio analyse i et forsøk på bryte med predefinerte forståelseskategorier (Brandser, 2015, s. 22).

2.4 Etske overveielser og studiens gyldighet

Før det var aktuelt å intervju noen, ble masterprosjektet meldt inn til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), og studien ble godkjent etter første søknad (se vedlegg 1). På grunn av studiens art og fokus, ble det vurdert at det ikke var nødvendig å søke til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for godkjenning.

Studien følger de generelle etiske retningslinjene. I retningslinjene står det blant annet at personer som deltar i forskning skal behandles med respekt. Det står videre at frivillig informert samtykke er hovedregelen når det gjelder forskning på mennesker eller når det involveres opplysninger og materiale som kan knyttes til enkeltindivider. Samtykke forutsetter samtykkekompetanse, og det skal være informert, uttrykkelig, frivillig og dokumenterbart (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Alle de 5 agentene som er intervjuet, fikk tilsendt samtykkeskjemaet på forhånd via e-post (se vedlegg 2). Anestesilegen ble gjort oppmerksom på faren for at å bli gjenkjent av seksjonslederen (se kap. 2.2), og dette er henvist til i anestesilegens samtykkeskjema (se vedlegg 2). Alle agentene ble også bedt om å lese igjennom samtykkeskjemaet ytterligere en gang til rett før intervjuet startet, før de skrev under på å delta. Dette ble gjort for å oppklare eventuelle spørsmål agentene måtte ha om prosjektet. I samtykkeskjemaet står det blant annet informasjon om studiet, om hva det innebærer å bli med, og om at de har lov til å trekke seg fra studien hvis de måtte ønske det. Integriteten til de som intervjues skal ivaretas både under intervjuet og i etterkant når resultatene presenteres og fortolkes. (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015).

Alle intervjuene ble gjennomført på sykehuset, de fleste i et oppholdsrom knyttet til sengepostene, hvor vi kunne snakke uforstyrret sammen. Oppfølgingsintervjuet til anestesilegen ble gjennomført på anestesilegens kontor. Intervjuet med ortopedien ble også utført på hans kontor. Alle intervjuene ble gjennomført i agentenes arbeidstid, eller rett etter endt arbeidstid.

Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker og transkribert samme dag eller innen 3 dager etter. Lydopptaket ble innelåst og slettet etter transkriberingen. Det framkommer ingen identifiserbare opplysninger i masteroppgaven, og all datainnsamlingen fra intervjuene slettes senest 01.09.2020 som er i samsvar med utvidet søknadsgodkjennelsen fra NSD (se vedlegg 1).

Ifølge Glasdam (2007, s. 134) sier Bourdieu at det er en fordel at den som intervjuer har god kjennskap til plassen i den sosiale verden som agenten snakker fra. Med andre ord at intervjueren er i stand til å sette seg i den intervjuedes sted og slik kunne stille de rette spørsmålene og forstå svarene som blir gitt. Som sykepleier og ansatt på ortopedisk avdeling ved samme sykehus som dette masterprosjektet tar utgangspunkt i, er jeg også en del av subfeltet ortopedi og har slik kjennskap til det som foregår i feltet. Denne kunnskapen har hjulpet meg i å lage en intervjuguide, som er basert på teorien som masterprosjektet har grunnlag i (se vedlegg 3). Spørsmålene er i utgangspunktet åpne for at agentene kan fortelle fritt, samtidig sikret intervjuguiden at det planlagte temaet ble snakket om. De åpne spørsmålene gjorde at samtalen fikk en god flyt og dynamikk, og ofte snakket agentene slik at alle de planlagte spørsmålene ikke trengtes å stilles, for agenten hadde allerede snakket om det. I etterkant vurderes også noen av spørsmålene som ble stilt spontant som for ledende, og den gode flyten og dynamikken i samtalen blir da også manglende.

Et viktig aspekt med forskningsetikken er refleksjon over egen rolle i studien. Ifølge Brandser (2015, s. 31) må en i forskerrollen gjøre overveielser omkring egen rolle og prekonstruerte forståelse. Dette innebærer til dels en auto-sosioanalyse (se kap. 2.5) og å være bevisst muligheter og begrensinger til metoden en benytter seg av. Spesielt i intervjuene med sykepleierne var jeg årvåken for at spørsmålene ikke skulle oppfattes som en utspørring som gikk på sykepleiernes kunnskap, altså at det ikke skulle virke som en muntlig eksamen i temaet. På samme måte var jeg bevisst på å prøve å unngå at

spørsmålene til ortoped og anestesilege skulle oppfattes som kritiske spørsmål til hva som ble gjort, eller ikke gjort i forhold til den aktuelle pasientgruppen.

Bourdieu refererte til maktsymmetrien som finnes i enhver intervjusituasjon som symbolsk vold. Den symbolske volden i intervjusituasjoner virker som å være uunngåelig, og asymmetrien virker over flere plan: Det er intervjueren som selektivt velger intervjudeltakerne, og bestemmer hvor mye informasjon deltagerne får om studiet, samt styrer intervjusituasjonen. Og intervjuene virker mer eller mindre inntrengende, siden det ikke er intervjudeltakeren som har bedt om å bli intervjuet (Glasdam, 2007, s. 136-137). I et forsøk på å tone ned den symbolske volden som Bourdieu viste til, ble det under intervjuene forsøkt å skape en mest mulig tillitsfull atmosfære overfor alle intervjudeltakerne. Jeg forsøkte ydmykt og aktivt å lytte til det som agentene fortalte, og bruke deres språk i samtalen.

For å sikre god kvalitet i forskning er det essensielt at vurderinger som er blitt gjort er transparente og forståelige. Med dette som grunnlag er den praxeologiske teorien og logikken som er benyttet i denne studien og beskrivelse av den metodologiske framgangsmåten beskrevet inngående i hele kapittel 2.

2.5 Auto-sosioanalyse: etter Bourdieus bud om refleksivitet.

Her presenteres auto-sosioanalysen som er en del av refleksiviteten og det dobbelte brudd som er gjennomgående i Bourdieus teori og arbeider (se kapittel 2.0). Som masterstudent er jeg selv et produkt av den sosiale verden og preget av prekonstruksjoner.

Ifølge (Horne, 2016, s. 52) har forskerens (her masterstudenten) posisjon og disposisjoner en betydning for forskningsprosessen, og gjennom auto-sosioanalysen objektiviseres forskerens sosiale posisjon i det sosiale rom og i relasjon til det som utforskes. Ved å bryte med egne forestillinger og kategoriseringer av undersøkelsesobjektet, og objektivisere egen posisjon kan en få kontroll over de forforståelsene som kan prege masterprosjektet (Hammerslev & Hansen, 2009, s. 11).

Med andre ord kan en refleksiv analyse av min livshistorie til nå bidra til et brudd med egne doxiske posisjoneringer og belyse hva som er bakgrunnen for det som

tilsynelatende er valg tatt ut fra fri vilje og rasjonalitet. Når masterprosjektet ble igangsatt var jeg selv en del av feltet jeg undersøker som sykepleier på en ortopedisk sengepost³². Derfor er første del av analysen et skjematisk oppsett av min habituskonstruksjon, som er det samme oppsettet som brukes på agentene som lot seg intervjuet i denne studien. Den skjematiske framstillingen sammen med framskrivningen av den refleksive analysen bidrar til å avdekke fra hvilken plass jeg skriver ut fra i dette masterprosjektet.

Skjematisk framstilling*:

Posisjon:	Disposisjon:	Kapital:	Posisjoneringer:
<p>Tidligere sykepleier på sengepost ved ortopedisk avdeling.</p> <p>Masterstudent ved UIB.</p> <p>Lærer på videregående, helse og oppvekstlinjen</p>	<p>*Født i Norge på begynnelsen av 80-tallet.</p> <p>*Far i arbeid gjennom hele oppveksten, arbeidstaker innenfor industri. Mor i arbeid gjennom deler av oppveksten, og da deltidsansatt; for det meste innenfor renholdsarbeid.</p> <p>*Søster med pedagogisk utdanning, jobber med barn og har ervervet seg delstilling som leder. Bror med yrkesfaglig utdanning, jobber i offshorefeltet.</p>	<p>Kulturelle:</p> <p>*Bachelor i sykepleie.</p> <p>Masterstudent i sykepleievitenskap.</p> <p>Fritid: Tilbringe tid sammen med mann og barn og øvrig familie og venner. Er fysisk aktiv i perioder. Er for det meste kjent med og interessert i populærkultur, gjerne den litt «atypiske» sorten; som hardere form for rock og filmer som ikke alltid anses som kommersielle Hollywood filmer.</p> <p>Økonomiske:</p> <p>*Gjennomsnittlig årslønn som arbeidstaker. Forventes å stige etter endt utdanning.</p> <p>*Bor i rekkehus</p> <p>Sosiale:</p> <p>*Gift, har barn</p>	<p>Om før endring:</p> <p>*Har som mangeårig nattevakt ved sengeposten undret over hva som er årsaken til at de aktuelle pasientene må ha plexusbedøvelse og påfølgende smertebehandling med opioider når det eksisterer andre alternativer. Også når verken kollegaer, ledere eller pasienter fant dette som en optimal løsning.</p> <p>*Mener det var utfordrende at plexusbedøvelsen til håndleddsopererte pasienter typisk gikk ut på nattevakt, en tid da sengeposten er utsatt ved høy arbeidsmengde.</p> <p>*Erfarer at pasientsikkerheten øker ved bruk av alternative legemidler enn opioider til den</p>

³² Før ferdigstillingen av denne studien skiftet jeg jobb til lærer på videregående skole, blant annet etter at all datainnsamling var utført.

		<p>*Ektemann har IT-utdannelse, jobber i et privat IT firma.</p>	<p>aktuelle pasientgruppen, noe legene i de siste årene har vært mer åpen for å bruke.</p> <p>*Opplever samarbeid med leger for det meste godt, men merker å bli mer hørt av erfarne leger når diskusjonen gjelder endring av smertebehandling til pasienter.</p> <p>*Anser å ha inkorporert i egen habitus å være tidlig ute med å kontakte lege (fortrinnsvis ortoped) og få «skikkelige» ordinasjoner til de aktuelle pasientene, før plexusbedøvelsen slipper taket.</p> <p>*Mener det er et miljø for å si ifra om det er noe en er uenig med på avdelingen, men opplever at egen stemme blir «tygd opp» av maskineriet som systemet sykehuset er.</p> <p>Etter endringen: *har forsket på hva som lå bak avgjørelsen rundt endringen som skjedde.</p>
--	--	--	---

*Skjematisk framstilling av samtlige habituskonstruksjoner er inspirert etter skjema hentet fra Brandser (2015 vedlegg 11).

2.5.1 Masterstudentens sosiale, kulturelle og økonomiske bakgrunn

Jeg er født og oppvokst på en øy som ligger ved kysten på Vestlandet på begynnelsen av 1980 tallet. Norge var fremdeles en ung oljenasjon, og hadde sin første kvinnelige statsminister. Jeg er oppvokst i en enebolig som min far sammen med sin far, og noen onkler egenhendig bygget på slutten av 70-tallet. Mine foreldre møttes i tiden da 70-tallet gikk over i 80-tallet, og min mor hadde to barn fra et tidligere ekteskap.

Min mor (1953-) er opprinnelig fra en by i Nord-Norge og flyttet til Vestlandet da hun var rundt 10 år. Hun valgte å ikke ta utdanning etter ungdomsskolen, og har ervervet arbeidserfaring innenfor butikk og handel samt renhold. Ved å ha deltidsarbeid ga det henne muligheten til å være en del hjemme sammen med barna, og har slik jobbet hjemme med hovedansvaret for barna. Ved utgangen av 1990-tallet ble min mor uføretrygdet på grunn av en fysisk skade. Dette har gitt henne muligheten til å følge tett opp om barnebarn, samtidig som det har ført til begrensinger i muligheten til å øke lønnsinntekter.

Hun giftet seg i ung alder, og ble mor som 18-åring til min bror og noen år etter til min søster. Hun skilte seg fra sin daværende mann etter noen år, og fødte meg som 30-åring etter ett års ekteskap til min far. Mine søsken er 10 og 12 år eldre enn meg. Min søster har bachelorgrad innenfor pedagogikk for barn, og har gjennom sin yrkeskarriere valgt å ta videreutdanninger i pedagogiske fag. I dag har hun en kombinert leder- og ansatt stilling ved den kommunale barnehagen som hun har vært mangeårig ansatt ved. Min bror valgte som ung et yrkesfag som gir muligheten til å jobbe offshore. Etter noen år bygget han videre på sin yrkesfaglige videreutdanning som førte til at han ervervet en ingeniørstilling i offshorefeltet.

Mine besteforeldre på mors side møttes i Nord-Norge hvor min mormor er født og oppvokst. Morfar (1927-2004) var utplassert der når han var i militæret. De bodde sammen der i noen år og fikk tre barn, før de flyttet til Vestlandet hvor de har bodd siden midten av 1960 tallet, i en enebolig de fikk bygget. De har ingen formell utdanningsbakgrunn. I likhet med min mor har mormor (1927-) sin arbeidsbakgrunn innenfor butikk og handel samt renhold, og hadde hovedansvaret for husarbeid og barna hjemme. Min morfar hadde interesse for motorer og mekanikk, og fikk i Nord-Norge jobb som kranfører. Dette yrket fortsatte han med i et industrifirma på Vestlandet etter

flyttingen. Sammen eide de et gammelt hus med naust og kai på en naboøy, som i dag blir brukt som hytte på deling for familien hvor jeg har mange gode ferieminner fra, Min far (1948-) valgte yrkesfaglig utdanning innenfor mekanikk. Han har jobbet i industrien fra siden han startet sin yrkeskarriere til han ble pensjonist. Han kjøpte en del av tomten til sine foreldre og bygget hus der, og har dermed bodd på samme plass i hele sitt liv. Huset ble bygget før min far traff min mor, og siden han hadde status som ungkar fikk han derfor ikke et gunstig husbanklån, og måtte ta opp et banklån med høy rente sammenlignet med nåtidens rente. Min far har også bygget egen båt sammen med sin far. Jeg er eneste barn til min far.

Mine besteforeldre på min fars side bodde kun noen meter fra oss til min bestefar (1911-1991) døde 9 år før min bestemor (1916-2000). Bestefar hadde yrkesutdannelse som på den tiden ble kalt for snikker. Gjennom sin yrkeskarriere jobbet han med å bygge båter, både skøyter og ferjer og til slutt i industrien med å bygge innredning i treverk for større båter. Bestemor tok ingen utdanning, men jobbet i hjemmet med hovedansvaret for 5 barn. I tillegg stelte hun sine egne foreldre når de ble syke og gamle, som da fikk bo på loftet i deres hus.

Jeg ser tilbake på en trygg og skjermet oppvekst i en liten bygd på Vestlandet, i en familie med foreldre som la vekt på å arbeide hardt og å spare framfor å ta opp lån for å bruke på materialistiske goder eller luksusartikler. Den økonomiske, symbolske og kulturelle kapitalen var ikke høy, men vi følte aldri at vi manglet noe. At vi bodde i hus ved sjøen med egen kai og båt ga mine foreldre muligheten til å fiske, som de anså som økonomisk gunstig. Dette ga meg også mange opplevelser som barn, og jeg føler meg fremdeles «hjemme» i nærheten av sjøen.

Arbeidsfordelingen i hjemmet mellom mine foreldre er av den tradisjonelle arten. Min mor jobbet deltid og hadde hovedansvaret for oppdragelsen og omsorgen for barna, og gjør all jobben innomhus. Min far var den som hadde høyest lønning av de to, og han har ansvar for å jobbe utenomhus, samt at han driver med sin store hobby som er motorsykler. Det var primært om sommeren vi dro på ferieturer, og da dro vi på bilferie rundt i Norge med overnatting i telt eller i campinghytter. En gang under oppveksten var vi i utlandet, da valgte foreldrene mine å ta meg med til Skottland. Som barn og ung tok i tillegg mine foreldre meg med på teltturer med motorsykkelen, spesielt etter at mine eldre søsken flyttet ut.

Jeg er selv gift og har to barn. Min manns foreldre har sammenlignbar samlet kapital som mine egne, og min mann har en fireårig bachelor fra et engelsk universitet innenfor et kreativt og datateknisk yrke, som innehar et lite fagmiljø i Norge. Etter en periode med arbeidsløshet klarte han å erverve seg en fast stilling i et privat IT-firma, med en annen stillingsbeskrivelse enn den han er utdannet til.

Vi bor i et eldre rekkehus i et borettslag i et etablert område hvor duften av middag henger tungt i luften mellom 15:30 og 16:00. Bebyggelsen rundt består av eneboliger, rekkehus og leilighetsblokker.

Arbeidsfordelingen mellom oss er også preget av det tradisjonelle rollemønsteret, der jeg har et hovedansvar inne i huset og min mann utenfor, men det er allikevel en mer likestilt fordeling enn som hos mine foreldre. Omsorgen og ansvaret for barna er likt fordelt.

2.5.2 Veien inn i det medisinske feltet

Etter å fullført videregående på allmennlinjen, visste jeg ikke hvilken utdanning jeg skulle velge videre. Jeg vurderte å ta et friår, noe min mor var sterkt imot. Hun foreslo at jeg kunne søke på sykepleien, et råd jeg fulgte etter kort tids vurdering. Jeg vurderte det som et yrke med mange muligheter, og et trygt valg ved å være sikret en jobb etter studiene.

I 2002, det samme året jeg startet på sykepleiestudiet, ble også utdanningen omgjort til en bachelorgrad. Rammeplanen var fra 2000 og la vekt på en økning i den naturvitenskapelige kunnskapen, og økning i tiden studentene var ute i praksis med hensikt i å minske det som blir kalt for praksisgapet. Jeg valgte å gjennomføre studiet ved et annet studiested enn i egen hjemby, og jeg ser tilbake på studietiden som en minnerik og god tid. Ved å flytte hjemmefra og gjennom utdannelsen utviklet jeg meg både som person og faglig. Å kunne studere i en annen by ble muliggjort gjennom lånekassen, noe økonomisk støtte fra mine foreldre, sommerjobb og en deltidsjobb som renholder som jeg delte med min romvenninne.

Min første jobb som sykepleier var en sommerjobb i hjemmesykepleien på natt på samme øyen jeg vokste opp. Det følte som et enormt ansvar som jeg på ingen måte følte meg klar for å ta. I arbeidet skadet jeg ryggen muskulært som lenge etterpå preget meg fysisk. Mitt første møte med arbeidslivet som ferdig utdannet sykepleier brøt ned

noe av det delvis romantiske og naive bildet jeg hadde på å være sykepleier, som en kan kalle en illusjon jeg hadde.

Når sommerjobben var over ønsket jeg å flytte på meg, og søkte arbeid i en større by på Vestlandet. Jeg fikk en deltidsjobb ved et lite sykehjem i Bergen, og gikk etter hvert over i en nattstilling da det ble ledig der. Her trivdes jeg godt, men det ble tydeligere etter hvert at jeg var klar for andre utfordringer og ønsket om å jobbe på sykehus vokste. Da min mann fikk jobb i enn annen by på Vestlandet søkte jeg jobber ved sykehuset der, og fikk en stilling som nattevakt ved en medisinsk rehabiliteringsavdeling. Gjennom denne jobben ervervet jeg sykehuserfaring, men arbeidet minnet også om arbeidet jeg utførte ved sykehjemmet. Pasientene var eldre, det var mye stell og fysisk tungt for pleierne, og på grunn av sykdommens art var det både utfordrende å se framgang hos dem og å få kontakt med pasientgruppen. Når avdelingen skulle legges ned og inkorporeres i en større avdeling, søkte jeg mot en avdeling som ved hjelp av skalpell, medisinteknisk utstyr og medisiner behandlet pasienter med mål om å føre de i høyest mulig grad tilbake til hverdagen. En avdeling som ga muligheter til pasientene og pleierne å se rask tilheling og resultat av behandlingen. Det ble klart at det var på en kirurgisk avdeling jeg ville arbeide, og det ortopediske fagfeltet virket spennende og utfordrende.

Etter å ha jobbet ved ortopedisk sengepost i et par år flyttet jeg og min mann tilbake til byen der vi møttes, der han fikk jobb. Jeg fikk også jobb ved ortopedisk avdeling ved et av sykehusene der, og jobbet der i 8 år i ulike stillingsprosenter. I de siste årene jobbet jeg rene nattstillinger, som muliggjorde det å enklere følge masterforløpet i sykepleievitenskap og samtidig ha en inntektskilde.

2.5.3 Veien inn i det akademiske feltet

Etter å ha jobbet som nattevakt på en ortopedisk avdeling i flere år, på en sengepost med et høyt tempo selv om natten, og etter å ha fått barn som jeg ikke kunne være mer til stede for i helgene og i høytider ble det klart for meg at en endring i arbeidssituasjon måtte skje. Det ble klart for meg at å jobbe i en klinisk stilling preget av turnus resten av mitt arbeidsliv ikke var en framtid som appellerte. Sett i lys av dette føyer mitt syn på sykepleieyrket seg inn i årsaker for de som omtaler det som en flykt fra yrket.

Nysgjerrig av natur og med en fascinasjon av forskning valgte jeg master i sykepleievitenskap.

Gjennom masterutdanningen ble vi presentert for ulike vitenskapsteorier og forskningsmetoder, og gjennom forelesninger av professor i sykepleievitenskap Karin Anna Petersen fikk jeg kjennskap til praxeologi. Praxeologi stod fram for meg som en omfattende teori og metode som undersøker og tar høyde for mye av det som andre teorier og metoder, i mine øyner, kan mangle. Det er også en vitenskapsteori som forsker på praksis, og med bakgrunn i et praktisk yrke er jeg følgelig opptatt av forskning for praksis. Etter hvert som jeg fikk mer kjennskap til praxeologi og Bordieu har dette vært en erfaring jeg best kan beskrive som en «eye-opener», som belyser aspekter som vi tar for gitt og i enkelthet anses som tilfeldigheter og selvfølgeligheter.

Som sykepleier på en ortopedisk sengepost, har jeg første-hånds kjennskap til temaet jeg valgte for masterprosjektet, og har selv vært en del av feltet. Jeg klarte ikke å forstå hvorfor de håndleddsopererte pasientene måtte ha en bestemt type anestesibedøvelse, som resulterte i at mange fikk sterke smerter når bedøvelsen sluttet å virke. Det virket for meg som at aspekter rundt dette ble holdt skjult, eller ikke tatt tak i på avdelingen. Til tider kjente jeg meg oppgitt over at bedøvelsen gikk ut om natten, da vi var få på jobb. Masterprosjektet har hatt flere ulike vinklinger og problemstillinger, men dette har alltid vært kjernen i det jeg ville utforske, og praxeologi virket på meg som den beste måten å utforske problemet på.

2.5.4 Mine disposisjoner

Auto-sosioanalysen er blitt brukt som et verktøy for å bryte med egen forforståelse, selv om den ikke påberoper seg å bli helt kvitt dette. Slik som denne analysen av min bakgrunn viser, er mine disposisjoner preget av arvet kapital. Min selvforståelse av yrkesvalg var før bruddet en tilfeldighet og en måte å sikre meg jobb etter endt utdanning. Auto-sosioanalysen viser at valget jeg tok for å bli sykepleier, et yrke som handler om omsorg og som er praktisk, er en reproduksjon av både en omsorgs-habitus fra mine formødrer og en praktisk-habitus fra mine forfedre. Og ved å vokse opp i en familie med til tider sparsommelig økonomi, men som samtidig hadde alt vi trengte, ble det heller ikke lagt vekt på et yrkesvalg styrt av økonomiske grunner.

Gjennom oppveksten passet min storesøster meg, og som søstre har vi et sterkt bånd. Både under oppveksten og i nåtid ser jeg opp til min storesøster som har en pedagogisk utdannelse. Jeg har derfor en antatt habituell tilbøyelighet til å ta en masterutdannelse som framstår som aktuell i en lærerstilling, og jeg innehar i dag en stilling som lærer ved helse- og omsorgslinjen på videregående.

Praxeologi er en vitenskapsteori som blant annet legger mye vekt på posisjoner og sosial status. Som egen refleksjon rundt egen fascinasjon og valg av denne vitenskapsteorien, kan det komme av at jeg alltid har betraktet min egen økonomiske, kulturelle og sosiale posisjon som mer lavtstående i forhold til de rundt meg utenom egen familie. Dette kan ha gjort meg mer disponert for å være opptatt av posisjoner og den makten disse posisjonene kan føre med seg. Jeg reflekterer også på om mine disposisjoner om utenforskap har gjort det utfordrende for meg å ta en posisjon i både sykepleiefeltet og det akademiske feltet, og at jeg kan oppfattes raskt av andre som den «rolige og stille».

3.0 Analyse av studiens empiri del 1

I dette kapitlet presenteres første del av studiens analyse, en historisering av ortopedifeltets opphav. For å forstå de strukturelle rammene rundt det ortopediske feltets framvekst, er det også gjort en historisering av velferdsstaten Norge med vekt på helsevesenet etter andre verdenskrig.

Opphavet til profesjonene (posisjonene) sykepleier, kirurg³³ og anestesilege følger under. Historiseringen tar utspring i en del av problemstillingen, og er gjort med hensikt i å finne en forklaring på opphavet (genesen) til at det finnes et myndighetsforhold mellom profesjonene (eller posisjonene) leger og sykepleiere i det medisinske feltet.

3.2 Historisering

Gjennom historisering kan forskeren foreta *det dobbelte* brudd³⁴, og er ifølge Bourdieu et viktig grep for forskeren for å kunne bryte med vanlige forestillinger (doxa) i feltet og

³³ Det er i denne historiseringen fokusert på profesjonen kirurg, da ortopedens opphav har sin bakgrunn i det.

³⁴ Som det omtales i kapittel 2.0

med egne forforståelser av feltets system (Bourdieu et al. 1991: Bourdieu & Wacquant 1996, referert i Hammerslev, 2009, s. 81). Ifølge Bourdieu (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 77) må strukturen i et felt analyseres for å kunne gripe dynamikken i feltet. Samtidig kan ikke dette skje uten en analyse av opprinnelsen og oppbyggingen bak strukturen, og av spenningen mellom posisjonene som utgjør strukturen, eller mellom feltet som helhet og andre felt. Historiske hendelser kan ikke forstås uten å rekonstruere mangfoldet av de ulike og relativt selvstendige sammenkjedningene av uavhengige fenomen som påvirker hverandre og resulterer i det som er enestående ved de historiske hendelsene (Bourdieu & Wacquant, 1993, s. 77-78).

For Bourdieu handler ikke den historiske viktigheten om en antikvarisk interesse for fortiden eller om spesifikke historiske hendelser. Men historie er et vitenskapelig verktøy som brukes til å avdekke den sosiale verdens *historisitet*. Sosiale strukturer, kulturelle klassifikasjoner, våre handlemåter og antagelser, opplever vi som innlysende og universelt for mennesker. Ifølge Bourdieu er det i virkeligheten arbitrære produkter av historien: noe som er blitt til under bestemte historiske vilkår, og som kunne sett annerledes ut under andre omstendigheter. Ved å historisere kan en betrakte verden kritisk og vitenskapelig, gjennom å vende seg mot fortiden og rekonstruere, hvordan og på hvilken betingelser ting har skjedd og utviklet seg. Ved å kjenne forhistorien kan en gjøre seg fri fra den, og slik unngå å adlyde den uten å vite det, eller å gjenta den uten å ville det (Esmark, 2009, s. 191). En kan si at de historiske hendelser som har skjedd innenfor et felt, eller mellom felt, er en del av feltets habitus, på samme måte som individer eller agenter inkorporerer verdenshistorie eller arv og forhistorie inn i sin habitus.

Historiseringen som er skrevet fram for dette masterprosjektet har sitt fokus og sine begrensninger, og på grunn av dette er det mye av historien som er kjent som ikke har vært mulig å inkludere. Den er skrevet ut fra historiske bøker som delvis inkluderer det som har skjedd i verden, i Europa og med et hovedperspektiv på det som har skjedd i Norden og i Norge. I søken etter tekster som omhandler de aktuelle temaene som det er lagt vekt på i denne historiseringen, har det blitt brukt både tekster fra bøker med et historisk perspektiv, artikler og bøker eller hefter som er gitt ut i forbindelse med ulike fagforbunds jubileer. Det er forsøkt å finne kilder som kan gi et mest mulig objektivt og sannferdig bilde av det som har skjedd, allikevel vil det alltid i en viss grad være farget

av forfatteren som har skrevet det. I bruken av kilder som er historiske, vil det ikke alltid være mulig å gå tilbake og dobbeltsjekke ved for eksempel intervjuer eller feltobservasjoner, men det vil allikevel gi et visst inntrykk av hvordan tingenes tilstand var da. For noen tema ble det funnet flere kilder som virket aktuelle å bruke, mens for andre tema var det begrenset. Dette vil vise seg igjen i referansene som er brukt i historiseringen.

Ifølge Alvik (1953, s. 11) er ortopedi en gammel medisinsk disiplin, som allerede var omtalt av Hippokrates. De hippokratiske legene utførte enkle operasjoner og behandlet brudd, og de la dessuten vekt på hygiene ved at utstyr og bandasjer måtte være rent (Mathisen, 2006, s. 29). Edvardsen (1979, s. 57) mener at ut ifra hvordan en definerer ortopedisk kirurgi, kan det hevdes at størstedelen av kirurgien som utviklet seg i tidlig alder var av ortopedisk art. Fra nordisk eldre litteratur er det i 1241 i Sturlungasaga en beskrivelse av refrakturering av skjevt tilhelede benbrudd, og det nevnes bruken av sonde og tang til fjernelse av nekrotisk ben i Grágás som er fra samme tidsrom. Operasjoner av denne typen og amputasjoner utgjorde ifølge Edvardsen en betydelig del av de kirurgiske inngrepene som ble gjort gjennom hele middelalderen (Edvardsen, 1979, s. 57).

I 1741 ga Nicolas Andry (1658-1742) ut den første boken om kirurgisk ortopedi, der han satte sammen de greske ordene *orthos* som betyr rett, og *paidion* som betyr barn. Ordets konstruksjon indikerer hva som var opprinnelig gjeldende innenfor ortopedi, da det startet med et fokus på å korrigere ben deformasjoner hos barn (Jester, Santy & Rogers Msc, 2011, s. 2; Mostofi, 2005, s. 8-9). Gjennom 1800-tallet utviklet det ortopediske spissfeltet seg til et eget medisinsk spesialfelt som omfavnet skader og sykdommer i muskel-skjellettsystemet, både hos barn og hos voksne (Rugtveit, 1985, s. 293).

3.2.1 Ortopediens opprinnelse i Norge.

Som et ledd i oppbyggingen av helsetilbud til befolkningen i Norge skjer det mot slutten av 1800-tallet en utbygging av kysthospital, sykehus og sanatorier. Men helseinstitusjoner for syke fantes før den tid (Sundal, 2014, s. 50-65 + 72). I den første delen av middelalderen ble medisinen kalt «klostermedisin», og i mangel på sykehus og

leger var det klostrene de syke henvendte seg til. Kristendommen og den religiøse forståelsen av sykdom hadde et sterkt fotfeste både i Europa og i Norge. Den kristne ideologien nedfelte seg i etableringen og driften av de første hospitalene på 1100- og 1200-tallet i Trondhjem (Schiøtz, 2017, s. 35). Utover 1600-tallet og 1700-tallet skjer det ifølge Sundal (2014, s. 72) en todeling av middelalderens hospital og institusjoner. Det blir et skille mellom det som blir undervisningsklinikker som forskningspraksis uten behandling, og allmennhospitaller som tukthus, fattighus og arbeidshus hvor fattige folk ble oppbevart og fikk «moralsk» behandling. I tiden etter den franske revolusjonen ble de to behandlingsprinsippene ført sammen i klinikkene og tanken om å behandle og reparere mennesker sett i lys av mennesket som nyttig arbeidskraft blir mer gjeldende, og den moderne sykehusklinikk oppstår (Foucault 2000: Martinsen 2003 s. 142-168, referert i Sundal, 2014, s. 7-10 og 72-73)³⁵. Den franske revolusjonen hadde innvirkning på profesjonaliserings- og moderniseringsprosessen til legene, både i og utenfor Frankrike (Schiøtz, 2017, s. 288).

I de moderne sykehusklinikker trengtes det også utdannede helsepersonell, som kirurger. I 1814 åpnet det medisinske fakultet ved universitetet i Christiania og kirurgi og medisin ble slått sammen til en felles utdanning. Nordmennene var først ute med dette både på universitetsnivå og i europeisk sammenheng (Schiøtz, 2017, s. 288). 1814 er også året som Norge fikk sin egen grunnlov, etter å ha vært i Union med Danmark fra 1660-1814 hvor all makt lå hos den dansk-norske kongen i København (Sejersted, 2018). Napoleon tapte krigen som førte til at Danmark måtte overgi Norge på grunn av blokaden krigen førte til mellom landene. Norge havnet i en ny og langt løsere union med Sverige. I den nye unionen fikk Norge status som en egen stat, men hadde felles konge med Sverige. Unionen med Sverige ble oppløst i 1905 (Mathisen, 2006, s. 86; Moseng, 2003, s. 271; Sejersted, 2018). Institusjoner som *Det medisinske fakultetet*, *Fødselsstiftelsen* og *Rikshospitalet* som ble alle bygd opp i løpet av de første tiårene etter 1814, er institusjoner som eksisterer fremdeles (Moseng, 2003, s. 271). Med egen

³⁵ Franske Michel Foucault (2000) skrev i «Klinikkens fødsel» om hvordan sykehus, legeutdannelsen og pasientbehandling ble utviklet fra revolusjonen i 1789. Foucault viser til hvordan medisinfaget utviklet seg på kort tid rundt 1800, og at utviklingen spilte en sentral rolle for hvordan vitenskapen om menneskekroppen ble videre utviklet på 1900-tallet. Foucault så blant annet på utviklingen av medisin som et maktinstrument og en overvåkningsinstans.

grunnlov og opprettelsen av et norsk storting i 1814 markerte Norge sin begynnelse på selvstendighet. Et moderne og selvstendig Norge skulle bygges opp, og egne medisinske institusjoner med egne medisinske fagfolk var en del av oppbyggingen. De nye norske legene skulle være utdannet i Norge for norske forhold (Ø. Larsen, 2003).

I første halvdel av 1800-tallet utgjorde amputasjoner en stor del av de ortopediske inngrepene. Bruddbehandling var for det meste strekkbehandling, altså konservativ behandling. Anatomisk kunnskap var avgjørende og operasjonene skjedde uten narkose, og det måtte skje fort. Før bruken av narkose ble innført i 1846 ble det utført totalt rundt 30 operasjoner ved Rikshospitalet i året. I siste halvdel av 1800-tallet var bruddbehandlingen fremdeles hovedsakelig konservativ. Brudd i armer og ben ble lagt i strekkbehandling, og eventuelt immobilisert ved hjelp av ulike typer skinner, fortrinnsvis laget av tre. Etter hvert kom også gipsbandasjering inn som middel for immobilisering av bruddstedet. Kirurgene og legene som drev med ortopedisk virksomhet i Norge, virket å ha god kommunikasjon og informasjon om behandlingsmetoder i verden, og drev med reisevirksomhet (Edvardsen, 1979, s. 59).

Ortopedisk kirurgi ble i Norge, som i resten av Skandinavia, innført via datidens omsorg for vanføre³⁶. I Norge startet det med søstrene Agnes og Nana Fleischer som i 1892 startet en arbeidsskole i Oslo for vanføre. Omsorgen for «de vanføre og lemlestedede barn» hadde opprinnelse i Danmark, men det var på en tur til Finland at søstrene hentet inspirasjon til å starte skolen i Norge. Året etter, i 1893 startet de «Foreningen til understøttelse av trengende vanføre». De pasienter som trengte det, fikk operativ behandling ved Rikshospitalets kirurgiske avdeling. En pengedonasjon³⁷ fra Kong Oscar II og Dronning Sophie ga en solid økonomisk basis for skolen, som ble kalt Sophies Minde Ortopedisk Hospital. Det ble det norske ortopediske senteret de neste 50 årene og sammen med foreningen ble de byggesteiner for en sentral og viktig del av ortopedisk kirurgi, nemlig rehabilitering (Edvardsen, 1979, s. 62; Rugtveit, 1985, s. 293). I 1915 flyttet vanføreanstalten slik at det da ble plass til både skolegang og behandling, inklusiv kirurgisk behandling, fysioterapi og ortopedisk bandasje- og fottøyverksted (Edvardsen, 1979, s. 62).

³⁶ Det vi nå kaller for funksjonshemmede.

³⁷ I 1897 (Edvardsen, 1979, s. 62).

Ifølge Rugtveit (1985, s. 294) har også kysthospitalene som hatt betydning for utviklingen av ortopedi i Norge. På 1800- og 1900-tallet var tuberkulose en alvorlig sykdom i samfunnet. Blant annet manifesterte sykdommen seg med skrofulose³⁸ og bein- og leddproblemer, og fire kysthospitaler³⁹ fikk sitt opphav på grunn av de tuberkuløse manifestasjonene. Alle hospitalene med unntak av et utførte ortopedisk kirurgi på tuberkulosepasientene (Rugtveit, 1985, s. 294-295).

Den høye forekomsten av tuberkulose på slutten av 1800-tallet i Norge med en kulminasjon i 1900, hvor sykdommen krevde mest unge liv, førte til at Norge som en av de første landene i Europa fikk tuberkuloseloven. Loven fra 1900 innebar en innskrenking i befolkningens frihet i arbeidet med å verne de friske fra de syke, å sikre pleie av syke og å bygge hospitaler. Virkemidler som blant annet tvangsinnleggelse og tvungne hygieniske tiltak ble iverksatt. Den sosioøkonomiske situasjonen i Norge på den tiden var preget av fattigdom og dårlige boforhold. Tuberkulose rammet hardest der fattigdommen rådet, og ble slik en stigmatisert sykdom som var ofte forbundet med redsel, skyld og skam. I et annet perspektiv har ingen annen sykdom initiert en så bred innsats i sykdomsbekjempelse, og slik sett var tuberkulosen den fremste institusjonsbyggeren fremfor noen. Forekomsten av sykdommen gikk gradvis tilbake utover 1900-tallet, trolig grunnet bedre sosioøkonomiske forhold som bedre ernæring og bedre boliger med mindre trangboddhet. Gjennombruddet i behandlingen kom med antibiotikabehandlingen rundt midten av 1940-tallet (Folkehelseinstituttet, 2010; Schiøtz, 2003, s. 64-77). To av de nevnte kysthospitalene er fremdeles i drift: Kysthospitalet ved Stavern som nå driver med rehabilitering, og Kysthospitalet i Hagevik hvor det fremdeles drives med ortopedisk kirurgi av elektive pasienter (Rugtveit, 1985, s. 294-295).

Tiden rundt da Sophies Minde og kysthospitalene ble opprettet ved slutten av 1800-tallet til begynnelsen av 1900-tallet, var en tid hvor det skjedde store samfunnsendringer i Norge. Migrasjon samt emigrasjon, høy befolkningsvekst, urbanisering, utbygging av samferdsels- og kommunikasjonsnett, industrialisering og mekanisering og endrede

³⁸ Tuberkuløs affeksjon av lymfekjertler, vanligvis på halsen (<https://sml.snl.no/skrofulose>, 2020)

³⁹ Kysthospitalet ved Stavern etabl. 1892, Kysthospitalet i Hagevik etabl. 1893, Kysthospitalet i Vadsø etabl. 1912 og Tromsø Kysthospital etabl. 1924 (Rugtveit, 1985, s. 295).

driftsformer i jordbruksnæringen var alle tendenser som hadde betydning for sykdomsomsfang og for tiltakene som ble satt i gang for å hindre spredning av sykdommer (Schiøtz, 2003, s. 58). Den nye læren om mikroorganismene, bakteriologien, fikk stor betydning for helsevesenet. Den revolusjonerte læren om sykdommenes opprinnelse og spredningsveier, behandlingsmetodene og den medisinske tenkemåten. Den nye erkjennelsen ble grunnleggende for den storstilte utbyggingen av helseinstitusjoner samt helselovgivning og annet folkehelsearbeid, med særlig fokus på hygiene og forebyggende virksomhet. Den påvirket også i stor grad befolkningens holdninger, vaner og adferd (Schiøtz, 2003, s. 51).

Betingelsene for utbyggelsen av helsevesenet var bedre offentlig økonomi, men også et ideologisk skifte hos de styrende (Schiøtz, 2003, s. 77). Tenkningen rundt statens rolle i ivaretagelsen av borgerne var i endring, som beveget seg mer mot velferd og helse i økende grad ble ansett som et offentlig anliggende. Ny lovgivning, nye organisatoriske tiltak og institusjonalisert samarbeid private organisasjoner og det offentlige viser til den intensiverte innsatsen som tok plass. Utsatte grupper i samfunnet ble stadig viet større plass (Schiøtz, 2003, s. 58). Medaljens bakside av de offentliges arbeid for bedre helse for borgerne materialiserte seg i disiplinering, stigmatisering, kontroll og isolasjon av de syke, de man antok var syke og ikke sjelden deres familier. I krigen mot sykdommene var de fleste hjelpemidler tillatt (Schiøtz, 2003, s. 77).

For kirurgien var bakteriologien banebrytende, og teknikker som *antiseptikk* og *aseptikk* ble introdusert i andre halvdel av 1800-tallet. Antiseptikk handler om å drepe mikroorganismer og hindre spredningen. Aseptikk handler om å hindre at mikroorganismer kommer til under operasjoner, med sterilisering av instrument og omgivelser som avgjørende virkemiddel. Sammen med *anestesi* var bakteriologiens lære avgjørende for kirurgiens utvikling, og i kjølvannet av de to erkjennelsene kunne det utvikles nye operasjonsteknikker, ny teknologi og bygges nye operasjonssaler. Summen av den nye innsikten gjorde at operative inngrep ble enklere å planlegge og gjennomføre, samtidig som det ble mindre risikofylt for både pasient og lege (Schiøtz, 2017, s. 70). I kjølvannet av de nye teknikkene og nye bedøvelsesmetodene ble det også utover 1800-tallet etterhvert mer utbredt med kirurgisk ortopedisk behandling (Edvardsen, 1979, s. 60).

Utvikling av ortopedi som egen spesialitet i Norge hadde bakgrunn i den utviklingen som ellers skjedde i Europa. Definisjonen som Andry hadde gitt faget i 1774 omfattet som tidligere nevnt etter hvert bevegelsesapparatets sykdommer i alle aldre i Europa og USA (Edwardsen, 1979, s. 61-62). Ifølge Edwardsen (1979, s. 61-62) oppstod ortopedien på bandasjeteknisk grunnlag som utviklet seg til en bandasjeteknikk som nådde et høyt nivå, mens utgangspunktet for den angelsaksiske ortopedi var primært «the bonesetter» som fra gammel tid behandlet brudd, ledd og muskelskader. Norsk ortopedi tok etter hvert opp i seg elementer fra begge disse utgangspunktene (Edwardsen, 1979, s. 61-62).

Foruten den ortopediske behandlingen som foregikk ved Sophies Minde og kysthospitalene⁴⁰, var også andre ortopediske sykehus som Martina Hansens Hospital som ble opprettet i 1936 og Kronprinsesse Märthas Institutt som ble opprettet i 1956 en del av det ortopediske behandlingstilbudet i Norge. Men fra begynnelsen av 1960 tallet til rundt midten av 1980 tallet ble ortopedisk kirurgi etablert som egne avdelinger ved norske sykehus⁴¹ (Rugtveit, 1985, s. 294-296).

3.2.2 Oppbyggingen av en velferdsstat og det norske helsevesen

For å kunne forstå og forklare noe av den ortopediske kirurgiske opphav må en også se på de objektive strukturene og rammene rundt det. Utviklingen av kirurgisk ortopedi slik vi kjenner den i dag har blant annet sin bakgrunn i landets helseideologi og velferdspolitik, som har lagt stor vekt på sykehusvesenet. Det første store steget mot Norge som velferdsstat kan sees i oppbyggingstiden etter første verdenskrig.

Da første verdenskrig brøt ut i 1914, erklærte Norge seg nøytrale (Børresen, 2018). Gunnar Knudsen fra partiet Venstre var statsminister gjennom de turbulente krigsårene, og fram mot de store økonomiske krisene som rammet landet i 1920. Under denne tiden skjedde det en ekspansjon av nye institusjoner i Norge, fra 60 til 92. Det skjedde også en omorganisering av noen av departementene og Medisinalvesenet fikk en mer etablert plass under Sosialdepartementet. Forslaget om en sterkere posisjon for medisinalsaker kom fra venstreradikalen og handelsministeren fra 1913, Johan Castberg (Schiøtz, 2003, s. 176-177+179). Ifølge Schiøtz (2003, s. 177) har Castberg fått mye av æren for å ha

⁴⁰ Kysthospitalet i Vadsø som hovedsakelig ga konservativ behandling ble lagt ned i 1945 (Rugtveit, 1985, s. 295).

⁴¹ Se tabell 44-1 (Rugtveit, 1985, s. 296).

lagt grunnlaget for etterkrigstidens norske velferdsstat. Castbergs reformpolitikk var en motvekt til kapitalismens individualistiske samfunnsånd, med en ny samfunnstanke; *solidarisme*. I lovgivning og i offentlige institusjoner så han et middel for å skape større sosial rett og bedre vilkår for fri utfoldelse av alle kreftene i folket. Dette samfunnsynet lå til grunn for Castberg og hans støttespilleres arbeid med periodens restrukturering av departementsstrukturen og offensiv sosiallovgivning, deriblant den gangs syketrygd (Schiøtz, 2003, s. 177).

I perioden 1913-1940 kan det sees tre faser når det kommer til helsepolitikk og forvaltning, hvor den første fasen er krigstidens ekspansjon (Schiøtz, 2003, s. 203). Den andre fasen er kontraksjonen som fant sted mellom 1920-1935. Våren 1920 kom det er voldsomt tilbakeslag på det internasjonale markedet som preget Norge med store sosiale og økonomiske problemer og påfølgende nedskjæringer i offentlig sektor. Følgene av dette for helsevesenet var inngripende rasjonaliseringstiltak i sentraladministrasjonen, stopp i byggeprosjektene, kutt i offentlige stillinger, arbeidsløshet blant helsepersonell og konflikter mellom de ulike forvaltningsnivåene om ansvarsforhold og økonomi (Schiøtz, 2003, s. 187-188). Den tredje fasen markeres av en ny giv fra 1935 og fram til utbruddet av andre verdenskrig i 1940. I 1934 pekte de internasjonale konjunktorene pekte oppover som også påvirket Norges økonomi. Utviklingen internasjonalt med oppsvinget i eksportindustrien og skipsfarten var det mest utslagsgivende for at Norge kom ut av krisen. Den økonomiske oppsvingen førte til en rask og positiv utvikling av statens finanser (Schiøtz, 2003, s. 199).

Ifølge (Schiøtz, 2003, s. 203) spilte økonomien den største rollen i utviklingen, men langt fra bare. Utbyggingen av det offentlige helsevesenet var også under påvirkning av holdningsendringer, et stort lokalt engasjement og vitenskapelige gjennombrudd. Særlig i tredje fase sees en mer aktiv stat, et sterkere helsevesen med sterkere yrkesutøvere som mer markerte sine krav. Gjennom hele perioden en økende aksept for at befolkningens helse var et offentlig ansvar, og grunnstenene for etterkrigstidens velferdsstat ble lagt i disse tiårene (Schiøtz, 2003, s. 203).

Etter andre verdenskrig vendte den norske regjeringen hjem fra London, deriblant helsedirektør Karl Evang (Schiøtz, 2003, s. 309). Norge måtte bygges opp igjen etter krigens ødeleggelser, og Evang fikk vidt spillerom i arbeidet med gjenreisningen av

befolkningens helse. Dette skjedde i en tid da tankegangen om samhold stod sterkt i de første årene etter krigen. Arbeiderpartiet, Høyre, Venstre og Bondepartiet utarbeidet en plan, kalt «Fellesprogrammet» med mål om full sysselsetting, økonomisk vekst, utdanning og tilfredsstillende boliger. Det politiske programmet var også en viktig forutsetning for oppbyggingen av *velferdsstaten*⁴² i etterkrigssamfunnet (Schiøtz, 2003, s. 310). Evang la fram en plan som skisserte fire satsningsområder som det både umiddelbart krevdes å gå inn, men som også måtte utbedres over tid. Det gjaldt en reorganisering av den sentrale medisinaladministrasjonen, reorganisering og oppbygging av sykehusvesenet, styrking av det offentlige legevesenet og en grundig gjennomgang av helselovgivningen. Evangs bidrag var en del av arbeidet med å bygge hele det norske samfunnet opp, og mange kjempet om knappe ressurser (Schiøtz, 2003, s. 310).

Sykehusutbygging var ifølge Schiøtz (2003, s. 318) en av Evangs kongstanker. Allerede i 1946 uttalte helsedirektøren at det måtte innføres en ny sykehuslov. Men det helsepolitiske spørsmålet var så flersidig og lovarbeidet var så komplisert, at det tok 23 år før loven ble vedtatt og 24 år før den ble iverksatt i 1970. Sykehusene ble betraktet som et av de viktigste fundamentene i den offentlige velferdsgarantien, og det var en målsetting at alle skulle kunne ha tilgang til sykehusplass og nyte godt av den høyeste medisinske kompetanse. Det var allerede i 1930-årene utarbeidet en landsplan for sykehusutbygging, men sett fra sentralt hold foregikk sykehusutbyggingen ganske tilfeldig. Sykehusene vokste fram etter behov, i relasjon til behovet i området og legevitenenskapens utvikling. Beliggenhet, størrelse, antall senger og avdelinger osv, var alt tilfeldig, også eierskap og finansiering. Eierskap av sykehusene var en blanding mellom privat og statlig (Schiøtz, 2003, s. 319-320).

I 1946 ble det utarbeidet en ny landsplan for sykehusutbygging for de kommende årene, som også dannet basis for flere offentlige utredningsarbeider om sykehusvesenet. I 1948 ble det bestemt at *sentralsykehuset*, med fylket som befolkningsgrunnlag, skulle være

⁴² Velferdsstatens verdigrunnlag er trygghet, frihet og likhet. Samtidig har alle borgere en moral forpliktelse til å tjene fellesskapet og til å vise samfunnsolidaritet. Det offentlige har hovedansvaret for finansiering og produksjon av sosiale ytelser, hvor tildelingen av ytelsene er tuftet på universalistiske prinsipper. De rettighetsorienterte og selektive ytelsen er finansiert over skatteseddelen (Schiøtz, 2003, s. 310-311).

den mest grunnleggende sykehustypen. *Landsdel-* eller *regionsykehusene* kom over, og på toppen *spesialsykehusene*. Det var også blandede eller *tredelte sykehus*⁴³ og små *sykestuer* med 8-10 senger, samt *tuberkuloseinstitusjoner* og *de psykiatriske sykehusene* som alle skulle få fortsette å eksistere (Schiøtz, 2003, s. 326). Den nye *sykehusloven* fra 1969 som trådte i kraft 1 januar i 1970 medførte en reorganisering av sykehusene, samt at en rekke mindre sykehus og institusjoner ble lagt ned. Sykehusvesenet ble organisert i lokalsykehus, sentralsykehus, regionsykehus samt Rikshospitalet som skulle ha landsdekkende oppgaver. Blant annet medførte sykehusloven også til at de offentlige utgiftene til helseformål økte raskt. Loven påla fylkeskommunen driften av de helseinstitusjonene som loven omfattet (Ø. Larsen, 2000; Schiøtz, 2003, s. 327). Den nye sykehusloven fra 1969 ga også utslag for hvordan den ortopediske virksomheten, som var en del av sykehusvesenet, ble organisert.

Sykehusvesenet gjennomgikk omfattende endringer. Loven førte til en voldsom ekspansjon i utbyggingen av sengeplasser, i økning av personell, i innkjøp av høyteknologisk utstyr mv. Strukturen i sykehussektoren endret seg og gjennomgikk en opprydding forvaltningsmessig, men det skjedde ikke uten motstand. Omstruktureringen var også preget av sterke og bitre motsetninger lokalt og sentralt, og internt i fylkene om nedleggelse, beliggenhet og funksjonsfordeling (Schiøtz, 2003, s. 385). Etableringen av et mer differensiert og nivåstrukturert sykehusvesen ble på langt vei fulgt opp. I løpet av 1970-tallet vokste de største og mest spesialiserte sykehusene mest og som økte sin andel av ressursene. Mange av de mindre og privateide sykehusene ble bygget ned eller overtatt av det offentlige (Schiøtz, 2003, s. 379).

Dette skjedde i et tiår som var preget av nye ideologiske strømninger, utallige kampsaker, sterke politiske motsetninger og idealistiske og samfunnsengasjerte aktører (Schiøtz, 2003, s. 349). Ifølge Schiøtz (2003, s. 384) var perioden rundt 1970 og begynnelsen av 1980 årene en av de mest reformrike perioder i landets historie, og i Norges oljealders første tiår med enorm økonomisk vekst. Perioden var også preget av at høyteknologien for alvor inntok norsk helsevesen (Schiøtz, 2003, s. 384).

⁴³ Sykehus som først og fremst var beregnet på å ta imot pasienter som trengte øyeblikkelig kirurgiske inngrep, hvor også andre pasienter kunne legges inn. Hadde sykehuset 100-120 plasser, rykket de opp i klassen «tre-delte sykehus», med hovedspesialitet kirurgi, indremedisin og røntgen (Schiøtz, 2003, s. 320).

Som tidligere nevnt i kapittel 3.2.1 ble ortopedisk behandling hovedsakelig gitt ved spesialsykehus fram til begynnelsen av 1960 årene og opp mot midten av 1980-tallet når ortopedisk kirurgi ble etablert ved de fleste sykehus. Ifølge (Benum, 2011, s. 301) var det elektiv ortopedisk kirurgi som tidligere ble gitt ved spesialsykehusene. Selv om den elektive ortopediske virksomheten etter hvert ble etablert ved sykehusene i landet, eksisterte den ortopediske behandlingen som under-enheter under kirurgiske avdelinger ved de fleste sykehusene. Egne ortopediske avdelinger fantes nesten bare ved universitetssykehusene. I årene som fulgte ble det skilt ut og etablert flere separate ortopediske avdelinger grunnet økt aktivitet og spesialisering, og distribusjonen av ortopedisk behandling har økt betraktelig siden fra midten av 1980-tallet. Ortopediske kirurger er ansvarlige for nesten all benbruddbehandlingen i sykehusene i Norge (Benum, 2011, s. 301-302).

Utviklingen for ortopedien var i tråd med målet for utviklingen for sykehusene i 1985, som var spesialisering og ny medisinsk teknologi. Sykehusene var blitt høyteknologiske enheter i rask utvikling. Sykehusene hadde økende utgifter, og i 1980 ble det innført rammefinansiering som førte til et voksende konfliktnivå og problemene vokste. I valgkampen ved stortingsvalget i 1985 stod helsevesenet i sentrum, og spesielt de lange ventelistene ble trukket fram. Noe måtte gjøres med organisering, styring og ledelse ved sykehusene, og den nyliberale retorikken kom mer og mer inn i bildet (Skaset, 2003, s. 505-506). I tråd med den internasjonale trenden på den tiden, fikk nyliberalistiske ideer og New Public Management⁴⁴ (NPM) større gjennomslagskraft ved inngangen til 1980-tallet (Grønlie, 2006, s. 205; Skaset, 2003, s. 500). Ideer om at den statlige styring måtte legges om og moderniseres fikk etter hvert større oppslutning i de politiske miljøene. Dette førte til at Arbeiderpartiet og Høyre la ut nesten identiske reformprogrammer som begge partiene presenterte i 1986. Arbeiderpartiet beveget seg derfor, i likhet med andre sosialdemokratiske partier i Europa, mot høyresiden. Den politiske kursendringen førte til at årene fram mot 2000 ble en periode med hyppige reformer både i statsforvaltningen og i helsesektoren (Skaset, 2003, s. 500).

⁴⁴ NPM er en lånt modell fra det private næringsliv og innebærer modernisering av den offentlige sektor, privatisering, en stor rekkevidde av styringsprinsipper, konkurranse og organisatoriske modeller fra den private sektor. Det mer radikale innholdet i NPM modellen som gjaldt privatisering fikk aldri et sterkt fotfeste i Norge. (Grønlie, 2006, s. 205).

Mot slutten av 1990-tallet slo mye av ideologien fra NPM og nyliberalismen igjennom, og i 2002 ble spesialisthelsetjenesten og dermed sykehusene organisert i fem regionale helseforetak⁴⁵. I 2007 ble det reorganisert i fire helseforetak med datterforetak. Et av hovedmålene med organiseringen var at foretakene skulle ha egen myndighet. Allikevel er det staten som setter de overordnede helsepolitiske rammene og målene som skal ligge til grunn for styringen av foretakene (Schiøtz, 2017, s. 202).

Det er i dag ikke et fast mønster for komposisjonen av den ortopediske behandlingen ved de ulike sykehusene. Men seksjoner for bruddbehandling, håndkirurgi, ryggradkirurgi og protesekirurgi finnes ved de høyspesialiserte ortopediske avdelingene. I sykehus uten formelle ortopediske avdelinger, blir ortopedisk behandling utført av ortopeder innenfor kirurgiske avdelinger. Visse ortopediske skader eller sykdommer behandles ved universitetssykehus hvor det finnes spesialister i de mer kompliserte ortopediske diagnosene (Benum, 2011, s. 301-302). Det ortopediske behandlingstilbudet varierer slik mellom sykehusene ut fra behandlingsomfang, og samtidig ut fra de strukturerte rammene som handler her om lokalisering, størrelse, teknologi og økonomiske ressurser.

3.2.3 Oppsummering fra historiseringen av det ortopediske felt

Historiseringen av ortopediens opphav slik den er presentert i kapitlene over viser at det er beskrevet i verdenslitteraturen allerede før Kristus fødsel. Men den var ikke avgrenset og spesialisert slik vi kjenner den i dag. Etableringen av institusjoner som fysiske strukturelle rammer måtte etableres, der hvor selve den ortopediske behandlingen fant sted. Også politiske og økonomiske rammer har vært tellende. Et syn på at mennesker skal «fikses» for å kunne komme ut i arbeid for å bidra med arbeidskraft til samfunnet har vært en pådriver for å opprette god kvalitetsmessig behandling også innenfor ortopedien. En forutsetning for utviklingen i ortopedien har også vært utdanningen, og Norge var tidlig ute med å slå sammen medisin og kirurgi ved et nyopprettet universitet i den tids Christiania og vår tids Oslo.

⁴⁵ Styresmaktene i 1970-årene la allerede opp da til å dele landet i fem helseregioner. Men systemet kunne ikke settes i verk grunnet manglende styringsmiddel (Schiøtz, 2017, s. 202).

Historiseringen av velferdsstaten slik den presenteres her viser at det skjedde et ideologisk skifte hos styresmaktene. Statens rolle ble stadig mer inngripende i folkets helse, det ble i økende grad ansett som et offentlig anliggende. Kontrollen og makten over folkets helse økte i kraft med utbyggelsen av helsevesenet og et velferds Norge, regulert med blant annet lover som virkemidler. Oppbyggingen av et moderne helsevesen etter krigen ga mulighet for å opprette spesialiserte ortopediske avdelinger ved norske sykehus. I kraft av NPM er det i dag staten (maktfeltet) som har det overordnede ansvaret for sykehusene hvor ortopedisk behandling foregår, styrt etter en forretningsmodell hvor lønnsomhet og effektivitet er tellende.

3.2.4 Fra håndverker til lege – fra kirurg til ortoped

I dette underkapitlet vil jeg belyse det norske opphavet til profesjonen som i dag kalles for ortoped. Historiseringen av ortopeder som profesjon i Norge starter med opprinnelsen av den generelle kirurgis arbeidsfelt. Det begrunnes med at går en langt nok tilbake var ikke ortopedi enda et eget fagområde, men heller en integrert del av det å være kirurg. Det er også med de første gruppene som ble betegnet som kirurger i Norge denne delen av historiseringen starter med. Historiseringen viser videre til relasjonen mellom det som var den mer etablerte legestanden og kirurgene i det medisinske feltet. Videre trekkes det fram en del av det historiske bakteppet som var årsaken til at det kirurgiske fagfeltet vokste fram.

Kirurgis historie har bakgrunn i bartskjærene. Fra gammelt av er det gjort en klar forskjell mellom «sårlegene» og de medisinske legene (Haffner, 2012, s. 29). Også i den hippokratiske ed er det nedfelt at legen ikke skal operere. Dette kan grunnes i at operative inngrep var en fare for liv på den tiden, og at det var andre som tok seg av den slags. Men også at legen risikerte sitt gode navn og rykte om noe gikk galt (Schiøtz, 2017, s. 282). På 1100- og 1200 tallet ble de første universitetene i Europa opprettet. Sammen med universitetsutdannet jurister og teologer, tok medisinerne plass mellom de lærde. Pasientene hentet de fra de øvre samfunnslag, mens håndverkere og ufaglærte fikk et annet slags klientell. Dette gjaldt blant andre bartskjærene, også kalt «chirurgis» og i det militære feltskjærer. Noen av gruppene organiserte seg inn i laug, som apotekere og bartskjærene (Schiøtz, 2017, s. 283). Ordet kirurgi kommer av det latinske ordet *keirurgia*, og betyr arbeid med hendene, altså håndverk. De første kirurgene kom

til Norge sammen med tyske håndverkere som innvandret til Bergen på 1200-tallet, og de arbeidet også som barberere (Wyller, 1990, s. 37 og 54).

Det ble et skille mellom leger og kirurger. De første var universitetsutdannet med ansvar for innvendig og medikamentell behandling, og bare legene fikk lov å skrive ut medisin. De andre var håndverkerutdannet med ansvar for det ytre og manuelle arbeidet som innebar å amputere, spjelke ben, sy sår og lignende. Dette resulterte også i en sosial lagdeling, der kirurgene fikk ta seg av det blodige og lite prestisjefylte arbeidet mens legene behandlet det øvre sosiale lag med utskrivelse av medisiner og slapp å få blod på hendene (Schiøtz, 2017, s. 283). Det var stadig konflikter og disputer mellom de medisinske legene og bartskjærene. Det handlet om ansvar og kompetanse, samt om brudd på lover og regler. Ikke sjeldent endte konflikten i rettsak, der bartskjærer ble innstevnet for å ha drevet praksis som grenset til legenes arbeidsfelt (Moseng, 2003, s. 47; Schiøtz, 2017, s. 284 og 285).

De første legene i Norge som mottok offentlig lønn fra staten Danmark-Norge hadde fått sin utdannelse ved europeiske universiteter (Moseng, 2003, s. 25). I følge Moseng (2003, s. 318) står utbetaling av offentlig lønn til de første legene på begynnelsen av 1600-tallet som et tegn på statens begynnende vilje til å ta ansvar for undersåttenes helse. Dette kan sees på som en spe begynnelsen på det norske offentlige helsevesenet (Moseng, 2003, s. 318). Utover 1600-tallet fikk legene mer myndighet over det medisinske feltet. Kloke koner, empirikere og kvakksalvere ble skjøvet ut i periferien, og det var trukket en bred grense til bartskjærene og kirurgene. 1672-forordningen stod som rådende lovverk om ordningen av medisinsk praksis helt til 1860 og innebar relativt epokegjørende nye retninger. Den fastslo at ingen kunne praktisere legekunst i Danmark eller Norge uten doktorgrad, og ga legene utvidede fullmakter og ansvarsområder. Den påla også legene å gi gratis behandling til de fattige som ikke kunne betale for seg (Moseng, 2003, s. 40-41). 1672- forordningen fremhevet legene som de fremste mellom medisinske behandlere, og var et viktig ledd i utviklingen av profesjonsidentiteten samt selvforståelsen som lege. De medisinske legene styrket sin posisjon med flere arbeidsoppgaver. Dette innebar å skrive ut medisiner, tilsynsoppgaver i tukthus og fattighus, å holde kontroll og oppsyn med apotekere og jordmødre samt undervise og uteksaminere dem (Schiøtz, 2017, s. 286). Men forordningen representerte ikke bare akademikernes seier over de andre utøverne av

legekunsten. Den representerte også eneveldets innlemmelse av de medisinske legene i et samfunnsansvar da de fikk nye roller og plikter. På den måten var 1672-forordningen et kompromiss mellom en statsmakt med ambisjoner om kontroll over befolkningen, og en ambisiøs profesjon med makt over liv (Moseng, 2003, s. 42).

Mot midten av 1600-tallet ble tjenestene til bartskjærene eller feltskjærene høyt verdsatt under den dansk-norske statens massive krigføring, slik fikk de på slutten av 1700-tallet en posisjon som i praksis var likestilt med legenes. Den tids kirurger var i ferd med å kvitte seg med rollen som underlegen håndverker (Moseng, 2003, s. 42). I den vestlige delen av verden var siste halvdel av 1700-tallet en tid for tilnærming mellom kirurgi og medisin, både når det gjaldt praksis, lovgivning og kunnskapsgrunnlag. Kirurgene hadde gjennom store deler av århundret arbeidet med å løsrive seg fra barberyket, og de klarte etter hvert å etablere en profesjon basert på akademisk utdanning. De hadde ikke fått tilgang til universitetene, men utdanningen ga allikevel status og gjennombrudd i anatomien og kirurgiske operasjonsteknikker bidrog til det (Schiøtz, 2017, s. 287). Opprettelser av anatomisaler betydde for kirurgene den gradvise overgangen til det akademiske feltet. Det avgjørende skrittet i den retningen ble tatt i 1736 ved opprettelsen av *Theatrum anatomico-chirurgicum*, som ble opprettet av en kirurgisk elite i København. Det var en «egentlig» kirurgisk læreanstalt. I 1785 ble den omgjort til Kirurgisk Akademi og lærerne fikk professortittel (Moseng, 2003, s. 52; Schiøtz, 2017, s. 287). Blant medisinere var det stor misnøye som følte seg truet av de dynamiske kirurgene. Men i praksis kom de to yrkesgruppene kalt distriktkirurger og landfysikus til å utføre omtrent samme type arbeidsoppgaver og ha omtrent samme sosiale status. Under oppbyggingsfasen til det norske legevesenet fra 1773 til 1811, var det flere kirurger enn leger som ble ansatt i de nesten 40 embetene som var fordelt over hele Norge (Moseng, 2003, s. 53; Schiøtz, 2017, s. 287-288). I 1814 åpnet det medisinske fakultetet ved universitetet i Christiania og kirurgi og medisin ble slått sammen til en felles utdanning. Nordmennene var først ute med dette både på universitetsnivå og i europeisk sammenheng (Schiøtz, 2017, s. 288).

Ifølge Schiøtz (2017, s. 92) dannet anestesi, bakteriologien, nyere medisinsk teknologi som røntgenapparatet og sikrere blodtransfusjoner grunnlaget for faget kirurgi sin framgang i det medisinske felt. Fra et utgangspunkt i å behandle akutte skader, utviklet kirurgien seg utover 1900-tallet til å kunne ta på seg oppgaver som var mindre

presserende, men mer krevende teknisk og teoretisk. Og gradvis også oppgaver som ikke var eller er forbundet med forbundet med sykdom⁴⁶. I kjølvannet av utviklingen fulgte det et behov for spesialisering av den generelle kirurgien (Schiøtz, 2017, s. 92).

Fra 1940- og 1950 åra og framover skjedde det store gjennombrudd i det kirurgiske fagfeltet, og det ble fragmentert i de mange grenspesialitetene. Noen av forutsetningene for denne utviklingen vitenskapelig, teknisk og klinisk listes opp som: Bedre offentlig og privat økonomi, en ideologi som verdsetter rasjonalitet, funksjonalitet og ekspertkunnskap, samarbeid på tvers av fag og landegrensar, videre utvikling av bildediagnostikk, samarbeid med teknologer og medisinsk industri, og en omfattende utbygging og reorganisering av sykehusene (se kapittel 3.3.2) (Schiøtz, 2017, s. 93). Ifølge Schiøtz (2017, s. 94-95) har en viktig drivkraft i framveksten på ortopedi vært vår tids vekt på *effektivitet og nytte*: de skadde skal førest tilbake til arbeidslivet. Samt at i tiårene etter 1945 ble det fokus på rehabilitering og attføring i en tid med oppbygging av velferdsstaten med et økende behov for arbeidskraft.

Ortopedi som egen spesialitet ble fastslått på Den norske lægeforenings 17 landsmøte i 1918. Det var kommet flere klager i 1890-årene på leger som ga seg ut for spesialister som manglet fordypning i faget. Etter lang tids debatt ble det vedtatt på legemøtet å opprette 13 godkjente spesialiteter med bestemte spesialistregler⁴⁷. Den gangs ortopediske spesialitet ble kalt for «Massasje, sykegymnastikk og ortopedisk behandling». Dette stod fram til 1949, da det endret navn og innhold til «Ortopedisk kirurgi», og ble endret til en grensespesialitet med samme navn i 1977, før det ble en hovedspesialitet igjen i 1997⁴⁸ (Skoglund, 2009).

3.2.5 Anestesi i Norge – Gjennom eterens gjennombrudd.

Her belyser jeg opphavet til anestesifaget og profesjonen anestesilege i Norge. I denne delen av historiseringen belyses det også relasjonen mellom profesjonene kirurg og anestesilege, for å framheve noen av kampene som har oppstått mellom de to

⁴⁶ Som for eksempel en type plastisk kirurgi som springer ut fra en utvikling i kroppsideal.

⁴⁷ Innhold og form har endret seg fullstendig til dagens regler for spesialister (Skoglund, 2009).

⁴⁸ Se tabell 1 i artikkelen «Spesialitetsutdanningens historie» (Skoglund, 2009).

profesjonene fra tidlig av i det medisinske feltet. Det legges også vekt på anestesifagets vekst og dens vei inn i det akademiske feltet.

I anestesiens historie⁴⁹ er det en hendelse som ofte trekkes fram som en av de største: Da William Thomas Green Morton (1819-1868)⁵⁰ høsten i 1846 suksessfullt demonstrerte narkose med eter på en pasient som skulle trekke en tann. I november samme året demonstrerte han teknikken på Massachusetts General Hospital som oppnådde store oppslag i medisinske tidsskrift, og nyheten spredde seg videre til kirurgiske miljøer i andre land (Schiøtz, 2017, s. 61-62).

Nyheten kom til Norge via leger som var på studietur til utlandet og besøkte medisinske miljøer. Slike studieturer var vanlige og nødvendige i det lille medisinske miljøet i Norge på 1800-tallet, der en av grunnene til slike reiser var den faglige utviklingen. Det ble sendt flere brev til det medisinske fagmiljøet i Norge fra leger på slike studieturer om eteranestesi, som hadde fått erfaring og kunnskap om de nye prosedyrene og teknikkene som ble brukt på pasienter. Selv om det var en viss skepsis i fagmiljøet, hadde det de norske legene rapporterte eller berettet om, som ble publisert i Norsk Magazin for Lægevidenskab, en viss tyngde og overbevisningskraft. Allerede 4 mars 1847 ble narkose med eter prøvd ut ved Rikshospitalet (Strømskag, 1999, s. 60-62).

Mot 1900-tallet økte antallet operasjoner i Norge, og de ble mer kompliserte som en følge av det stadig økende repertoaret. Samtidig som kirurgien ble mer utfordrende og komplisert, økte også kravet til anestesi. I lys av dette ble slik kirurgi og anestesiens utvikling avhengig av hverandres muligheter og begrensninger. Videre satte den faglige og tekniske utviklingen i kirurgien på den tiden stadig større krav til både bedøvelse og til den som skulle ha ansvaret for den (Strømskag, 1999, s. 72-73).

En begivenhet som markerer at kirurgene tok mer ansvar og tak i anestesi som en del av det medisinske faget var en artikkel i Tidsskriftet for den norske Lægeforening fra 1898. Det var det første forsøket på en systematisk generell gjennomgang av anestesi i

⁴⁹ Allerede fra 1770-årene ble det eksperimentert med bruk av ulike gasser i medisinsk terapi, som for eksempel lystgass og karbondioksid. Utover 1830-årene begynte medisinerne og tannmedisinere å eksperimentere med bruk av gass under inngrep (Schiøtz, 2017, s. 61).

⁵⁰ Morton var utdannet tannlege, og begynte senere på medisinerstudiet ved Harvard Medical School som han ikke fullførte (Schiøtz, 2017, s. 62).

Norge, og representerer slik et skille fordi den viser at denne delen av medisinen nå ble begynt å bli tatt på alvor. Kirurger skaffet seg kunnskap og erfaring, som de systematiserte og presenterte. Samtidig var noen av de de første sykepleierne i Norge (se også kap. 3.2.6) med på å skape kontinuitet i bruken av anestesi på denne tiden, da de ble satt til oppgaven å anestesere pasienter (Strømskag, 1999, s. 74-75).

Når kirurgien i begynnelsen av 1900-tallet var begynt å utvikle seg mot å bli et eget fag, var det lite i Norge som tydet på at anestesian også gjorde det. Det var mangel på fagfolk, organisasjon og tidsskrifter. Samtidig var utviklingen og etableringen av anestesi som eget fag var i gang i utlandet, i land som USA og England. Der var anestesian blitt til anesthesiologi, et fag på lik linje med de andre medisinske spesialitetene, med spesialtrene leger som bedøvde pasientene. Men i Norge var det fortsatt kirurgenes ansvar å bedøve pasientene, som ble overlatt til yngre leger under utdanning. Fra rundt 1910 ble denne legeoppgaven overlatt til erfarne diakonisser og etter hvert sykepleiere, der teknikken gikk ut på å gi eter på en åpen maske (Strømskag, 1999, s. 82). Ifølge Strømskag (1999, s. 88) var dette på lik linje med de andre nordiske landene; heller ikke der fantes det fram mot andre verdenskrig leger som hadde spesialutdannelse i anestesi, og også det var det de yngre kirurgiske assistentene som ofte ble satt til å gi anestesian. Lokal- og spinalbedøvelse⁵¹ ble derimot satt av den opererende kirurgen selv, og dette ble mer og mer brukt som et godt alternativ til narkose, som var forbundet med stor risiko. Det vokste fram en herskende doxa som fremdeles står den dag i dag, om at den foretrukne formen for anestesi er lokal- eller ledningsanestesi (se også kap.3.3.2). Og at om pasienten trenger narkose bør den være lettest mulig og vare kortest mulig (Strømskag, 1999, s. 82-84).

De norske myndighetene i tiden etter andre verdenskrig tok ikke noe initiativ til å sørge for at Norge hadde anestesileger. En av grunnene til det kan være at behovet ikke var anerkjent på den tiden. En annen var at det var større og viktigere oppgaver som opptok myndighetene, som å ta fatt i oppbyggingen av det norske helsevesenet (se kap. 3.2.2) (Strømskag, 1999, s. 92). Ifølge Strømskag (1999, s. 92) har oppdagelser og utviklingspreg i anestesian, som i medisinen ellers, vært preget av strukturelle årsaker.

⁵¹ Spinalbedøvelsen ble utbredt i løpet av begynnelsen av 1900-tallet som et godt alternativ til kloroform- og eteranestesi. Og lokalanestetiske teknikker var i ferd med å bli rutine ved sykehusene (Strømskag, 1999, s. 78).

Blant annet har anestesia blitt drevet framover til dels på grunn av kirurgiens utvikling, til dels med bakgrunn i den generelle medisinske utvikling samt den vitenskapelige veksten. Også “medisinske entreprenører” som leger med spesielle interesser og evner har vært en del av dette. Slik legges forutsetningene til rette for at de rette personene for oppgaven befinner seg på rett sted til rett tidspunkt, og ansettelsen av de første anestesilegene i Norge skjer, Mollestad og Lund⁵² (Strømskag, 1999, s. 92).

Et annet ledd i å gi faget anseelse var opprettelsen av Norsk Anestesiforening. Mot slutten av 1940 tallet var det i Oslo et lite anestesimiljø med 10 leger som hadde utviklet en tradisjon med faglige møter med Mollestad og Lund i spissen. Mollestad foreslo på et slikt “husmøte” å danne en forening for anestesileger. Det kom ut av et behov for å formalisere den uformelle organisasjonen som husmøtene utgjorde, samtidig som det var et ledd i strategien for å anerkjenne anestesi-faget. Etter at søknaden ble godkjent hos Centralstyret for Den norske lægeforening, ble Norsk Anestesiforening godkjent som spesialforening 4. mars 1949 med sine 10 medlemmer (Strømskag, 1999, s. 101-104).

Anestesiens posisjon i det medisinske landskapet i Norge rundt 1950 var preget av at det ennå ikke var blitt et fag, det var få stillinger, arbeidshverdagen til anestesilegene var hektiske, samt at anestesiarbeidet lå inn under kirurgenes ansvar. Hovedsakelig ble den generelle anestesia gitt av sykepleiere uten anesthesiutdannelse. Den nyetablerte anestesi-foreningen hadde derfor mye å ta tak i. Selv om anestesilegene ble lønnet betydelig lavere enn sine kirurgiske kollegaer, var det ikke økonomiske forhold foreningen først valgte å legge sitt engasjement i, men heller utdanning og rekruttering (Strømskag, 1999, s. 105-106).

På landsmøtet til Den norske lægeforening i 1949 ble kravene om å bli godkjent som spesialist i anestesi godkjent, med ett år lengre spesialutdannelse enn de andre spesialitetene på den tiden. Slik fikk anestesilegene mye praktisk trening og erfaring, med inngående kunnskap i fysiologi og farmakologi. I tillegg var det med på å etablere anestesia som et fag, og på å øke den faglige respekten. Anestesilegene skulle

⁵² Otto Marius Mollestad (1908-1973) som var Norges første anestesilege, og jobbet på Rikshospitalet. Og Ivar Lund (1911-1992) som jobbet på Ullevål sykehus. I 1972 ble Lund utnevnt til dosent i anesthesiologi ved Universitetet i Oslo, den første akademiske stillingen i anesthesiologi i Norge. Mollestads og Lunds innsats og virksomhet påvirket i stor grad anestesi-fagets utvikling i 30-40 år. Begge kvalifiserte seg til anestesileger i utlandet (Strømskag, 1999, s. 92-100)

samarbeide med andre leger som hadde årelange tradisjoner både praktisk og akademisk. Spesialistutdannelsen i anestesi ble godkjent i et medisinsk miljø med ti anestesileger i en nyetablert forening, til sammenligning med 178 spesialister i kirurgi og 117 i indremedisin (Strømskag, 1999, s. 110-111).

Ifølge Strømskag (1999, s. 144) var anestesiens utvikling i de første årene mest preget av hverdagens behov, og mindre av utvikling av faget og strategisk tenkning i den forstand. I stiftelsen av Norsk Anestesilegeforening og arrangementer som kurs og konferanser, lå erkjennelsen av hvor viktig dette var for fagets etablering og annerkjennelse. Forutsetningene for at anestesen etter mange år kunne kalle seg et fag og få annerkjennelse lå blant annet i akademisering og ekspansjon. Anestesilegene fikk støtte til dette arbeidet i Den norske lægeforening, og det ble formulert i flere lederartikler i Tidsskrift for Den norske lægeforening. Kirurgene, som også tjente på at anestesistandarden hevdtes, var fraværende i arbeidet med fagutviklingen til anestesen. Myndighetene engasjerte seg heller ikke. Utviklingen var derfor avhengig av fagets egne aktører, der en av satsningsområdene ble spesialistutdannelsen (Strømskag, 1999, s. 144).

Mellom 1950 og 1969 ble 32 spesialister i anestesi godkjent, der sykehusene i Oslo ansatte de fleste. Dette ble det sittende anestesileger alene på sykehusene utenfor Oslo. I perioden fram til 1979 ble det godkjent 69 spesialister, og situasjonen ble da en annen. På begynnelsen av 1980-tallet hadde de fleste sykehusene i Norge anestesileger, bortsett fra de aller minste (Strømskag, 1999, s. 159).

På 1960-tallet ble det gjort formelle henvendelser fra Norsk Anestesilegeforening for å opprette akademiske stillinger ved universitetet i Oslo, uten at det fikk noe gjennomslag. I 1969 var det i budsjettforslaget ikke foreslått penger til dosentur eller professorat i anesthesiologi. Norsk Anestesilegeforening fikk ikke engang svar på sine henvendelser. Dette førte til at Ivar Lund sluttet i sin lærerstilling for anestesileger i protest⁵³. Først i 1972 ble Ivar Lund utnevnt til dosent og i 1973 fikk Norge sin første professor i anesthesiologi, Jacob Stovner (Strømskag, 2002, s. 50-51).

⁵³ Ivar Lund var den fremste talsmannen i akademiseringen av anestesifaget i Norge (Strømskag, 2002, s. 50)

Ifølge Strømskag (2002, s. 51) manglet anestesimiljøet støtte fra det kirurgiske, som påvirket kampen for akademiseringen. Og for å forstå det kan en se det i lys av konkurranseaspektet og monopolordningen. Bak kampen om akademiske stillinger lå en bekymring for anestesilegenes faglige ekspansjon. Kirurgene var de som tidligere hadde hatt kontroll over utøvelsen av anestesi og de utøvende sykepleierne, med ingen konkurranse. Med opprettelsen av anestesileger fikk kirurgene en mer autonom og faglig målrettet gruppe å forholde seg til, og hadde derfor ikke interesse av at denne gruppen ble for sterk (Strømskag, 2002, s. 51).

Etter mange år med tålmodig arbeid var det på 1980-tallet opprettet anesthesiavdelinger ved alle sykehus som selvstendige enheter med spesialutdannet personell og moderne teknisk utstyr og hjelpemidler. Faget har vokst og fått mange ansvarsområder i den moderne medisinen. Anestesian har ansvar for postoperativ overvåking og behandling, intensivmedisinen, smertebehandling, akuttmottak og resusciteringstjenesten (Strømskag, 1999, s. 273).

3.2.6 Fra gangkoner til sykepleiere – utvikling av sykepleiere i Norge

I denne historiseringen av sykepleiere, er det lagt vekt på noe av opphavet til den moderne sykepleie, med oppstart av sykepleieskoler som en profesjon i Norge. Det er også lagt noe vekt på forbundet til sykepleierne, samt profesjonens vei til å bli et høyskolefag. Det vil også vises til en del av den strukturelle forankringen som har vært gjeldende i utviklingen av sykepleie som et yrke og et fag.

Ifølge Mathisen (2006, s. 79) var en av følgene av reformasjonens⁵⁴ inntog i Europa på 1500-tallet samfunnsforandringer som i stor grad kom til å påvirke den tids syn på pleien av syke. Fra å ha vært en beundret gjerning i middelalderen, ble sykepleie til et lønnsarbeid med lav status. Det skjedde i takt med at idealet om medmenneskelig omsorg for de svake ble mer og mer omgjort til en samfunnsmessig oppgave. De ufaglærte pleierne i hospitalene var blitt sidestilt med tjenerskapet i private hjem, og pleierne utførte i prinsippet de samme arbeidsoppgavene i hospitalene som tjenerskapet

⁵⁴ Reformasjonen er betegnelsen på religiøse og kulturelle omveltninger som skjedde i store deler av Europa på 1500-tallet. Den førte til deling av vestlig kristendom i den katolske, lutherske og reformerte kirken (<https://snl.no/reformasjonen>, 2019).

i et herskapshus. Dette viser tilbake på at man i Norden ikke hadde noen spesiell tittel for sykepleiere (Mathisen, 2006, s. 79). De hadde titler som rådkoner, stuepiker eller tjenestepiker, sykeoppvartersker eller bare oppvartersker, stuekvinner, og senere mer spesifisert til våkekoner eller gangkoner (Mathisen, 2006, s. 79; Wyller, 1990, s. 57).

Ved Rikshospitalet i 1850-årene var legene misfornøyde med de ufaglærte pleierne, som de mente ikke utførte arbeidet sitt som de skulle og at de var slurvete og upålitelige. De kvinnelige pleierne hadde bakgrunn fra den tids «tjener- og arbeiderklasse», og legene mente at dette stod i sammenheng med måten de utførte sine arbeidsplikter på (Martinsen, 1984, s. 32-33). Legene foreslo at det måtte ansettes Overgangskoner eller Fruentimmer som skulle ha ansvar for å ha kontroll og lede de ufaglærte pleierne, og være et ledd mellom legene og de ufaglærte. De skulle ha en annen klassebakgrunn en de ufaglærte pleierne, og de skulle få en skikkelig faglig utdanning. Legene hadde hørt positive beretninger om de tyske diakonissene, og det ble foreslått at de nye overordnede sykepleierne skulle få en slik type utdanning (Martinsen, 1984, s. 33).

Kvinner innenfor vekkelsesmiljøet og indremisjonsbevegelsen i 1860-årene tok opp tanken om en norsk diakonisseanstalt. Da var det ikke med bakgrunn i legenes behov for fagutdannede sykepleiere, men heller den sterke misjonsinteressen og vekkelseslivet i 1850-årene som lå til grunn for arbeidet (Martinsen, 1984, s. 28+36). Diakonissene fokuserte ikke bare på sykepleien, men også på oppdragelsen og undervisningen av fattige barn og det moralske «korstog» mot usedelighet i samfunnet (Martinsen, 1984, s. 50).

Kvinnene som jobbet for å opprette en norsk diakonisseanstalt kom fra høyere sosialt lag, med en høykirkelig religiøs bakgrunn. De var handlekraftige; de sørget for økonomisk støtte, skapte interesse for saken og de reiste ut av landet for å utdanne seg til diakonisser. Men de trengte menns støtte for å opprette utdannelsen, som de fikk i indremisjonen. I 1868 opprettet Kristiania indremisjon diakonisseanstalt, med menn i styret og Cathinka Guldberg⁵⁵ som forstanderinne (Martinsen, 1984, s. 49-52).

⁵⁵ Cathinka Guldberg som selv hadde diakonisseutdannelse fra Kaiserswerth i Tyskland, fikk som eneste kvinne plass i styret først i 1880-årene. Hun fikk, som den første kvinnen i Norge, St. Olavs Ordenens

Ifølge Sortland (2011, s. 22) fikk legene gjennom diakonissene dekket sitt behov for dannede og kvalifiserte pleiere, og i løpet av få år var de ufaglærte pleierne ved sykehuset erstattet av diakonisser. Diakonissene funksjon var også et svar på kirkens behov for oppofrende kvinner. Underlagt lege eller prest, gikk diakonissen inn som en erstatning for husmoderen. Som ugift kvinne gjennom sitt arbeid som diakonisse, underla hun seg det mannlige overhodet, og tok ansvar for omsorgen og «oppdragelsen» av den syke, på samme måte som den gifte kvinne gjorde i ekteskapet for sin ektemann og sine barn (Sortland, 2011, s. 22).

Det ble også etter hvert opprettet verdslige skoler med bakgrunn i at diakonisseanstalten ikke strakk til etterspørselen etter fagutdannede sykepleiere. Initiativtakerne til oppstarten av flere sykepleieskoler i Norge var ikke sentrale myndigheter, men private organisasjoner og kommunale myndigheter. Ved oppstarten av Norges Røde Kors sykepleieutdanning i 1895 fikk de mer Nightingale-pregede skolene innpass i Norge, til sammenligning med de skolene som eksisterte med den tyske diakoniutdanningen som forbilde (Mathisen, 2006, s. 124+127).

I sammenheng med endringer av samfunnet i Norge rundt 1900-tallet som gikk fra et bondesamfunn til å bevege seg mot et industrisamfunn med byvekst, ble sykepleieryrket en vei inn i et lønnet arbeid for ugifte kvinner. I bondehusholdet som tidligere var basert på selvberging var det behov for flere voksne kvinner som hadde krevende arbeidsoppgaver. I byhusholdet som var basert på kjøpevarer og ikke egenproduksjon, representerte de tallrike ugifte kvinnene i stigende grad et økonomisk problem for de enkelte familiene. Positive holdninger til ugifte kvinners økte virkemåte økte i stigende grad, og det nye var at hjemmelivet ikke behøvde å være gjeldende for de ugifte kvinnene fra de øvre sosiale lag (Melby, 2000, s. 32-33).

I 1912 ble Norsk Sykepleierskeforbund, senere Norsk Sykepleierforbund, (NSF) stiftet med Bergljot Larsson som formann. Også medlemsbladet Sykepleien ble etablert. Forbundet stilte krav til hvilke sykepleiere som fikk bli medlem, og rekrutteringen ble

ridderkors av 1 klasse. Guldberg var forstanderinne ved Diakonissehuset i Oslo (Kristiania) i 51 år, fram til sin død i 1919 (Mathisen, 2006, s. 97).

mer selektiv enn bredspektret. Blant annet satset forbundet tidlig å dra klare grenser mellom de ufaglærte og de faglærte pleierne, som ble tydeliggjort gjennom kravet om en treårig utdanning. I 1921 fikk ingen sykepleiere som ikke hadde den treårige utdannelsen være medlem i forbundet. NSF handlet for å samle eliten (Melby, 2000, s. 17+51-131).

Ved å utdanne ledere og lærere fikk forbundet kontroll på både yrkesutøvelse og sosialisering. Forbundet hadde også en kontroll på kvaliteten i sykepleieutdanningen gjennom effektive virkemidler. En ble ikke tatt opp som medlem i forbundet uten en utdanning som NSF godkjente, og tidsskriftet Sykepleien trykket opp oversikter over hva NSF mente var godkjente sykepleierutdannelse (Mathisen, 2006, s. 176; Melby, 2000, s. 131). NSF med Bergljot Larsson i spissen arbeidet med å konsolidere yrket i seg selv, samtidig med sosial konsolidering og større anseelse av yrkesutøverne. Gjennom virkemiddel som å stå på kravet for en treårig utdanning signaliserte forbundet at sykepleierne skulle forankres i en sosial middelklasse. NSF var også opptatt av hvordan sykepleierne førte seg, både av framturen og utseende, på den måten var signalet både sosial dannelse og religiøst kall. Sammen med sykepleieridealer og moralsk disiplinering skulle sykepleierskene skilles fra den umoralske og ikke-religiøse arbeiderklassen (Melby, 2000, s. 132).

NSF la grunnlaget for en profesjonsutvikling for sykepleiere ved å stå på kravet om treårig utdanning, og samtidig skape et yrke avgrenset mot andre. Å heve kvaliteten på pleien var også et mål (Melby, 2000, s. 131). Etter en opprivende debatt i 1920-årene ble det i midten av 1930-årene enighet om at sykepleieutdanningen skulle vare i tre år, etter motstand fra blant annet legene som mente det holdt med halvannet års utdanning for distriktsykepleierne. På grunn av forsinkelser av krigen ble ikke loven om autorisasjon vedtatt før i 1948 (Mathisen, 2006, s. 175; Melby, 2000, s. 194).

Med Autorisasjonsloven fra 1948 og loven fra 1960 om Utdanning og offentlig godkjenning av sykepleiere medførte at sykepleieutdanningen var et offentlig ansvar, som også betydde en økt frigjøring fra sykehusene (Sortvik, 2011, s. 56-57). Sykepleieskolene stod ikke fritt forhold til sykehusene, og elevene hadde inntil nå utgjort billig arbeidskraft ved sykehusene. Loven fra 1948 markerte en seier for den

årelange kampen for NSF for å være med å styre egen utdanning, og den var samtidig med på å heve statusen til yrket (Melby, 2000, s. 195).

I 1972 ble det foreslått av en komite oppnevnt av regjeringen å avkorte utdanning på høyskolenivå for studenter som hadde gått helsefag på videregående, som betydde at sykepleieutdanningen stod i fare for å bli todelt. Igjen kjempet NSF for å ha en helhetlig treårig utdanning for sykepleiere, denne gangen mot «Stortingsmelding 13» fremmet av Arbeiderpartiregjeringen fra 1976 som foreslo en oppstykket sykepleierutdanning. Denne gangen måtte forbundet arbeide mot dette i forhold til politiske organer, og etter en hard kamp ble forslaget om en todelt sykepleieutdanning nedstemt i Stortinget i 1977 (Mathisen, 2006, s. 176-179).

I 1977 kom det en ny innstilling fra regjeringen med et forslag om at sykepleieutdanningen burde være en treårig utdanning på høyskolenivå, og fra 1986 ble de fleste sykepleieskolene overtatt av staten og fikk plass i det regionale høyskolesystemet (Mathisen, 2006, s. 179-180). Innholdet og varigheten av sykepleieutdanningen har vært i utvikling helt siden de første sykepleieskolene kom i landet. I 2020 innføres nye forskriftmessige retningslinjer for utdanningen, med blant annet økt fokus på felles kompetanse på tvers av profesjonsutdanningene (Kunnskapsdepartementet, 2019).

3.2.7 Oppsummering av profesjonenes historisering

Hvis en ser historiseringen slik den er presentert over av de tre profesjonene; kirurg hvor ortoped springer ut fra, anestesilege og sykepleier, kan en finne noen grove fellestrekk. Historiseringen viser til tre ulike profesjoner som i dag er svært viktige og integrerte deler av det moderne helsevesenet i Norge, men at det ikke alltid har vært slik. En ser spor av kamper hvor de respektive profesjonene har måttet kjempe for sin tilstedeværelse og status i det medisinske feltet. Kampene slik det er skrevet fram har ikke bare gått ut på å få plass og anerkjennelse i det medisinske feltet. Kampene har også gått ut på å få en plass i det akademiske feltet som egne selvstendige fagfelt.

I kapittel 3.2.4 viser den historiske sammenfatningen slik den er skrevet fram at *Kirurger*, som de ortopediske legene har historisk bakgrunn fra, har blant annet måttet ført en kamp for å heve sin profesjons status og for å få legitimitet i det medisinske

feltet som leger. Det eksisterte tidlig en ujevn maktbalanse i det medisinske feltet, hvor de som er kalt for leger som drev med indremedisin var de de dominerende med mest makt, og de som ble kalt for kirurger var de dominerte.

Historiseringen viser videre til at den massive krigføringen til den dansk-norske staten mot midten av 1600-tallet markerer en begynnelse på slutten av skillet mellom leger og kirurger, da kirurgene sitt arbeid ble høyt verdsatt. Nærmere mot vår tid er ortopeder et viktig ledd i den herskende ideologien om å føre de skadde tilbake til arbeidslivet og som slik kan bidra med viktig arbeidskraft.

Leger som tidlig fattet interesse for *anestesi* har også måttet kjempe for profesjonen legitimert og status i det medisinske feltet, slik kapittel 3.2.5 viser til. Uten særlig støtte fra de norske myndighetene etablerte noen få pionerer anestesifaget i Norge.

Historiseringen viser at det etter hvert ble et avhengighetsforhold mellom kirurgien og anestesian, der den ene profesjonen ikke kunne utføre sitt arbeid tilfredsstillende uten den andre. Ifølge historiseringen viser kirurgene seg som de dominerende i feltet, og anestesilegene som de dominerte. Kirurgene hadde lenge makten og ansvaret rundt bedøvelsen av pasientene, som bunner ut i den manglende spesialutdannelsen i anestesi.

Med godkjent spesialistutdanning, egen fagforening og tidsskrift var anestesian ferdig med å etablere og hevde seg blant legeprofesjonene utover 1900-tallet. Den siste instansen de måtte kjempe over var tilgangen til akademiske stillinger, hvor manglende støtte fra kirurgene spilte inn på tiden det tok før anestesimiljøet fikk sin første professor.

Når det kommer til historiseringen av *sykepleieprofesjonen* viser historiseringen i kapittel 3.2.6 at opphavet til den moderne sykepleieren har delvis bakgrunn i at legen trengte en assistent. Opphavet har også bakgrunn i den tids sterke misjonsinteresse og vekkelsesliv med diakonissene som tok på seg å «oppdra» og gi omsorg til den syke. Historiseringen viser at diakonissene, de første moderne sykepleierne, var dominert i feltet av både leger så vel som prester.

Kapittel 3.2.6 viser også til arbeidet NSF la ned for å både øke statusen og for å utøve kontroll over egen profesjon. Den moderne sykepleieren skulle skilles fra den ufaglærte

pleieren både i klasse og i kvaliteten på arbeidet. Forbundet kjempet en kamp for å heve profesjonen ved å kreve treårig utdannelse, hvor de ble møtt med motstand gjennom årene både av de dominerende legene og gjennom politikken.

Profesjonen sykepleie har vært gjennom flere kamper i forskjellige felt siden det ble etablert tidlig på 1900- tallet. Kamper om arbeidstid, lønn, legens dominans (Mathisen, 2006, s. 205-213), status, det faglige innholdet i profesjonen og egen fagidentitet (Melby, 2000, s. 308-309).

3.2.8 Å bryte med eksisterende forforståelser og prekonstruksjoner – å fri seg fra vedtatte beskrivelser.

Som en del av det dobbelte brudd (se kapittel 2.0) skal forskeren (her masterstudenten) bryte med prekonstruksjoner eller forståelseskategorier som er dominerende for undersøkelsen. På den måten er det ikke agentens selvforståelse som avgjør hvordan objektet konstrueres. Ved et slikt brudd betyr det ikke at en setter bestemte kategorier eller prekonstruksjoner vekk eller fornekte at de finnes, men det er heller et forsøk på å forstå deres sosiale funksjon og relasjon til personer og/eller institusjoner som bruker dem. Det handler også om å få kontroll over objektkonstruksjonen (Hammerslev & Hansen, 2009, s. 16-17).

Ifølge Bourdieu er profesjonsbegrepet i seg selv et sosial prekonstruksjon, som er skapt under spesifikke historiske begivenheter for å kunne gi en bestemt gruppe monopol på å utføre visse oppgaver (Bourdieu og Wacquant 1992, referert i Hammerslev & Hansen, 2009, s. 18). Derfor må en bryte med profesjonsbegrepet og studere logikker og praksisformer, i stedet for å frembringe data om individ, grupper eller institusjoner som er deltagere i produksjonen av disse logikkene og praksisformene (Hammerslev & Hansen, 2009, s. 18).

Ved å gå bak vedtatte beskrivelser og uttrykk, frir en seg også fra det, med henblikk på å kunne se hva saken dreier seg om i stedet for å anta det. Da studerer en ikke de eksisterende prekonstruksjonene, men praktikken i seg selv som i agentenes selvforståelse kalles for eksempel sykepleie (Petersen, 1995, s. 129), ortopedi eller

anestesi. For å bryte med profesjonsbegrepet og for å objektivere posisjonene⁵⁶ har jeg definert de ulike profesjonene ut fra historiseringen, samt beskrivelsene agentene gir i intervjuene om hva de gjør i praksis i det ortopediske feltet.

Sykepleier: Med bakgrunn i historiseringen (se kapittel 3.2.6 og 3.2.7) kan en overordnet definere sykepleieprofesjonen som *en assistent til behandlerne med oppdragelses- og omsorgsansvar for den syke, som kjemper for å heve profesjonen i flere felt*.

Med bakgrunn i intervjuene, hvor sykepleierne ble spurt om typiske arbeidsoppgaver samt forløp for den aktuelle pasientgruppen ved den ortopediske sengeposten, gikk konstruerte ord som pre- og postoperativ sykepleie, observasjoner og smertelindring igjen. I mange tilfeller er sykepleierne *talerør* for den aktuelle pasientgruppen til legene (behandlerne) for å endre eller øke eksisterende smertelindring. Sykepleieprofesjonen i det ortopediske feltet defineres derfor her som *behandlers assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring* (BAFUPS)

Anestesilege: Som historiseringen viser til (Se kapittel 3.2.5 og 3.2.7) var også anestesilegene en dominert profesjon mest tydelig under kirurgene, til tross at begge profesjonene var i et avhengighetsforhold. Profesjonen har kjempet seg fram til posisjonen den har i dag, en posisjon som blant annet innebærer at «reperasjonen» av mennesker kan la seg gjøre.

I intervjuet fortalte anestesilegen om en typisk arbeidsdag der de gir bedøvelse ved en eller to operasjonsstuer, der de er inne i oppstarten og avslutningen av bedøvelsen og ellers ved behov. De møter også elektive operasjonspasienter på poliklinikken, og de gjør previsitt på papir for øyeblikkelig hjelp pasienter. Anestesilegene har blant annet også ansvar for smertelindring ved operasjon (Utdanning.no, 2020).

Profesjonen anestesilege defineres derfor her som *behandler med overordnet ansvar for bedøvelse og smertelindring for mennesker som skal repareres* (BOABSMR).

Ortoped: Ortopeder som profesjon har gjennom sin posisjon som lege, makten til å bestemme og utøve behandling på pasienter. Med utspring fra kirurgi har også ortopedene måtte kjempe seg fram i det medisinske feltet fra dominansen til fortidens

⁵⁶ Som her er sykepleier, ortoped og anestesilege

indremedisinere, og anses nå som en viktige aktører i å «reparere» pasienter (se kapittel 3.2.4 og 3.2.7). Under kirurgiske inngrep bruker ortopedene høyteknologiske instrumenter og verktøy i reparasjonen av pasientene, og driver med både mikrokirurgi med lupebriller og makrokirurgi med hammer og spett (*Veien til ortoped*, 2018). I lys av dette defineres ortopedprofesjonen her som en *behandlende håndverker*⁵⁷ (BH).

Videre i masteroppgaven vil de nye definisjonene av posisjonene i feltet benyttes når agentene omtales, som utføres gjennomgående i habituskonstruksjonene (se kap. 3.3.1 til og med 3.3.5).

3.3 Fortsettelse av analysen del 2

I dette kapitlet vil jeg i tråd med Bourdieus teori om habitus foreta habituskonstruksjon av agentene som lot seg intervju.

I denne masteroppgaven er ikke agentenes biologiske kjønn inkludert i habituskonstruksjonene. Det begrunnes ut fra at agentene i posisjonene i feltet posisjonerer seg ut fra sin posisjon og ikke ut fra sitt biologiske kjønn. Det vises til at det finnes en homologi mellom posisjonene i feltet og posisjoneringene som ble konstruert fram (se kap. 3.3.6.1 til og med 3.3.6.3). Videre ble habituskonstruksjonene og historiseringen lagt til grunn for å konstruere en feltskisse (se figur 1 i kap. 3.3.6.1). En følge av å ikke inkludere biologisk kjønn gir muligheten til å anonymisere agentene mest mulig og slik øke ivaretagelsen av deres personvern i intervjuene. 3 av agentene er menn og 2 av agentene er kvinner.

Habituskonstruksjonen slik den er presentert under viser først i en skjematisk oversikt, før det gjennomgås nærmere agentenes posisjon, disposisjoner og kapitaler før agentenes posisjoneringer.

3.3.1 Habituskonstruksjon av den behandlende håndverkeren (BH)

Skjematisk framstilling:

Posisjon	Disposisjon	Kapital	Posisjoneringer
----------	-------------	---------	-----------------

⁵⁷ Ifølge snl.no er håndverk en produksjonsform som i stor del krever arbeid med hendene og personlig innsikt, og som forutsetter opplæring og lang øvelse i faget (<https://snl.no/håndverk>, 2019).

<p>Spesialistutdannet lege i faglig overordnet stilling med helsefaglige lederoppgaver.</p>	<p>*Født i Norge på slutten av 1960-tallet. *Begge foreldre i arbeid, i sammenlignbare stillinger som agenten selv *Vokst opp med 3 søsken *100% fast stilling</p>	<p>Kulturelle: *Legeutdanning med spesialistfordypning *Doktorgrad i en annen kirurgisk spesialitet *Fritid: sosial med venner og familier. Tidsriktig aktivitet som å gå i skog og mark, løpe på fjellet. Aktivitet som krever utholdenhet og gir økt kondis og mulighet for å konkurrere i løp.</p> <p>Økonomiske: *Godt betalt jobb i full stilling*. *En kan anta en romslig økonomi *Bor i enebolig</p> <p>Sosiale: *Gift, har barn *Ekte make jobber som lege i et annet medisinsk fagfelt</p>	<p>*at pasientforløpet for radius-pasientene er bedre nå til sammenligning med før (nå blir de fleste behandlet via dagkirugen)</p> <p>*Mener det er problematisk at radius-pasientene fikk store mengder morfinpreparater som postoperativ smertelindring, at det gikk ut over pasientsikkerheten. At det er å foretrekke at pasientene blir sendt hjem og styrer smertelindringen selv med egnede smertestillende tabletter.</p> <p>*Retter problemfokuset på systemet, som preger pasientforløpet på sykehuset. At systemet er for fragmentert, og at de som setter plexusen ikke ser sengepostens situasjon.</p> <p>*At det trengs flere møtepunkt mellom avdelingene enn det som er i dagens system. Mer rom for evaluering og raskere tilbakemeldinger etter endringer er iverksatt.</p>
---	---	---	--

*Etter tall om lønn til legespesialister fra Statistisk sentralbyrå, 2019

(<https://www.ssb.no/statbank/table/11418/tableViewLayout1/>)

3.3.1.1 Posisjon, disposisjoner og kapitaler

Den behandlende håndverkeren er født i Norge på slutten av 1960-tallet. Agenten vokste opp sammen med 3 andre søsken, og er den eneste av dem som ble lege. BH har vokst opp i en mindre kommune enn den agenten bor i i dag, men som samtidig regnes for å ha en av de største byene i landet. Begge foreldrene var yrkesaktive i sammenlignbare stillinger innenfor det medisinske feltet, som agenten selv. Det som kan være aktuelt å trekke fram er at moren til agenten var i et solid mindretall i den type yrke og posisjon som hun hadde ervervet seg, hvis en sammenligner antall arbeidsaktive i slike stillinger med kvinner og menn i 1970 årene.

BH begynte på medisinstudiet rett etter det som på den tiden ble kalt for gymnas. Underveis i medisinstudiet fikk agenten tilgang til det akademiske feltet for å begynne med forskning, og fikk tildelt litt over ett års stipend i kraft av å være medisinerstudent, og Ph.d.-student. I begynnelsen av 2000-tallet tok BH doktorgrad i en annen kirurgisk spesialitet enn ortopedi. Der tok h*n spesialistutdanningen, før agenten ble ansatt ved ortopedisk avdeling. Agenten forteller h*n har både jobbet aktivt innenfor forskning samt vært veileder for prosjekter i ortopedi. Agenten beskriver det som en tilfeldighet at h*n endte opp på ortopedisk avdeling. BH startet sin karriere i ortopedi innenfor barneortopedi:

«Jeg jobbet, jeg måtte jo ta den kirurgi biten for å få spesialiteten, så da var jeg på kirurgisk avdeling. Men ellers har jeg jo vært her og begynte på barneortopedi, litt sånn, det er jo litt sånn tilfeldig hvor det er ledig stilling eller...hvor de trenger deg og hvem som spør deg og...så det er litt sånn at avdelingen trengte folk på barn og så blei jeg på barn og så, altså barneortopedi.»

I løpet av tiden agenten arbeidet på barneortopedisk avdeling, hadde h*n både stilling med lederansvar og med fagorganisasjonsarbeid. Etter endringer i ledergruppen ved avdelingen ble BH bedt om å tre inn i en lederstilling, som resulterte i at agenten måtte si ifra seg arbeidet med fagorganisasjonen. Agenten reflekterer over at h*n ble litt overtalt til dette. Etter ytterligere endringer i ledergruppen i selve klinikken ble det diskusjon om BH skulle ta stillingen h*n har i dag, i en faglig overordnet stilling med helsefaglige oppgaver:

«Og motivasjonen min er nok først og fremst en slags lojalitet overfor arbeidsplassen og avdelingen og...at jeg har nok et slags...behov for å prøve å bidra og... og påvirke. Og håpe at jeg kan gjøre avdelingen til en bra arbeidsplass og...at det faglige er bra».

Agenten traff sin ektemake under medisinerstudiene. De giftet seg og fikk barn, og alle bor sammen i enebolig. Ektemaken jobber som lege innenfor et annet medisinsk spesialfelt enn BH. På fritiden sier agenten at h*n forsøker å være med venner og familie, og å gå tur i skog og mark. Agenten har interesse av å holde seg i form, og liker å trene på fjellet. H*n utdyper dette med å nevne bakketrening på mosjonistnivå, at *«pulsens må opp»*. Dette anses som tidsriktige aktiviteter som blant annet krever utholdenhet, og gir økt kondis og mulighet for å konkurrere i løp.

3.3.1.2 Posisjonerings om saken

Agenten mener at selve pasientforløpet for den aktuelle pasientgruppen, de radiusopererte, er utbedret fra hvordan det var tidligere. Tidligere ble de lagt inn og reiste noen ganger hjem i påvente av operasjon. Da kunne pasientene oppleve å faste av og på i flere dager, og noen ganger ble de også kalt inn til sykehuset og deretter bli strøket igjen fra operasjon. BH beskriver pasientgruppen preoperativt som en gruppe det går an å skyve på, etter hvert som det kan komme inn mer akutte og hastende pasienter. I dag forsøkes det å holde seg til den oppsatte operasjonstiden og unngå i mest mulig grad at pasientene blir strøken fra operasjonsprogrammet. Ved at denne pasientgruppen i økende grad blir nå operert ved dagkirurgisk enhet, lar dette seg bedre gjøre. BH bruker den konstruerte beskrivelsen «lavstatus pasienter» om den aktuelle pasientgruppen, når h*n forteller om pasientforløpet tidligere:

«Vi hadde jo et pasientforløp som var helt crazy med tanke på akkurat det at pasienten egentlig var hjemme, men så ble de bedt om å komme inn og så gikk de via akuttmottaket og opp, og enormt mye venting da, de er jo lavstatuspasienter i akuttmottaket. Ikke blør de og ikke dør de. Så du risikerer et veldig dårlig pasientforløp der og så kommer de opp på sengepost og så ligger de der, og så blir de informert av en og så blir de informert av sykepleiere, mange som gir informasjon òg. Og informasjonen er ikke nødvendigvis helt lik og så blir det usikkerhet i forbindelse med det og så blir de sendt hjem igjen for de blir ikke operert allikevel og kommer inn igjen

neste dag, altså det kan fort bli veldig dårlig pasientforløp selv om vi gjør så godt vi kan».

Agenten anser problemet med at den aktuelle pasientgruppen fikk plexus-bedøvelse, var at mange av pasientene fikk sterke smerter når virkningen av bedøvelsen opphører. Og avdelingen ikke hadde fått til et godt nok system til å fange opp dette. Som en konsekvens gir sykepleierne store doser med smertestillende i et forsøk på å døyve pasientenes smerter i hånden og armen. BH uttrykker at h*n er bekymret for pasientsikkerheten i forhold til dette, om en pasient får store doser smertestillende og litt for lite observasjon. Den behandlende håndverkeren bruker uttrykket «livredd» for å miste en pasient i en overdose av smertestillende, og at det er hovedfokuset h*ns i tilnærming av problemet. Samtidig har BH forståelse for at det heller ikke er alltid lett å være sykepleier i en slik setting, der en ønsker å lindre smertene til pasienter, men samtidig ikke vil gi de for mye på grunn av mulige livstruende bivirkninger. Agenten påpeker flere aspekter rundt smertelindringen på sengepost av den aktuelle pasientgruppen postoperativt. H*n funderer om sykepleierne utstråler usikkerhet som pasientene ubevisst fanger opp og at pasienten selv er redd i en situasjon med sterke smerter, som kan ende i en negativ spiral. BH trekker også fram at bemanning spiller inn:

«Og sykepleieren syns det er ubehagelig fordi de må gi mer smertestillende og kanskje har de det veldig travelt med pasienter som roper på et annet rom eller du skal hjelpe til på et annet sted og så videre, det er ikke så god bemanning. Så plutselig er man ute i en sånn slags titrering da som ikke det egentlig er bemanning til».

BH mener med hensyn til pasientsikkerheten at pasientene heller burde blitt sendt hjem, der de ikke får den samme muligheten til å innta smertestillende intravenøst eller subkutan. At de da allikevel kan få det bedre ved å være i trygge omgivelser, og får styre smertelindringen sin mer selv med tabletter som er forskrevne. Agenten understreker at da er viktig å forberede pasienten og gi de presis og grundig informasjon om at de vil trolig oppleve sterke smerter, men at dette ikke er farlig. Agenten vedkjenner at smerter til pasienter kan være et sammensatt og komplekst problem, der mange ulike faktorer kan spille inn. Agenten stiller også spørsmål ved om bruken av smerteskalaer med vekt på om pasientene forstår bruken av dette, og at misforståelser kan være potensielt livstruende. BH trekker også fram bruken av smerteskjemaet som et

absolutt krav at alle som gir opioider til pasientene skal bruke det i forhold til pasientsikkerheten.

Den behandlende håndverkeren støtter på den ene siden doxa om at regionalbedøvelse er å foretrekke framfor systematisk bedøvelse, ved at dette blir ansett som et tryggere og mindre inngripende og ressurskrevende form for bedøvelse. På den andre siden påpeker agenten at dette byr på problemer når plexusbedøvelsen opphører og en mangler et skikkelig apparat til å håndtere smertene til pasientene på sengepost.

«Og der har vi jo hatt pasienter som har på en måte opplevd dette med plexus som slipper er som en voldsom traume...eller en voldsom smerte, da».

Den behandlende håndverkeren sier at det er et problem for en hektisk sengepost når pasientenes plexusbedøvelse slutter å virke der, og at det krever mye. Videre setter BH spørsmålsteget ved om kommunikasjonen mellom de som er involvert i den aktuelle pasientgruppens pasientforløp har vært god nok for å få til et optimalt system, der sengeposten ikke var helt forberedt til å ta imot pasienter som får en plexusbedøvelse ved en slik type operasjon.

BH mener at sykehussystemet i seg selv er et fungerende system, men som *«bare kjører igjennom på en måte»*, og at pasientene blir litt liten av at det er mange som er involverte, og at behandlingen er fragmentert i de ulike medisinske spesialitetene. At det ikke alltid er så god kommunikasjon mellom alle, og at det i tillegg er mange folk å kommunisere med på grunn av størrelsen på sykehuset. BH mener videre at slik systemet er lagt opp, er det vanskelig å få nok møtepunkter for det er så mange som skal møtes. Om den aktuelle pasientgruppen syns BH at alle som er involvert i behandlingen burde sammen sitte ned og snakke om hva som er problemet når behandlingen gjøres på visse måter, og få dele sine synspunkter ut fra sine arbeidsoppgaver. Og at hvis en endring skulle iverksettes må det være enighet, samt at det bør skje en evaluering av endringen som ble utprøvd i ettertid, men ikke så lenge etter for å unngå at det oppstår frustrasjoner ved endringen.

Agenten tror at årsaken til at det skjedde en endring i anestesimetode for den aktuelle pasientgruppen at det var et økende fokus på smerter:

«Du har den der...at plexus forsvinner oppe på sengepost på natt, det på en måte skaper så mye styr over så lang tid at på ett eller annet tidspunkt må en ta tak i det. Også hadde vi jo en pasient som opplevde dette her veldig tøft og...det var jo litt sånn pasienttilbakemeldinger og, og det var jo en pasient som klagde og pratet om opplevelsen om det å...å om når plexusen slipper og hvor vondt h*n fikk og hvor redd h*n ble og så videre».

I ettertid av at endringen av anestesimetode og den postoperative smertelindringen skjedde, sier BH at erfaringen er at det går mye bedre med mindre tilbakemeldinger fra sykepleiere som er frustrert over at de ikke har kontroll på smertelindringen til de aktuelle pasientene. Og at en følge av endringen er kortere liggetid som også bunnes i tidligere seponering av sterke smertestillende medisiner. Samtidig påpeker BH at de burde samlet inn det h*n viser til som objektiv data i form av tall, for å måle om det virkelig har vært en positiv utvikling etter endringen skjedde.

3.3.2 Habituskonstruksjon av behandler med overordnet ansvar for bedøvelse og smertelindring for mennesker som skal repareres (BOABSMR).

Skjematisk framstilling:

Posisjon	Disposisjon	Kapital	Posisjoneringer
Spesialistutdannet lege i faglig overordnet stilling. Har vært i en konstituert stilling med helsefaglige lederoppgaver.	*Født i Norge på slutten av 1960-tallet. *Vokst opp i enebolig *Begge foreldre i arbeid: mor med en helsefaglig assisterende stilling, og far med utdanningsbakgrunn i forsvaret *100% fast stilling	Kulturelle: *Legeutdanning med spesialistfordypning *Fritid: Følger opp om barna, luftturer med hundene, fotturer på fjellet. Når de kan reiser de på fjelltur på hytten og drar på skiturer. De sistnevnte er aktiviteter som anses å være nært knyttet til norsk kultur. Økonomiske:	*Mener at det ikke er god medisin å kun gi opioider for å smertelindre på grunn av bivirkninger. Og at det er en stor fordel at en nå gir flere ulike smertelindrende preparater for å gjøre opioidbruken mindre. *Sier anestesilegene endelig fikk vite om problemene rundt smertelindring til radiuspasienter på post i vinter 2018 etter at pasientklagen

		<p>*Godt betalt jobb i full stilling*. *En kan anta en romslig økonomi. *Bor i enebolig, har hytte på fjellet.</p> <p>Sosiale: *Gift, har barn. *Ektemake jobber som lege i et annet medisinsk fagfelt.</p>	<p>kom inn, som de da ville gjøre noe med. Kaller møtet med den aktuelle pasienten og kollegaer som var involvert som skjellsettende.</p> <p>*Sier at anestesilegene som arbeidet med dette søkte seg inn i litteraturen og arbeidet så fram ut fra dokumentasjonen et regime for håndleddspasientene for både anestesi og postoperativ smertelindring. At det generelt er litteraturen som ligger bak avgjørelser som blir tatt (evidensbaserte avgjørelser).</p> <p>*Ser i ettertid at rundt det å primært bruke plexus til radiuspasientene var noe som burde diskuteres mellom avdelingene som var involvert i høyere grad, og etterlyser samarbeidet.</p>
--	--	--	--

*Etter tall om lønn til legespesialister fra Statistisk sentralbyrå, 2019

[\(https://www.ssb.no/statbank/table/11418/tableViewLayout1/\)](https://www.ssb.no/statbank/table/11418/tableViewLayout1/)

3.3.2.1 Posisjon, disposisjoner og kapitaler

Behandleren med et overordnet ansvar for bedøvelse og smertelindring for mennesker som skal repareres, ble født i Norge på slutten av 1960-tallet. BOABSMR vokste opp i enebolig, og bor nå selv i en enebolig i et byggefelt sammen med ektemake, barn og deres kjæledyr. Agentens ektemake har stilling som lege i et annet medisinsk spesialfelt. De bor i et område som generelt anses som å være attraktivt å bo i. Foreldrene var

yrkesaktive under oppveksten til agenten. Mor i en helsefaglig assisterende stilling og far har sin utdannelsesbakgrunn i forsvaret. Ifølge agenten er det en av besteforeldrene som er årsaken til at BOABSMR selv er selv lege i dag. Agenten relaterer det til at en av bestefedrene hadde en gjeldende sammenlignbar posisjon som agenten selv, ute i distriktet. Ifølge agenten var det meningen at h*n skulle ha en lik stilling, men BOABSMR valgte å ta en litt annen karrierevei og ble heller sykehuslege.

BOABSMR forteller h*n hadde lenge lyst å arbeide med anestesi, og når det ble en ledig stilling ved et tidligere arbeidssted hvor agenten ble oppfordret til å søke på, startet også agentens karriere som anestesilege. BOABSMR sier det er tilfeldig at nåværende stilling er knyttet til det ortopediske fagfeltet. Det var der det var behov når agenten ervervet en posisjon som spesialistutdannet lege i en faglig overordnet stilling.

BOABSMR forteller om fritidsinteresser som både er familievennlige og som tar utgangspunkt i å være fysisk aktiv. Det første agenten sier ved spørsmål om interesser utenom sitt arbeid, er ordet «fjell». Nærmere bestemt handler det både om lokale fotturer på fjellet, og at de reiser så ofte de kan på tur til hytten. Agenten bruker beskriver det slik:

«Men det er vanlige skiturer og fotturer til fjells...som er det vi gjerne vil gjør, men det blir jo ikke daglig når du har barn som trener og...skal gjøre sitt så er det jo ikke slik at vi er på fjellet hele tiden».

Utenom dette lufter de hunder på tur, og som også er med på skiturer. Aktiviteter som å gå i fjellet og å gå på ski blir generelt ansett som å være typisk norske nedarvede kulturelle aktiviteter.

3.3.2.2 Posisjonerings om saken

BOABSMR forteller at til forskjell fra det h*n lærte som student på 90-tallet, så er det nå funnet ut at multimodal analgesi⁵⁸ skal være best. Agenten beskriver hvilke medikamenter som kan inngå i et postoperativt multimodalt regime for smertelindring, spesielt med tanke på sengepost, og gir uttrykk for at en stor fordel med dette er at det trekker ned på opioidbruken. Innføringen av multimodal analgesi var en del av endringen som skjedde med endringen av anestesimetode til de håndleddsopererte pasientene.

⁵⁸ Går ut på å bruke flere ulike smertestillende preparater som slik utfyller hverandre.

BOABSMR bruker begrepet «rebound pain» som en beskrivelse av smerten den aktuelle pasientgruppen opplever postoperativt når plexusbedøvelsen slipper taket. Agenten gir uttrykk for at problemet med dette ikke har nådd fram til anestesilegene før dette ble tatt tak i etterkant av pasientklagen sykehuset mottok:

«At det er en....et...ee...et problem med for mye morfinbruk. Men nå har vi jo fått, endelig er det kommet helt frem til oss, at det har vært et stort problem på post, sant. Med det som heter «rebound pain». Og det har egentlig ikke blitt skrevet om så mye før i de siste par årene heller, men vi har i hvert fall ikke fått det skikkelig formidlet før nå i vinter. Og det må vi gjøre noe med. For det er, det er jo på post det kommer, sant».

Agenten undrer om den sterke smerten som den aktuelle pasientgruppen opplever postoperativt er sterkere etter en plexusbedøvelse enn etter generell anestesi. Om den den postoperative smerten kan være verre enn om pasientene ikke hadde fått en slik regional bedøvelse. BOABSMR henviser til at for å uttale seg sikkert om dette må «en se i store tall», altså at det må måles i en tallverdi.

Behandleren med et overordnet ansvar for bedøvelse og smertelindring for mennesker som skal repareres, forteller om h*n fikk melding om at det var et stort problem på post vinteren i 2018, med «rebound pain» og den påfølgende smertelindringen som i hovedvekt bestod av opioider. Det måtte gjøres noe med og det ble kalt inn til et møte mellom agenten, en av seksjonslederne for en av de ortopediske sengepostene, sykepleieren som var på vakt, pasienten som hadde sendt klagen og en av ortopedene i ledergruppen. BOABSMR forteller om møtet:

*«Ja. Det var ****1 (seksjonsleder på en av de ortopediske sengepostene), jeg og ****2 (ortoped fra ledergruppen), og en til sykepleier som pleier å gå natt. Eeh og hadde en lang prat med en pasient, og det var veldig hyggelig... Og veldig skjellsettende, så...ee i da i den forbindelsen så sa ****1 det...som h*n...Altså at det var et problem at de gruet seg til vaktene når det var mange blokader som kom til å slippe».*

For å arbeide fram det nye regimet som skulle være det gjeldende for både anestesimetode og postoperativ smertelindring som *de* anbefaler bedre enn det som var, forteller agenten at de gikk inn i litteraturen og leste seg opp på dokumentert informasjon. Og at dette *egentlig* er framgangsmåten for alle ting de driver med, iallfall

når det skal lages rutiner og metoder for noe. BOABSMR sier det er litteratur som ligger bak avgjørelser som blir tatt.

Behandleren med et overordnet ansvar for bedøvelse og smertelindring for mennesker som skal repareres, støtter doxa om at regional bedøvelse er å foretrekke framfor systematisk bedøvelse, og sier det er «vår» mening at den aktuelle pasientgruppen fortrinnsvis får plexusblokade:

«Når en ikke trenger å bedøve hele kroppen, hvorfor skal en gjøre det»

At pasientgruppen fikk regional bedøvelse i form av plexusanestesi rutinemessig kan muligens bunnes ut i den herskende doxaen om at det er bedre å unngå å bedøve hele kroppen om en kan det. For ved spørsmål om hvorfor pasientgruppen hadde et slikt regime inntil endringen tredde i kraft, har ikke BOABSMR en direkte forklaring på. Det fantes ikke en tydelig nedskrevet metode eller rutine på det som tidligere ble praktisert, hverken om anestesiform og postoperativ oppfølging av smertelindring for den aktuelle pasientgruppen. Agenten mener at rutinen med å alltid sette plexusbedøvelsen har med at de i 2007 fikk ultralydapparat, og derved muliggjorde det teknologiske framskrittet å sikrere administrere denne formen for bedøvelse. Etter hvert ble metoden ved å alltid gi den aktuelle pasientgruppen plexusbedøvelse til en rutine. BOABSMR stiller spørsmål ved om hvor ofte anestesigruppen var på sengepost for å undervise, eller om det var noe samarbeidsmøte der de som jobber med de aktuelle pasientene ble enige om at dette var greit.

Agenten sier at de som gruppe har sviktet og må ta mye av skylden, for å innføre metoden som før var gjeldende, uten at hele teamet ble inkludert i prosessen. Samtidig mener agenten at det er påfallende at det har tatt så lang tid før beskjeden om at dette ikke var en optimal metode kom fram. Og at pasientene er avhengig av at de som er involvert i behandlingen har samme agenda og samme mål. BOABSMR syns det er leit at det har vært et problem på sengepost som ikke er blitt formidlet til dem, og at det har gått så mange år før de har fått beskjed at det ikke fungerer. Videre sier BOABSMR at de er *veldig* avhengig av at det fins et samarbeid med tanke på at alle i teamet må forstå hva en blokade går ut på. Og at det er viktig at alle gir den samme informasjonen til pasientene rundt dette, for dårlig informerte pasienter håndterer smerter dårligere enn en som er godt forberedt.

Ett år etter at endringene tredde i kraft for både anestesimetode og postoperativ smertelindring på sengepost, opplever BOABSMR at ortopedene og sykepleierne på sengepost er fornøyde og kommenterer at dette er på en måte blitt målestokken for resultatet. For det er ikke gjort noen studier av det, og BOABSMR sier derfor h*n ikke virkelig vet om pasientene har det bedre eller ikke, at det ikke foreligger «harde fakta» om saken.

3.3.3 Habituskonstruksjon av behandlers assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 1 (BAFUPS1).

Skjematisk framstilling:

Posisjon	Disposisjon	Kapital	Posisjoneringer
Sykepleier som har skiftet jobb fra ortopedisk sengepost til en akutt-kritisk post.	<p>*Født i Norge på begynnelsen av 90-tallet. Vokste opp på et mindre tettsted.</p> <p>*Yrkesaktive foreldre, begge innenfor utdanningssystemet. Begge i stillinger med ulik grad av lederansvar.</p> <p>*Vokst opp med 1 søsken, som har bachelor fra et annet helsefaglig subfelt.</p> <p>*100% fast stilling</p>	<p>Kulturelle:</p> <p>*Sykepleieutdanning</p> <p>*Fritid: er med venner og driver med friluftsliv. Aktiviteter som fremmer helse både psykisk og fysisk.</p> <p>* Er vokst opp med turer med telt og på fjell</p> <p>Økonomiske:</p> <p>*leier leilighet</p> <p>*Gjennomsnittlig årslønn som arbeidstaker*</p> <p>Sosiale:</p> <p>*Enslig</p>	<p>Om før endring:</p> <p>* Har erfaring med at plexusbedøvelsen oftest slapp sen kveldsvakt eller på nattevakt. Og at mange fikk sterke smerter fort, som var vanskelig å kupere uten å gi mye smertestillende.</p> <p>* Kritiserer systemet der en får beskjed om å ringe leger «lenger ned i systemet» som uansett konfererer med ortoped, før en får svar om å endre/øke smertestillende til pasienter som har smerter. Mener det kunne spart tid og pasienten for unødig smerter å kunne henvende seg direkte til vakthavende ortoped.</p>

			<p>*Har for det meste god erfaring med samarbeidet med legene</p> <p>* Var tidligere et misforhold mellom det sykepleierne ønsket å smertelindre pasientene med** og det ortopedene ville ordinere. Erfarer at i de siste årene har ortopedene brukt preparatet i økende grad som smertestillende til den aktuelle pasientgruppen.</p> <p>Om etter endring: *Så at de pasientene som ble en del av det nye regimet hadde det bedre i forhold til smerter. *Vet ikke hva som var bakgrunnen eller noe om prosessen bak nytt regime (Agenten sluttet hos ortopedene 6 mnd etter endringen kom)</p>
--	--	--	--

*Etter tall om gjennomsnittlig årslønn for alle arbeidstakere fra Statistisk sentralbyrå, 2019 (<https://www.ssb.no/statbank/table/11417/tableViewLayout1/>) Denne gjelder for samtlige sykepleiere som ble intervjuet for dette masterprosjektet.

** Toradol injeksjon. Et NSAIDS⁵⁹ preparat som har god smertelindrende effekt på de fleste, og en unngår da å gi mye opioider. Tidligere forskning viste at NSADIS hadde uheldig effekt på bentilheling. Dette har en nå gått vekk ifra, og NSAIDS blir nå brukt mer regelmessig til ortopediske pasienter på den aktuelle sengeposten.

⁵⁹ NSAIDs er legemidler som har smertestillende og betennelsesdempende effekt (<https://www.helsebiblioteket.no/forgiftninger/legemidler/nsaids-ikke-steroide-antiinflammatoriske-midler-behandlingsanbefaling-ved-forgiftning-utfyllende-informasjon>, 2019).

3.3.3.1 Posisjon, disposisjoner og kapitaler

Behandlers assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 1 ble født i Norge på begynnelsen av 90-tallet. BAFUPS1 vokste opp i et mindre tettsted på Vestlandet ved kysten, sammen med foreldre og ett søsken. Begge foreldre var yrkesaktive under oppveksten til agenten, og arbeidet innenfor utdanningsfeltet med ulike grader av lederansvar. Søsken har bachelorgrad i en annen helsefaglig spesialitet, enn det agenten selv har. Etter å ha fullført en treårig videregående linje som har hovedfokus på fysisk aktivitet, kosthold og helse, startet BAFUPS1 på sin bachelorgrad i sykepleie.

Agenten beskriver fritidsaktivitetene sine som vanlige, som er å være med venner eller drive med friluftsliv. At BAFUPS1 driver med friluftsliv på fritiden kan bunne ut i at h*n beskriver om en oppvekst med turer med telt og på fjell. Samlet sett anses fritidsaktivitetene som BAFUPS1 forteller om, som aktiviteter som kan fremme helse både psykisk og fysisk.

BAFUPS1 har tre års yrkesbakgrunn i en tredelt 100% stilling i det ortopediske feltet. Når intervjuet fant sted, hadde agenten for noen måneder siden skiftet stilling til en akutt-kritisk post, en post som pleier å ha høye søkertall blant sykepleiere når det er ledige stillinger der. BAFUPS1 forteller om en arbeidshverdag der det er mindre fokus på pleie og stell, og mest fokus på bruken av ulike tekniske hjelpemidler samt overvåking og prøvetaking av pasientene. Agenten er singel, og når intervjuet fant sted leide en leilighet med et mål om å kjøpe egen leilighet så snart muligheten er til stede.

3.3.3.2 Posisjoneringsom saken

Når behandlers assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 1 blir bedt om å fortelle om det typiske postoperative forløpet for den aktuelle pasientgruppen, tar agenten utgangspunkt i den rutinen som agenten hadde mest erfaring i, altså at pasientene kom til sengepost med en plexusbedøvelse:

«Den slapp stort sett i løpet av første natten uansett når på døgnet de fikk den. Så slapp den stort sett på sen kveldsvakt eller midt i en nattevakt. Og da gikk det....den gikk stort sett veldig fort, den, at den slapp taket...og mange av pasientene hadde store smerter rett etter dette».

BAFUPS1 gir uttrykk for at det var vanskelig å gi tilstrekkelig smertelindring til de aktuelle pasientene, og samtidig ikke overskride retningslinjene for administrasjon av smertestillende som foreligger på sengeposten. Agenten sier videre at ofte hjalp det med noen doser smertestillende, men at det også førte til sterke smerter i minst en halvtime for pasientene som agenten beskriver opplevde «det brutale slippet» av plexusbedøvelsen. Mot slutten av sin arbeidstid ved ortopedisk sengepost, erfarte BAFUPS1 at det skjedde en endring i postoperativ smertebehandling for den aktuelle pasientgruppen. Agenten forteller om hvilke andre medikamenter som ble brukt, samt at pasienter kom opp med en pågående blokkade på pumpe som ble trappet ned gradvis. BAFUPS1 så at de som fikk den kombinasjonen av smertestillende, hadde det bedre i forhold til tidligere erfaringer med den aktuelle pasientgruppen.

Behandlers assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 1 stiller seg kritisk til det gjeldende systemet i avdelingen, når det gjelder å kontakte leger utenom kontortid angående endring i smertelindring for de aktuelle pasientene. Instruksjonen er å ringe leger som er «lenger nede i systemet» og derfor er angivelig mer tilgjengelig til å svare på slike typer spørsmål, noe agenten er uenig med. BAFUPS1 mener dette kan medføre lengre tidsbruk og konsekvensen er lengre tid med smerter for pasientgruppen:

«Ja. Ehm, av og til så får du...og det blir jo litt kritikk selvsagt, så får du beskjed om å ringe en annen lege først. Gjerne då vakthavende turnus. På nattestid, eller studentvakt med lisens. Så det er ofte at du...hvis på en dårlig dag, så får du beskjed om å ringe noen andre...men, det er og en lege som gjerne vil konferere med ortopedene du først ringte. Sånn att, veldig ofte merket jeg at det tok lengre tid enn det som var nødvendig for å få gitt smertelindringen. Kanskje så langt at det er kommet til et punkt der du ikke klarte å kupere smertene med en gang».

Agenten sier at h*n for det meste har god erfaring i samarbeid med legene i arbeidstiden ved ortopedisk sengepost. Erfaringen er at de fleste ortopeder var villig til å trappe opp smertestillende utover den gjeldende ordinasjonen som kunne vise seg å ikke være tilstrekkelig. Videre opplevde agenten at det var et miljø på avdelingen der det var rom for å ta opp saker en var uenige i.

BAFUPS1 fikk etter hvert en god erfaring med preparatet Toradol som postoperativ smertestillende til de håndleddsopererte pasientene. Dette var ifølge agenten i en

periode noe ortopedene var motvillige til at den aktuelle pasientgruppen fikk administrert:

«Stort sett var det NSAIDS vi ville prøve. Og det var ofte i denne overgangen... nå har det vært en omveltning der og, der NSAIDS er blitt mer brukt i ortopedien postoperativt. Men jeg husker det første og halve andre året jeg jobbet på ortopedien, så var det i perioder fryktelig vanskelig å få lov til å gi NSAIDS som Ibux eller Toradol som viste, stod at veldig mange hadde effekt av. Og der vi og reduserte antall injeksjoner fra 10 til 15 småskvetter med morfin til et par doser, kanskje 2-3 doser morfin, en dose Toradol og så hadde pasienten tilnærmet smertefrihet resten av natten. Mm. Det var som sagt oftest om natten det skjedde og om natten vil du sove, og da blir du ekstra... da er ting ekstra vondt.»

Agenten forteller at etter hvert som h*n fikk økende erfaring i virkningen av Toradol, endret også kommunikasjonen med legene via telefon fra en beskrivelse av smertestituasjonen til pasientene, til en mer direkte forespørsel om å få administrere medikamentet. Før det ble mer vanlig å bruke Toradol møtte BAFUPS1 motstand blant noen leger på grunn bekymringer rundt den postoperative bentilheligen, mens andre leger var raskere med å ordinere det i stedet for å øke opioid doseringen. Agenten mener at det skjedde et skifte i bruken av Toradol rundt 2017 der bruken ble økende for å smertelindre den aktuelle pasientgruppen.

Behandlers assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 1 sier h*n ikke fant ut hvorfor det skjedde en endring i rutinen og metoden rundt både anestesimetode og den postoperative smertelindringen til pasientene med operert håndledd. Agenten viser til at h*n jobbet lite med den pasientgruppen etter at endringen skjedde, og at BAFUPS1 derfor ikke har et godt svar på hvorfor de valgte å innføre denne endringen som skjedde.

3.3.4 Habituskonstruksjon av behandlers assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 2 (BAFUPS2).

Skjematisk framstilling av BAFUPS2 habituskonstruksjon.

Posisjon	Disposisjon	Kapital	Posisjoneringer
Sykepleier	<p>*Født i Norge på begynnelsen av 90-tallet.</p> <p>*Vokst opp med 2 søsken</p> <p>*Yrkesaktive foreldre, en jobber innenfor utdanningssystemet, den andre innenfor det juridiske feltet</p> <p>*100% fast stilling</p>	<p>Kulturelle:</p> <p>*Sykepleieutdanning</p> <p>*Har tidligere lenge drevet med organisert lagidrett</p> <p>*Fritid: Være sammen med samboer og barn, er med venner og familie.</p> <p>Økonomiske:</p> <p>*Bor i leilighet, kjøpt</p> <p>*Gjennomsnittlig årslønn som arbeidstaker</p> <p>Sosiale:</p> <p>*Har 1 barn under 5 år og samboer</p> <p>*Samboer har bachelor og jobber innenfor det økonomiske feltet</p>	<p>Om før endring:</p> <p>*Har erfaring med at første natten etter operasjon trenger pasientgruppen mye oppfølging med smertelindring (opioider) pga. sterke smerter når plexusbedøvelsen går ut.</p> <p>*Syns det er skummelt å gi mye opioider som går ut over respirasjonsfrekvensen til pasientene.</p> <p>*Mener at det er ortoped og turnusleger som har best innsikt i, og gir gode ordinasjoner når det gjelder smertestillende. At studentleger ofte svarer for vagt, og er sistevalget å ta kontakt med.</p> <p>*Trekker fram Toradol som et godt alternativ til opioider som smertelindring. Opplever at turnusleger er litt mer restriktive til å ordinere det ift. Ortopeder og turnusleger.</p> <p>*Sier h*n gir beskjed hvis noe skjer på avdelingen h*n ikke er enig med.</p> <p>Om etter endring:</p> <p>*Var i fødselspermisjon når endringen skjedde, merket stor positiv forskjell ift. smerter</p>

			hos pasientgruppen når h*n kom tilbake på jobb. At det er bedre for alle, og at pasienten kommer seg forttere nå enn før. *Har ikke satt seg inn i eller fått informasjon om endringen som skjedde.
--	--	--	--

3.3.4.1 Posisjon, disposisjoner og kapitaler

Behandlers assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 2 er født i Norge på begynnelsen av 90-tallet. BAFUPS2 vokste opp i en bydel som generelt anses å være et attraktivt område å bo i, sammen med foreldre og to søsken. Foreldrene var yrkesaktive under oppveksten, en av dem innenfor utdanningssystemet og den andre innenfor det juridiske feltet. BAFUPS2 valgte en videregående linje som legger vekt på kreativitet, estetikk og arbeid med hendene. Videre valgte agenten å ta bachelorgrad som sykepleier, og når intervjuet fant sted hadde agenten 5 års yrkeserfaring bak seg i en 100% stilling som sykepleier ved ortopedisk sengepost. BAFUPS2 beskriver en mangeårig bakgrunn innenfor lagidrett, en idrett som setter krav til både hurtighet og fysisk styrke og som gir mulighet til å delta i organiserte konkurranser. Agenten bor i samkjøpet leilighet sammen med samboer og deres barn. Samboer har bachelorgrad innenfor det økonomiske feltet. BAFUPS2 sier at fritidsaktiviteter består av sosiale aktiviteter som å tilbringe tid sammen med familie, gå tur eller være med venner.

Agenten sier at årsaken til at h*n jobber ved en ortopedisk sengepost er en interesse for fagfeltet. Samt at arbeidet ved sengeposten byr på variasjoner, både når det gjelder diagnoser og alder hos pasientene, og mener at en «får litt av alt» der.

3.3.4.2 Posisjoner om saken

Når behandlers assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 2 forteller om et typisk postoperativt forløp for den aktuelle pasientgruppen, bruker agenten erfaringer fra den forrige rutinen med plexusbedøvelse og administrering av opioider intravenøst eller subcutant mot smertetopper. BAFUPS2 forteller at når plexusbedøvelsen opphører får de aktuelle pasientene sterke smerter, og at en del av ansvaret overfor pasienten er å kartlegge og observere smertenivået, samt administrere opioider som ikke alltid har effekt. Agenten gir uttrykk for at det ikke er problemfritt å gi

de aktuelle pasientene mye smertestillende i form av opioider, og påpeker at dette som oftest pågår om natten;

«Og det som...syns det, på en måte kanskje det som er det skumleste med radiusfrakturene er jo det at det går jo veldig ut over respirasjonsfrekvensen deres når de får mye smertestillende. Så den første natten etter at de er operert er vel...det er en ganske heftig natt, hvis ikke de har den premedikasjonen og Dolcontinen⁶⁰ i bunnen da».

Når det gjelder forhandlinger på vegne av de aktuelle pasientene med legene om endringer i ordinasjon for smertestillende, opplever agenten variasjon i tilbakemeldingene fra legene ut fra hvilken lege som gir ordinasjonen. BAFUPS2 hevder å merke hvilken lege som har god innsikt i radiusfrakturer og det postoperative forløpet til pasientgruppen. BAFUPS2 foretrekker å kontakte enten ortopeder eller turnusleger når det kommer til endringer av smertestillende, og mener studentlegene er det siste alternativet. Det begrunnes med at BAFUPS2 mener studentlegene gir litt diffuse svar ved forespørslar.

BAFUPS2 syns også at studentleger er mer restriktive når det gjelder ordinasjon av Toradol. Toradol mener agenten er et godt alternativ til opioider når det gjelder å ha kontroll på respirasjonsfrekvensen til pasientene, og bruker ordet trygg om bruken av det. BAFUPS2 mener kombinasjonen med morfintabletter sammen med Toradol injeksjoner er en god kombinasjon kontra en høy mengde opioider intravenøst og subcutant. Agenten peker også på ikke-medikamentelle tiltak som kan virke smertelindrende postoperativt for de aktuelle pasientene.

BAFUPS2 tror det er personbetinget når det gjelder å gi beskjed hvis det er noe en er uenig med på avdelingen. Videre sier agenten at h*n gir selv beskjed, men at enkelte kollegaer syns det er vanskelig å gi beskjed i frykt for å gi galt inntrykk eller for å skape dårlige relasjoner. BAFUPS2 sier at på sengeposten h*n jobber ved, er det flere som ikke gir beskjed nettopp på grunn av det, og agenten mener dette er dumt. Samtidig mener BAFUPS2 at det er miljø for å kunne si ifra på en grei måte, og at det blir tatt imot uten at det skal skape problem for personene.

⁶⁰ Langtidsvirkende (12 timers virkningstid) opioidtablett.

BAFUPS2 mener at følgene av endringen rundt anestesimetode og postoperativ smertelindring for de håndleddsopererte pasientene er positive for alle. Både når det kommer til pasientsikkerhet og det helhetlige inntrykket til pasientene. Agenten erfarer at de aktuelle pasientene har det bedre og kommer seg fortere sammenlignet med den tidligere måten å gjøre det på:

«Jeg har merket en utrolig større bedring på hvor mye vondt de har etterpå. Ja. Og det er ikke det samme som det det var før. Nei, så det er veldig mye bedre. Med metoden som de bruker nå. Mm.»

Når den omtalte endringen tredde i kraft på avdelingen, var behandlers assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 2 i fødselspermisjon. BAFUPS2 merket tydelig at det var skjedd en endring rundt de aktuelle pasientene, og mener endringene er gode og at kontrasten var stor i forhold til den tidligere måten å gjøre det på. Videre sier agenten at hva selve endringen består av har ikke h*n satt seg inn i eller fått noe informasjon om.

3.3.5 Habituskonstruksjon av behandlers assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 3 (BAFUPS3).

Skjematisk framstilling:

Posisjon	Disposisjon	Kapital	Posisjoneringer
Sykepleier Når intervjuet fant sted, var agenten involvert i arbeid med vernetiltak på arbeidsplassen.	*Født på midten av 80-tallet, i Sentral-Europa. Kom til Norge i midten av tenårene. *Far bor fremdeles i hjemland, mor i Norge. *Yrkesaktive foreldre: Far med mastergrad innenfor jordbruk og har administrativt arbeid. Mor har bachelor i et helsefag, mastergrad fra hjemlandet og har	Kulturelle: *Sykepleieutdanning *Gikk på musikkskole i 5 år ved siden av grunnskolen, spiller blåseinstrument. Vokst opp med musikk: alle i familien utenom et søsken spiller et instrument. *Fritid: Primært være sammen med samboer og barn. Ellers sykling og generelt fysisk aktivitet, er trenings- og idrettsinteressert. Økonomiske:	Om før endring: *Mener at hos den aktuelle postoperative pasientgruppen kan det forventes høye smerter *Sier at når plexusbedøvelsen slipper taket, har en kort tid på å få ned smertenivået til pasientene som krever at en reagerer fort. *Har erfaring med at når plexusen slipper kan det være en travel tid på

	<p>tatt videreutdanning i Norge. *Vokst opp som yngst av 2 søsken. Begge søsken har høyere utdanning innenfor helse. Alle tre søsken har drevet med forskjellige former av sport og idrett. *To eldre generasjoner før har utdannet seg til sykepleiere, agenten er den tredje i rekken. *100% fast stilling</p>	<p>*Bor i tomannsbolig *Gjennomsnittlig årslønn som arbeidstaker*</p> <p>Sosiale: *Samboer, barn under 10 år *Samboer har bachelor i business og design, og har ervervet seg en lederstilling.</p>	<p>avdelingen, ikke sjeldent rundt vaktskiftet. Kan være krevende å smertelindre de aktuelle pasientene.</p> <p>*Sier at h*n har litt blandet erfaring ift. studentleger/leger med lisens/turnusleger som skal ordinere smertestillende til denne pasientgruppen. At de nyutdannede legene uansett konfererer med ortopedisk forvakt som ikke alltid er like tilgjengelig, og at tiden går ut over pasientene som har vondt. At denne ordningen ikke er effektiv nok i praksis. *Mener det fins et misforhold mellom hva pasientene blir informert om og kan forvente ift. smerter, til hva de opplever på sengepost. At rutiner og holdninger rundt dette bør endres. *At samkjøring av informasjon er en utfordring i helsevesenet. *Syns ikke personlig der et vanskelig å snakke med legene om utfordringer på avdelingen, men at det er vanskelig å få gjennomført noen endringer siden det som oftest involverer mange ulike instanser og må skje på flere ulike plan.</p>
--	---	--	---

			<p>Om etter endring: *Fikk raskt inntrykk av at de opererte håndleddspasientene med det nye regimet hadde det greit ift. smerter, og opplevde at de ikke fikk den samme brå smertetoppen som tidligere. *Sier at uten å kunne vise til dokumenterte begrunnelser, men etter å selv ha observert det, merket h*n at anesthesiopplegget rundt pasientgruppen endret seg. *Vet ikke hvorfor det skjedde en endring, eller noe om prosessen bak. *Funderer på om det er på grunn av tilbakemeldinger fra pasienter.</p>
--	--	--	---

*Etter tall om gjennomsnittlig årslønn for alle arbeidstakere fra Statistisk sentralbyrå, 2019

(<https://www.ssb.no/statbank/table/11417/tableViewLayout1/>)

3.3.5.1 Posisjon, disposisjoner og kapitaler

Behandlers assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 3 ble født på midten av 80-tallet i et land som ligger i Sentral-Europa. BAFUPS3 flyttet til Norge i midten av tenårene sammen med sin mor, far bor fremdeles i hjemlandet. Begge foreldre er yrkesaktive. Far har utdanning på masternivå innenfor agrikultur feltet, og BAFUPS3 beskriver arbeidsoppgavene hans av den administrativ og byråkratisk art. Mor har bachelorgrad innenfor helsefag og har også mastergrad fra hjemlandet, en masterutdanning som er bygget på akutt-kritisk medisin. I Norge har moren tatt videreutdanning som bygger på hennes bachelorgrad. Agenten har to søsken, begge har valgt å ta høyere utdanning innenfor helsefaget. Alle de tre søsknene drev med idrett i oppveksten; enten friidrett, kampsport eller lagsport. BAFUPS3 har vokst opp med en

familie der alle utenom et søsken spiller et instrument. Når agenten viser til sin barndom bruker h*n uttrykk som både «travel» og «aktiv».

Selv spiller BAFUPS3 et blåseinstrument, og gikk på musikkskole i 5 år ved siden av grunnskolen i hjemlandet. Agenten sier h*n kunne bygget videre på en musikkutdanning, men valgte heller en allmenn videregående linje. Den videregående skolen BAFUPS3 gikk ved har en tradisjonsrik og lang historie som utdanningsinstitusjon, og kan i dag beskrives som en ren allmennfaglig skole som tilbyr blant annet linjer for minoritetsspråklige elever. BAFUPS3 sier at årsaken til at h*n valgte en allmenn videregående linje framfor en musikklinje, ligger i at dette var det agenten var mest interessert i da.

BAFUPS3 er tredje generasjons sykepleier og betegner selv at familien har en ganske lang familietradisjon som sykepleiere fra 30- 40-tallet. Selv sier agenten at det er en tilfeldighet at h*n tok bachelor i sykepleie:

*«Nei. Det var helt tilfeldig. Det var en ekstrajobb i russetiden og...eh...ja...på en...på en som...altså som assistent for en døende mann som og var ***** (spesialsykepleier) fra tidligere...og i utgangspunktet så har jeg visst en del om fag og slikt så var det enda at jeg så litt mer opp til min far.. enn min mor så det var liksom mer naturlig sant at det var sånn gjennom oppvekstårene så var det, jeg visste mer hva min far sin jobb går ut på enn min mamma sin jobb...så det var...så det han mannen som liksom satte meg mer litt i sant, det litt mer praktiske aspektet; hvordan er det å være sykepleier i Norge? Ellers så tror jeg kanskje ikke, men det er vanskelig å si att jeg kanskje ikke hadde blitt, altså blitt sykepleier i ***** (hjemlandet), men det, siden sykepleiefaget er så sterkt i Norge sant, og slik så var det nok mer fristende. Så det...ja. Mm».*

Behandlers assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 3 sier det var en tilfeldighet at h*n fikk jobb på ortopedisk sengepost, da en tidligere medstudent tipset agenten om en ledig stilling ved avdelingen. Når intervjuet fant sted, har BAFUPS3 6 års arbeidserfaring i det ortopediske feltet i 100% tredelt stilling, og involvert i arbeid med vernetiltak på arbeidsplassen. Agentens arbeid innenfor vernetiltak muliggjør at noen arbeidsdager går ut på å ha administrative arbeidsoppgaver.

BAFUPS3 bor sammen med samboer og barna deres i en tomannsbolig som de har kjøpt sammen. Samboer har utdannelsen innen business og design og har en lederstilling innenfor tekstilbransjen. Når det gjelder fritidsaktiviteter gir agenten uttrykk for at det har vært barna som har vært prioritert, og ellers prøver BAFUPS3 å utøve fysiske aktiviteter som sykling og trening generelt. Fysiske aktiviteter som både kan utføres selvstendig, men som også med tilrettelegging kan utføres sammen med familien.

3.3.5.2 Posisjonerings om saken

Behandlers assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 3 hevder at når det gjelder postoperative smerter, kan en forvente at den aktuelle pasientgruppen vil oppleve å få høye smerter. Agenten peker på at det er individuelle forskjeller som også spiller inn i smertebildet til pasientene, men at en allikevel generelt kan forvente at pasientene som har operert i et håndledd og som har fått plexusbedøvelse vil sannsynligvis ha høye smerter. BAFUPS3 forteller også at en har kort reaksjonstid fra pasienten viser tegn til smerter, før en må starte med smertelindringen siden smertene kan stige fort når plexusbedøvelsen først slutter å virke. Agenten trekker også fram at noen vakter på sengeposten kan bli hektiske for pleiepersonalet, spesielt i vaktskiftet, hvis det er flere i den aktuelle pasientgruppen som kommer fra operasjon:

«Så det har jo hendt og at sant, enkelte vakter hvor du fikk to eller tre pasienter som hadde meget god, var meget godt dekket...plexusblokaden den holdt lenge, og så i vaktskiftet og så begynte det å slippe. Det er veldig travelt, altså. Det kan være veldig krevende, altså, å smertelindre slike pasienter».

BAFUPS3 stiller seg også noe kritisk til det eksisterende systemet der en kontakter leger «lenger nede i systemet», når BAFUPS3 er talerør på vegne av aktuelle pasienter ved behov for endring i den smertestillende ordinasjonen. Agenten peker på at studentleger eller turnusleger ikke alltid føler seg trygge nok på å gi ordinasjoner på samme linje som det en ortopedisk forvakt kan. Og selv om en sykepleier med erfaring rundt problemet kommer med anbefalinger, kan det være at legene en først skal kontakte ikke føler det er til å stole på. Agenten erfarer at de legene allikevel ofte kontakter ortopedisk forvakt for å konferere, og at forvakt ikke alltid er tilgjengelig for å svare på slike problemstillinger. Agenten sier denne prosessen er tidskrevende, og

bruker illustrasjonen for smertene til den aktuelle pasientgruppen som en brann som sprer om seg:

«Så det er nok en tidskrevende prosess som...hvert minutt eller hvert kvarter går ut over pasienten...så det...så det er en nok blandet erfaring altså. Det er ikke alltid den brannslukningsapparatet som vi har tilgjengelig at akkurat er så effektiv mot en brann som du ser er i ferd med å spre seg, når det gjelder smerter, ja. Og det er ofte veldig vondt, ja. Det opplever vi, så...eller jeg».

BAFUPS3 mener det finnes et misforhold mellom det de aktuelle pasientene blir informert om hva de kan forvente på sengeposten med tanke på smertelindringen de kan få. Agenten påpeker at noen pasienter forventer at smertene når plexusbedøvelsen opphører å virke, skal holdes lave med smertestillende på sengeposten og i noen tilfeller smertefrie. BAFUPS3 ser på det som en utfordring i helsevesenet rundt dette med å gi informasjon og riktig mengde informasjon til pasientene, og anser at slike utfordringer kan gå ut over pasientbehandlingen som helhet. Agenten ytrer at rutiner og holdninger rundt dette bør endres.

Agenten forteller h*n ikke syns det er vanskelig å si ifra eller diskutere med visittgående leger hvis det er noe som foregår eller er uenig med på sengeposten. Men at det ikke nødvendigvis blir gjort noe med, og begrunner dette med at det kan være tids- eller ressurskrevende å endre noe ved praksisen på avdelingen. Blant annet på grunn av det er mye som gjøres tverrfaglig og at det er flere instanser ved sykehuset som er involvert i pasientkontakten. Ellers viser BAFUPS3 til at h*n vet om noen kollegaer som kan kvi seg for å kontakte leger for å få endring i ordinasjon av smertestillende, og som vil unngå følelsen av å mase på legene.

Behandlers assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring 3 fikk erfaring med den nye metoden samme uken det ble innført. BAFUPS3 ble overrasket da flere av de aktuelle pasientene kom til sengeposten uten en plexusbedøvelse, og fikk inntrykk av den postoperative smerten ble fordelt over flere timer heller enn at det kom sterke smerter i en brå og sterk smertetopp. Agenten forteller om opplevelsen av det at det nesten virket for godt til å være sant. BAFUPS3 tror i etterkant at den nye metoden er nå den mest praktiserte metoden for den aktuelle pasientgruppen, uten at agenten kan vise til dokumenterte begrunnelser for at endringen er innført, men at h*n har observert at det har skjedd. BAFUPS3 vet ikke om hvorfor

endringen ble innført, men funderer på om det kan være basert på tilbakemeldinger fra pasienter.

3.3.6 Oppsummering og diskusjon av analyse del 2

Denne oppsummeringen tar utgangspunkt i habituskonstruksjoner analysert fram i kapittel 3.3.1 til og med kapittel 3.3.5, samt analysen av historiseringen til det ortopediske felt i kapittel 3.2. Det diskuteres her gjennom Bourdieus felt- og habitusteori at det finnes en homologi mellom agentenes posisjoneringer og posisjonen som agentene har i feltet. Først belyses Bourdieus feltteori rundt det sosiale rom, før feltskissen over subfeltet ortopedi presenteres.

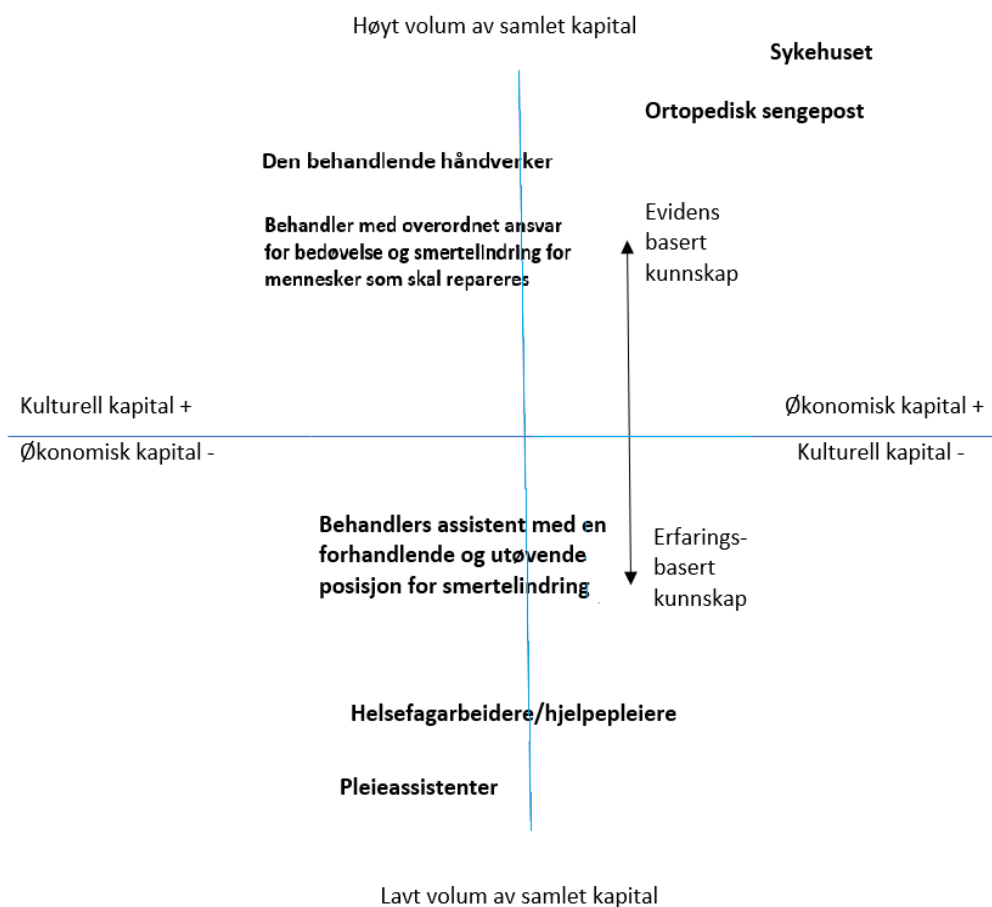
3.3.6.1 Feltet

Ifølge Bourdieu lever vi alle i et sosialt rom, som også kan betegnes som feltenes felt. Det sosiale rommet er differensiert av en rekke forholdsvis uavhengige felt, som hver delvis har egne selvstendige prinsipper for fordelingen av spesifikke kapitalformer (feltet har egen autonomi). I det sosiale rommet kjempes det kamper seg imellom, for eksempel om hvilken kapitalform som gir symbolsk makt og adgang til det regjerende maktfeltet som er den politiske makten og staten (Rosenlund & Prieur, 2006, s. 125; Wilken, 2008, s. 77). Bourdieu forstod og betraktet samfunnet (sosialt rom) som et system av relasjoner mellom posisjoner (Halskov, Lundin & Petersen, 2008, s. 274). Referert til kapittel 2.1.1 består de ulike feltene av posisjoner som kan defineres av kapitalform som skiller den fra andre posisjoner i feltet. Feltet kan tenkes som et geometrisk rom, der avstanden mellom posisjonene skal tenkes som sosial avstand. Slik er det at posisjoner som ligger langt fra hverandre i det geometriske rommet (feltskissen) har få sosiale egenskaper til felles, mens de som ligger nærme hverandre også er lik hverandre i egenskaper (Halskov et al., 2008, s. 276).

Når Bourdieu konstruerte fram feltskisser brukte han store statistiske datasett, som kan sees i forenklet versjon av den norske Distinksjonen (Bourdieu, 2002, s. 9). I dette masterprosjektet er feltskissen (figur 1) over subfeltet ortopedi stipulert ut fra kvalitativ data samt den historiske gjennomgangen av feltet. I feltskissen er også andre posisjoner i det aktuelle feltet inkludert, selv om de ikke har vært gjenstand for undersøkelse i dette

masterprosjektet. Posisjonene sykehus, sengepost, helsefagarbeider/hjelpepleier og pleieassistent er også en del av det ortopediske subfeltet som har betydning for både «systemet» og pasientsamhandlingen og er derfor inkludert i skissen. Sykehuset er plassert øverst økonomisk, og er den posisjonen som anses å være nærmest maktfeltet. Sykehuset dominerer også de ansatte i institusjonen, som gjelder alle posisjonene i feltskissen. Helsefagarbeidere/hjelpepleiere er plassert lavere enn behandlers assistent, og er også en dominert posisjon under behandlers assistent. Pleieassistentene er plassert nederst i feltskissen, og er plassert mer mot den kulturelle plussiden enn mot den økonomiske. Dette legges til grunn da pleieassistentene er deltidsansatte behandlere under utdanning. I skissen er det også lagt inn en ekstra dimensjon, forholdet mellom evidensbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap. Denne viser til hva gjennomgangen av tidligere forskning viste, at det finnes et hierarki innenfor det medisinske feltet av kunnskap, der evidensbasert ligger over den erfaringsbaserte (se kapittel 1.3.1 og 1.3.2.1).

Figur 1: En stipulert feltskisse av det ortopediske feltet, et subfelt under det medisinske feltet. Utført etter inspirasjon fra Rolf Hornes feltskisse (2016, s. 143).



3.3.6.2 Behandlers posisjon

Bourdieu's habitusteori bygger på oppfattelsen av at det finnes en *homologi* mellom sosiale strukturer, romlige strukturer og kroppsliggjorte og mentale strukturer (Priour, 2006, s. 52). Den bærende ideen er at posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer varierer på en systematisk måte, det vil si at til bestemte posisjoner svarer bestemte distribusjoner av kapitaler, som igjen er homologe med bestemte posisjoneringer uten at de er helt identiske (Halskov et al., 2008, s. 278).

Med bakgrunn i habituskonstruksjonen (se kapittel 3.3.1 og 3.3.2) viste dataen at behandlerne (legene) har noen felles disposisjoner;

- begge er fysisk aktive
- har godt betalte jobber og bor i eneboliger
- begge hadde slektninger som var leger
- begge har ervervet seg legeutdanning med spesialistfordypning
- og begge innehadde lederstillinger (der anestesilegen var konstituert).
- I tillegg var begge gift med leger.

Ut fra denne dataen kan en anse at begge behandlerne er orientert i en behandler-habitus, både i form av arvet kapital og egen ervervet kapital.

Videre er det også konstruert fram behandlernes posisjoneringer om det som masterprosjektet handler om. I samsvar med Bourdieus teori om homologi posisjonerer begge behandlerne seg ut fra sin posisjon i feltet slik:

- begge mente bruken av opioider måtte nedskaleres for de aktuelle pasientene på grunn av uheldige bivirkninger som blant annet går ut over pasientsikkerheten
- begge etterlyser mer samarbeid mellom avdelingene som er involverte i den felles pasientkontakten
- og begge mener at for denne aktuelle pasientgruppen har ikke kommunikasjonen vært god nok mellom de involverte
- begge vedkjenner at den aktuelle pasientgruppen har hatt sterke smerter når plexusbedøvelsen går ut på sengepost.
- Når det kommer til meningen om evidensbasert kunnskap i forhold til erfaringsbasert kunnskap, har de litt ulike ytringer, men handlingene samsvarer. Den behandlende håndverkeren gir uttrykk for noe skepsis i bruken av

smerteskala, som er bygget på evidensbasert kunnskap med målbare tall som skal indikere hvor sterk smertelindring pasientene skal ha. Agenten peker på erfaringsbasert kunnskap kunne vært aktuelt å bruke i vurderingen av pasienters smerte:

«Og hvis du har en uerfaren sykepleier som er veldig opphengt i det tallet 3...så kan det gå på pasientsikkerheten løs, at en skal ned til 3. For da kanskje pasienten slutter å puste før han sier at han har 3. Og at kanskje dette med å lese en pasient, kroppspråket er vel så trygt».

Behandleren med et overordnet ansvar for bedøvelse og smertelindring forteller at avgjørelser og utarbeidelser av rutiner og prosedyrer kommer fra evidensbasert kunnskap, men samtidig har endringen som har skjedd for den aktuelle pasientgruppen basert seg på en pasientklage som kom inn. Dette satte i gang møtet der erfaringer ble utvekslet, som igjen førte til at endringen skjedde.

Om evalueringen av endringen i anestesimetode og den postoperative smertelindringen som ble innført, posisjonerer begge seg mot at det *trengs evidensbasert kunnskap* i form av studier eller målbare tall før en vet om det *virkelig* har vært en positiv effekt for den aktuelle pasientgruppen.

3.3.6.3 Behandlers assistents posisjon

Intervjudata fra sykepleierne viser at i den sosiale bakgrunnen deres har enten en eller begge foreldre yrkesfaglig bakgrunn fra utdanningssystemet eller innenfor helsefag (se kap. 3.3.3, 3.3.4 og 3.3.5). Resultatet fra historiseringen viste at den moderne sykepleiers opphav har blant annet bakgrunn i oppdragelse og undervisning av fattige barn (se kap. 3.2.5). Undervisning er fremdeles et gjeldende element i rammeplanen for sykepleierne, da med undervisning og veiledning av pasienter (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 4). I denne masteroppgaven anses det derfor at posisjonen behandlers assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring (sykepleier) har habituelle disposisjoner orientert mot en omsorgs- og undervisningshabitus. Andre disposisjoneringer som agentene deler er

- en gjennomsnittlig årslønn for arbeidstakere
- sykepleieutdanning
- har vært eller er opptatt av idrett (helsefremmende aktiviteter)

- og alle var ansatt i fulle stillinger i et yrke som er preget av deltidsstillinger.

Ut fra agentenes posisjon i feltet ser en i habituskonstruksjonen at de deler noen felles posisjoneringer rundt saken som masterprosjektet handler om (Se kapittel 3.3.3, 3.3.4 og 3.3.5):

- at de fleste pasienter som fikk plexusbedøvelse hadde sterke smerter postoperativt som det var utfordrende å smertestille med opioider
- de anser det som et problem at plexusbedøvelsen som oftest sluttet å virke sent på kveldsvakt eller i løpet av en nattevakt da der er lite personale på jobb
- de stiller seg kritisk til systemet der en tilkaller leger «lenger ned i systemet» for de mener dette går på bekostning av tiden de har til å raskest mulig smertestille pasientene
- de betrakter generelt samarbeidet med legene som godt
- de mener det er et miljø i avdelingen for å si ifra om det er noe de er uenige i
- de har *erfart* endringen som er innført for den aktuelle pasientgruppen har ført til *mindre postoperative smerter*, men ingen av dem vet noe om prosessen bak hvorfor endringen skjedde.

3.3.6.4 Homologi

Vi kan se at fellestrekkene for agentene innad posisjonene i feltet som er omtalt over knytter seg til deres kapitalvolum, i form av utdanning, sosial bakgrunn, lønn, grad av autonomi og beslutningsmakt. På bakgrunn av dette er posisjonen den behandlende håndverkeren plassert over behandleren med et overordnet ansvar for bedøvelse og smertelindring (se figur 1). Dette begrunnes med at den behandlende håndverkeren har en fast lederjobb, og h*n har ervervet seg økt kulturell kapital i form av en doktorgrad, og i kraft av sin stilling kan dominere de andre i feltet. Samtidig er de plassert nærme hverandre da de to posisjonene flere fellestrekk som jeg argumenterer for i kapittel 3.3.6., og empirien viser at de to posisjonerer likt ut fra sin posisjon i feltet (homologi). Det samme har jeg argumenter for når det gjelder posisjonen behandlerens assistent med en forhandlende og utøvende posisjon for smertelindring, der det også viser seg at agentene posisjonerer seg ut fra sin posisjon i feltet, her dominert av behandlerne.

Det konkluderes derfor i denne oppsummeringen av delanalyse 2 at ut fra Bourdieus felt- og habituskonstruksjonen av behandlerne (legene) og behandlerens assistent

(sykepleiere), med følgelig noen variasjoner, kan en se at deres posisjoneringer er homologe med posisjonen de inntar i det ortopediske feltet, som er basert på deres disposisjoner (kapitaler); det vil si deres økonomiske, sosiale og kulturelle kapitaler. Med andre ord er den sosiale bakgrunn homolog til den posisjonen en inntar innenfor feltet.

4.0 Studiens konklusjoner

I denne avsluttende delen av oppgaven skal jeg kort oppsummere noen av funnene fra studiens analysedeler. Hovedhensikten med dette kapitlet er å svare på forskningsspørsmålene jeg har stilt i dette masterprosjektet, som underkapitlene 4.1-4.3 viser til. Jeg vil også belyse det som anses som doxa i feltet gjeldende for denne studien i kapittel 4.4.

Denne studien skriver seg inn i en praxeologisk vitenskapsteori som søker å beskrive med hensikt i å forstå og forklare. Jeg har søkt etter en forståelse og forklaring på hva som ligger bak avgjørelser rundt en anestesimetode samt hvilken påvirkning myndighet mellom profesjonene (posisjonene) har å si for slike avgjørelser.

Forskningsspørsmålene er undersøkt i lys av Bourdieus felt- og praktikkteori som har resultert i en omfattende og fruktbar måte å undersøke forskningsspørsmålene på.

4.1 Hvordan kan det være, at helsepersonell handler som de gjør når de treffer en beslutning om anestesimetode og postoperativ smertelindring hos håndleddsopererte pasienter?

For å forsøke å finne et svar på forskningsspørsmålet, som kan betraktes som det overordnede spørsmålet i denne studien, legger jeg til grunn studiens oppsummeringer og delkonklusjoner. Historiseringen viser til de strukturelle rammer rundt feltet og analysen av studiens habituskonstruksjoner viser fra hvilken posisjon i feltet agentene handler. Det legges ekstra vekt på anestesilegens posisjon. Det begrunnes med at avgjørelsen som det refereres til ligger under anestesilegens fagfelt, og er profesjonen som har den dominante posisjonen når det gjelder både anestesiform og smertebehandling til pasienter som behandles for frakturer.

Slik som kapittel 2.1.2 refererer til, utviklet og brukte Bourdieu habitus for å analysere hvorfor folk agerer som de gjør i gitte situasjoner. I denne studien er habituskonstruksjonen analysert ut fra profesjonene og posisjonene ortoped, anestesilege og sykepleier for å undersøke hvordan agentene agerer når det gjelder å treffe en beslutning om anestesimetode og postoperativ smertelindring hos hendeddsopererte pasienter. I kraft av sin profesjon er det legene som har fått myndighet til å ta slike typer avgjørelser. Siden medisin er delt opp i ulike spesialiserte, fragmenterte fagfelt, faller spørsmålet om anestesimetode og postoperativ smertelindring inn under anestesilegenes ansvarsområde. Habituskonstruksjonen av anestesilegen viste at legens posisjoneringer rundt endringer som skal skje rundt endringer i anestesimetode og smertelindring skal komme av evidensbasert kunnskap, som hentes inn fra dokumentasjon og litteratur (se kapittel 3.3.2.2). Denne posisjoneringen styrker doxa om at evidensbasert kunnskap er den øverste form for kunnskap i det medisinske feltet, noe gjennomgangen av tidligere studier også viser til (se kapittel 1.3.2.1). Samtidig kan det tolkes at anestesilegen handlet etter *erfaringsbasert* kunnskap. Kunnskap som kom av et møte der erfaringer ble utvekslet rundt det regjerende anesthesi og postoperative opplegget, som blant andre pasienten som hadde sendt inn klagen var med på.

Jeg har vist gjennom Bourdieus teori om habitus at disposisjonene til agentene gjør at de inntar en posisjon i feltet, som igjen gjør at de posisjoneres slik de gjør om saken det handler om. Det vil si at agentenes sosiale bakgrunn er avgjørende for hvilke strategier agentene spiller inn i det medisinske feltet (se kap.3.3.6). Behandlerne (legene) følger evidensprinsipper for rett behandling og deres handlinger bestemmes ut fra den nyeste vitenskapelige kunnskap om det deres aktuelle fagområdet. Behandlers assistenter (sykepleierne) opplever at den kunnskapen ikke er nok, da dette ikke har møtt de postoperative smertene til pasientene på en tilstrekkelig måte. Men slik som historiseringen, feltskissen og habituskonstruksjonene fra denne studien viser er deres posisjoner i det medisinske feltet under den medisinske ekspertise i det medisinske feltet, og deres syn på saken får ikke gjennomslag. Pasientene på sin side må akseptere de sterke smertene som kommer i kjølvannet av en plexusblokade, slik som metoden og rutinene tidligere har vært. Pasientene stilles nederst eller nullstilles i det medisinske hierarkiet jamfør (Petersen, 1993, s. 44).

I det sosiale rom domineres alle felt av maktfeltet (se kap. 3.2.3 og 3.3.6.1), hvor blant annet landets lover og regler blir både vedtatt og overholdt av stortinget, regjeringen og domstolene. Historiseringen av oppbyggingen av velferdsstaten Norge belyste at kontrollen og makten over folkets helse økte i kraft med utbyggelsen av helsevesenet med blant annet lover som virkemidler (se kap. 3.2.2). Historiseringen viser videre at sykehusene i dag er styrt etter NPM modellen og er lagt under statens (maktfeltets) ansvar. Slik ser en at maktfeltet dominerer det medisinske feltet.

I feltskissen (se figur 1) kunne pasienten som posisjon vært plassert helt nederst, dominert av alle de andre posisjonene i feltet. Pasienten har ingen reel påvirkningskraft i feltet for pasientens kapitaler er ikke omsetningsbar kapital i det som det kjempes om i feltet. På den andre siden er pasienten beskyttet og ivaretatt av det juridiske feltet i form av lover og rettigheter som er utformet blant annet nettopp for å ivareta pasientene, som for eksempel pasient- og brukerrettighetsloven (1999). For først når en pasient ikke anerkjente sin plass i det medisinske hierarkiet, og gikk utenom og henvendte seg til et annet felt, det juridiske, skjer det en endring i behandlingen.

Denne oppsummeringen visert til at i siste instans er det hverken det evidensbaserte eller det erfaringsbaserte som styrer avgjørelsene, men heller den juridiske myndigheten som i samfunnet gir den svakeste part, pasienten som her har postoperative smerter, utslagskraft og slik får legen i den dominante posisjon til å endre beslutningsstrategi. Bourdieu sier at et felt (her subfeltet ortopedi) er relativt autonomt, men samtidig er feltet alltid avhengig av de gjeldende maktstrukturer i samfunnet som i Norge er regjeringen, Stortinget og domstolene, henholdsvis den utøvende, den lovgivende og den dømmende makt (til sammen staten) (Norges politiske system, 2020; Thorsen, 2020). I det sosiale rommet håndkirurgi og smertebehandling er ikke spillet tilfeldig, men arbitrært under gitte betingelser.

Jeg argumenterer ut fra dette at forklaringen på masterprosjektets hovedspørsmål er at det medisinsk felt har en egenlogikk som vet best, men at feltet samtidig er relativt autonom som betyr at maktfeltet kan avgjøre forholdene som virker direkte inn når en avgjørelse blir tatt i klinikken. Det handler videre om hvem som har myndigheten eller makten i situasjonen og ikke kun om hvilken kunnskapsform som er den sanne. Evidensbasert og erfaringsbasert kunnskap er begge viktige elementer i medisinsk profesjonell praksis, men når det gjelder konkrete praktikker som skal gjennomføres er

det den som definerer situasjonen som har den avgjørende myndigheten. I min studie viste det seg at det var den juridiske myndighet som fikk doxa (se kap. 4.4) til å endre strategier mot en heterodoksi. En heterodoksi som over lengre tid i feltet hadde ulmet som en «bedre strategi» blant sykepleierne, og en kan anta som et ønske fra pasientene. Men det var først når en klage, gjort mulig gjennom den juridiske myndighet, fikk gjennomslag at den medisinske praksis ble endret.

4.2 Hvor kommer det fra, at det finnes ulik myndighet mellom leger og sykepleiere i det medisinske feltet?

For å besvare dette forskningsspørsmålet er det lagt til grunn en omfattende historisering av bakgrunn og opphav til profesjonene og feltet som er omtalt i denne masteroppgaven (se kap.3.2).

Tilbakeblikket i historien (se kap. 3.2.2) viser til at leger fikk allerede i det norske helsevesenets spede begynnelse på 1600-tallet lønn fra staten, den gang Danmark-Norge. Legene ervervet også sin utdanning på universiteter. Legene fikk dominans i det medisinske feltet, spesielt etter 1672- forordningen, der de sikret seg kontroll og oppsyn over blant annet over jordmødrer og stod for deres undervisning og eksaminering. På grunn av den norsk-danske stats krigføring, ble den tids kirurgers arbeid høyt verdsatt. Den tids kirurger løsrev seg fra den dominerte posisjonen de hadde under indremedisinerne, og tok steget mot det akademiske feltet.

I kjølvannet av den medisinske utviklingen fulgte det et behov for spesialisering, og ortopedien var intet unntak. Framveksten av ortopedi har bakgrunn i vår tids ideologi om effektivitet og nytte, der de skadde skal tilbake til arbeidslivet.

Den historiske gjennomgangen viser at de første anestesilegene i Norge ble dominert i det medisinske feltet av kirurgene, og etablerte seg i feltet først utover 1900-tallet (se kap. 3.2.4). I feltskissen (se figur 1) er legenes posisjon plassert over sykepleiernes og viser til en dominans i feltet ved å inneha en høyere akkumulert kapital, både kulturell og økonomisk.

Historiseringen viser at den moderne sykepleieprofesjonens opphav har delvis bakgrunn i at legen trengte en assistent (se kapittel 3.2.5 og 3.2.6). Bakteppet for dette var at i 1850-årene var legene misfornøyde med de ufaglærte sykepleierne, som var likestilt

med tjenerskapet, altså som kom fra en tjener- og arbeiderklasse. Legene etterspurte sykepleiere med en faglig utdanning som kunne utføre arbeidet sitt skikkelig. Det var diakonissene som tok initiativ og opprettet den første diakonisseanstalten i Norge som utdannet fagutdannede sykepleiere.

Sykepleierne og sykepleiernes forbund har måttet kjempe for profesjonen, blant annet ved å kreve at utdannelsen skulle ta 3 år. Siden etableringen av den moderne sykepleierprofesjonens opphav tidlig på 1900-tallet har profesjonen stått i flere kamper, blant annet om arbeidstid, lønn og legens dominans, status, faglig innhold og fagidentitet (se kap. 3.2.6).

Denne oppsummeringen viser at legenes arbeid historisk sett ble både høyere ansett og ikke minst lønnet av staten fra tidlig av i det norske helsevesenets historie. Profesjonen sykepleie derimot har ikke alltid vært like verdsatt, har delvis bakgrunn i at legen trengte en kyndig assistent, og har måttet kjempet en kamp for sin egenverdi helt siden den moderne sykepleiers opprinnelse i Norge.

Dette legges til grunn for å forklare hvorfor det finnes ulik myndighet blant profesjonene lege og sykepleie, der legene dominerer, i det medisinske feltet. Dette kan også være med på å forklare hvorfor sykepleierne i denne studien kan være utsatt for symbolsk vold, og ikke sier tydeligere ifra på pasientenes vegne som opplever sterke smerter postoperativt når plexusbedøvelsens virkning opphører (se kap. 4.3).

4.3 Hvordan virker denne myndigheten inn på avgjørelser som tas i klinikken vedrørende pasienter?

For å finne en forklaring på studiens siste forskningsspørsmål er det lagt til grunn Bourdieus teori om symbolsk vold, data fra intervjuene og konklusjonen på forskningsspørsmål i kapittel 4.2.

Under intervjuet med anestesilegen kom det fram at det ikke fantes en direkte forklaring på hva som lå bak avgjørelsen om å bruke den forrige metoden med anestesimetode og smertebehandling. Forklaringen bak det kan ligge i den herskende doxa om at det er bedre å unngå å bedøve hele kroppen om en kan det (se kapittel 3.3.2.2) Dette var en rutine siden 2007.

Som tidligere nevnt skjedde det vinter 2018 en endring i rutinen og metoden for anestesimetode og postoperativ smertebehandling for de håndleddsopererte pasientene. Endringen skjedde etter en pasientklage, og ikke etter tilbakemeldinger fra sykepleierne ved ortopedisk sengepost. Sykepleierne sitt ansvarsområde ligger blant annet i å administrere og følge opp om smertelindring til pasienter.

Jeg vil argumentere for at dette viser til at sykepleierne utsettes for symbolsk vold (se kapittel 2.1.3). Sykepleiernes meninger om at det er et problem, både for pasienter og de selv, og at pasienter opplever sterke smerter på sengepost når plexusbedøvelsen slutter å virke er underkjent. Ifølge Bourdieu (se kapittel 2.1.3) fører symbolsk vold til at de dominerte undervurderer seg selv og det de står for. Dette kan føre til at sykepleiere ikke har latt sin stemme være tydelig nok på vegne av den aktuelle pasientgruppen. Jeg selv var en del av feltet tidligere, og slik som det kommer fram fra auto-sosioanalysen viser det seg at ut fra min posisjon og disposisjoner, har jeg selv vært stille på vegne av de aktuelle pasientene.

Kapittel 4.2 konkluderer ut fra historiseringen og konstruksjonen av feltet at det eksisterer et dominansforhold mellom leger og sykepleiere i det medisinske feltet, der legene er de dominerende. Det viser at det er legeprofesjonen som har myndighet over sykepleierprofesjonen. Konklusjonen er at følgen av dette er at sykepleierne i feltet utsettes for symbolsk vold, som igjen kan ha innvirkning på avgjørelser som blir tatt i klinikken. Det materialiseres seg i form av at sykepleiernes stemme ikke blir hørt eller at sykepleierne aksepterer dominansforholdet og protesterer ikke høyt nok på pasientenes vegne.

4.4 Doxa

Her vil jeg belyse hva som framstår som den herskende doxa (se kapittel 2.1.1) om saken; hva er det som ligger til grunn når avgjørelser rundt pasientbehandling tas i klinikken.

Ut fra studiens empiri og analyse framstår den herskende meningen om saken (doxa) at medisin utøves på statens (maktfeltets) vegne gjennom evidensbasert kunnskap. Dette utøves av profesjoner som gjennom sin utdanning har monopol på slik utøvelse, og derved på å ta avgjørelser som vedrører pasientbehandling i klinikkene. Samtidig viser

det seg i realiteten at erfaringsbasert kunnskap også er i spill i feltet. Det kommer til syne ved en pasientklage (erfaring fra pasienten) som førte til en omveltning av hele den eksisterende metoden og rutinene rundt pasientbehandlingen til de aktuelle pasientene, som tidligere omtalt. En pasient som via det juridiske felt kunne komme med sine erfaringer rundt det som skjedde når plexusbedøvelsen sluttet å virke etter en hånleddsoperasjon.

Slutningen som dras ut fra dette er at når det kommer til avgjørelser, viser det seg at autonomien og egenlogikken i feltet er delvis, for den juridiske myndigheten virker inn på beslutningsstrategien for å endre anestesi- og postoperativ smertebehandlingspraksis.

5.0 Avsluttende refleksjoner

Gjennom Pierre Bourdieus teoriunivers og metoder har jeg forsøkt å beskrive, forstå og forklare noe som skjedde i mitt eget praksisfelt som jeg mistenkte det lå mer bak enn det øyensynlige. Slik som det står beskrevet i kap. 1.0 ønsket jeg å utforske de bakenforliggende årsakene til at en avgjørelse blir tatt i klinikken, her materialisert seg som avgjørelsen bak en endring i anestesimetode og postoperativ smertebehandling. Jeg ønsket også å undersøke om det fantes kamper i feltet mellom ulike faggrupper hos helsepersonell som utover den vitenskapelige viten, som det kliniske arbeidet er basert på, også kan være med å påvirke handlinger eller avgjørelser som blir tatt.

Har jeg fått svar på det jeg ville undersøke? Både ja og nei. Ut fra konklusjonene viser det seg at avgjørelser rundt medisinsk praksis blir styrt av både evidensbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap, men og samtidig styrt av maktfeltet via den juridiske myndigheten. Det viser til at det som i første omgang tilsynelatende er legens strategi for å ta avgjørelser baseres på det som skjer i praksis. Men at avgjørelsesstrategien i realiteten bygger på et lovverk som har gitt pasientene makt til å virke inn på det som skjer i praksis. Dette kunne eventuelt skapt en base for videre studier, og en kunne spurt seg:

- hvordan kan det være, at maktfeltet med vekt på den juridiske myndighet kan påvirke det som skjer i praksis i det medisinske felt?
- hvor kommer det fra at pasienter kan utøve en slik makt over praksisfeltet?
- hvordan virker det inn på den medisinske praksis?

Den omfattende historiseringen belyser at det har vært kamper mellom profesjonene som denne masteroppgaven har tatt for seg. Til tross for dette har det gjennom masterprosjektets analyser ikke vist seg kamper mellom profesjonene i det ortopediske feltet i hverdagen på en ortopedisk sengepost. En mulig forklaring på dette kan være gjennom Bourdieus teori om den symbolske vold/makt. Ved at sykepleierne aksepterer tingenes tilstand og underkjenner sin egen rolle og betydning, sier de heller ikke fra som gruppe. På den måten oppstår det heller ingen kamper i feltet om sykepleiernes erfaringsbaserte kunnskap som de har samlet seg i møte med og i smertelindringen av de aktuelle pasientene, opp mot den evidensbaserte kunnskap om at regional bedøvelse av den aktuelle pasientgruppen er den beste. Det understrekes at også dette er noe som kunne vært utforsket nærmere i en videre studie.

Det poengteres avslutningsvis av at ved å bruke andre vitenskapsperspektiv enn praxeologi, ville det trolig gitt ett annet resultat enn det som presenteres i denne studien. Samtidig påberoper studien seg å gi svar på hvordan avgjørelser blir tatt for håndleddsopererte pasienter på et generelt grunnlag. Dette begrunnes med at det som studien på den ortopediske avdelingen har vist er et «vindu» til verden utenfor avdelingen. De praktikker som er i spill der er ifølge den praxeologiske optikk *homolog* til de praktikker som finnes utenfor den studerte avdelingen, jamfør Prieur (1998).

Referanseliste

- Akselberg, A. K. B. (2012). *Hva gjør helsepersonell når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien - og hvordan formes deres handlinger? En studie som beskriver og forklarer helsepersonell sine handlinger i hjemmesykepleien - i et praxeologisk perspektiv og med Bourdieus praktikk- og feltteori - og begrepene habitus, posisjon, disposisjon og posisjoneringer som analytiske verktøy* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen, Bergen
- Alvik, I. (1953). *Generell ortopedisk kirurgi*. Oslo: Norli.
- Benum, P. (2011). Other Surgical Specialties: Orthopedic Surgery: Organisation of Orthopedic Surgery in Norway after 1986. I J. Haffner, T. Gerner & A. Jakobsen (Red.), *Surgery in Norway. A Comprehensive Review at the 100-year Jubilee of the Norwegian Surgical Society 1911–2011* (s. 301-307). Oslo: The Norwegian Surgical Association.
- Bourdieu, P. (1994). De tre former for teoretisk viden. I S. Callewaert, M. Munk, M. Nørholm & K. A. Petersen (Red.), *Pierre Bourdieu : centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. København: Akademisk Forlag.
- Bourdieu, P. (1997a). *Af praktiske grunde : omkring teorien om menneskelig handlen* (Raisons pratiques sur la théorie de l'action). København: Hans Reitzel.
- Bourdieu, P. (1997b). *Af praktiske grunde : omkring teorien om menneskelig handlen*. København: Hans Reitzel.
- Bourdieu, P. (2002). *Distinksjonen*. Oslo: Pax forlag AS.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. J. D. (1993). *Den kritiske ettertanke : grunnlag for samfunnsanalyse*. Oslo: Samlaget.
- Brandser, Y. E. (2015). *Smarte hus, sensorer og teknologistøttet omsorgen praxeologisk studie om det norske velferdsteknologiområdet* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen, Bergen
- Børresen, J. (2018). Norges forsvar fra 1905 til 1940. I *Store norske leksikon*. Hentet fra https://snl.no/Norges_forsvar_fra_1905_til_1940
- Callewaert, S. (1994). Indledning. I S. Callewaert, M. Munk, M. Nørholm & K. A. Petersen (Red.), *Pierre Bourdieu : centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. København: Akademisk Forlag.
- Coombs, M. & Ersser, S. J. (2004). Medical hegemony in decision-making – a barrier to interdisciplinary working in intensive care? *J Adv Nurs*, 46(3), 245-252. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.02984.x
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2015, 17.06.). Kvalitativ metode. Hentet fra <https://www.etikkom.no/fbib/introduksjon/metoder-og-tilnarminger/kvalitativ-metode/#Intervju>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016, 31.05). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Edwardsen, P. (1979). Ortopediens historie i Norge. I H. Emnèus (Red.), *NORDISK ORTOPEDISK FORENING 1919-1979* (s. 57-70). Helsingfors: Ky Printaco Kb.
- Esmark, K. (2006). Bourdieus uddannelsessociologi *Pierre Bourdieu - En introduktion* (s. 71-113). Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Esmark, K. (2009). Sociologi i fortidens fremmede land - Bourdieu i det empiriske arbejde med historiske kilder. I O. Hammerslev, J. A. Hansen & I. Willig (Red.), *Refleksiv sociologi i praksis - Empiriske undersøgelser inspirert af Pierre Bourdieu* (s. 190-209). København: Hans Reitzels Forlag.
- Folkehelseinstituttet. (2010, 07.04). Tuberkuloseveilederen: Innledning. Hentet 10.07 2019 fra <https://www.fhi.no/nettpub/tuberkuloseveilederen/forekomst-og-kontroll/1.-innledning/>

- Foucault, M. (2000). *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzels forlag.
- Frønsdal, K. B., Kvernmo, H. D., Hove, L., Husby, T., Røkkum, M., Odinson, A., . . . Fure, B. (2013). *Behandling av håndleddsbrudd (distale radiusfrakturer) hos voksne* (Rapport fra Kunnskapscenteret nr 03 - 2013). Hentet fra file:///C:/Users/Bente/AppData/Local/Temp/Rapport_2013_Behandling%20av%20håndleddsbrudd%20hos%20voksne.pdf
- Gjernes, T. (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. Hentet 13.06 2020 fra <http://www.forebygging.no/Artikler/2007-1998/Helsemodeller-og-forebyggende-helsearbeid/#>
- Glasdam, S. (2007). Interview -en diskussion af ligheder og forskelle i Pierre Bourdieus og Steinar Kvaales metodeovervejelser IK. A. Petersen, S. Glasdam & V. Lorentzen (Red.), *Livshistorieforskning og kvalitative interview* (s. 131-158). Viborg: Forlaget PUC.
- Grønlie, T. (2006). Norwegian General Hospitals, 1970–2002: County Ownership—An Interlude between Welfare Localism and State Direction. *Medical History*, 50(2), 189-208.
- Haffner, J. (2012). Surgery in Norway before 1900 IJ. Haffner, T. Gerner & A. Jakobsen (Red.), *Surgery in Norway : a comprehensive review at the 100-year jubilee of the Norwegian Surgical Society 1911-2011*. Oslo: Norsk kirurgisk forening.
- Halskov, G., Lundin, S. & Petersen, K. A. (2008). Homologier. I K. A. Petersen & M. Høyen (Red.), *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu - æresbog til Staf Callewaert* (s. 273-293). København: Hexis.
- Hammerslev, O. (2009). At afdække transnationale felter via interviews - Interviews med elitepersoner. I O. Hammerslev, J. A. Hansen & I. Willig (Red.), *Refleksiv sociologi i praksis - Empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hammerslev, O. & Hansen, J. A. (2009). Indledning. I O. Hammerslev, J. A. Hansen & I. Willig (Red.), *Refleksiv sociologi i praksis* (s. 11-34). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hansen, A. Ø., Kristensen, H. K., Cederlund, R. & Tromborg, H. (2017). Test–retest reliability of Antonovsky’s 13-item sense of coherence scale in patients with hand-related disorders. *Disability and Rehabilitation*, 39(20), 2105-2111. doi: 10.1080/09638288.2016.1215555
- Hansen, J. A. (2009). Om feltanalytiske interwiews i analyser af aktivering. I O. Hammerslev, J. A. Hansen & I. Willig (Red.), *Refleksiv sociologi i praksis - Empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu* (s. 62-77). København: Hans Reitzels Forlag.
- Haukeland universitetssykehus. (2016). Brudd i håndledd. Hentet fra <https://helse-bergen.no/behandlinger/brudd-i-handledd>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Pasient-og rettighetsloven*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> Hentet 14.06.20
- Horne, R. (2016). *”Like barn leikar best”*. Ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengande barn og unge (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen
- Jester, R., Santy, J. & Rogers Msc, J. (2011). *Oxford Handbook of Orthopaedic and Trauma Nursing*: Oxford University Press.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kunnskapsdepartementet. (2019, 19.03.). Nasjonale retningslinjer for fase 1 er vedtatt. Hentet 28.02 2020 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nasjonale-retningslinjer-for-fase-1-er-vedtatt/id2632780/>
- Larsen, K. (2009). Observationer i et felt - Nogle muligheder og udfordringer. I O. Hammerslev, J. Arnholtz & I. Willig (Red.), *Refleksiv sociologi i praksis* (s. 37-61). København: Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, Ø. (2000). Sykehuset : mellom livsanskuelser, medisin og folkehelse. *Årbok (Foreningen til norske fortidsminnesmerkers bevaring, trykt utg.)*. 154(2000), 11-28.

- Larsen, Ø. (2003). Har helsevesenet sin egen historie? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123(12), 1718-1720.
- Martinsen, K. (1984). *Freidige og uforsagte diakonisser*. Oslo: Aschehoug.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. & Boge, J. (2004). Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Sykepleien*, (13), 58-61. doi:10.4220/sykepleiens.2004.0010
- Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie : ideer - mennesker - muligheter* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Melby, K. (2000). *Kall og kamp : Norsk sykepleierforbunds historie* (2. utg.). Oslo: Norsk sykepleierforbund og J. W. Cappelens forl.
- Moseng, O. G. (2003). *Ansaret for undersåttenes helse 1603-1850* (Bind B. 1). Oslo: Universitetsforl.
- Mostofi, S. B. (2005). *Who's Who in Orthopedics*. London: Springer London.
- Norges politiske system. (2020). Wikipedia. Hentet 11.06.20
https://no.wikipedia.org/wiki/Norges_politiske_system
- Norsk helseinformatikk. (2015, 28.01). Håndleddsbrudd. Hentet fra
<https://nhi.no/sykdommer/muskelskjelett/beinbrudd/handleddsbrudd/#heading-6>
- Norsk ortopedisk forening. (2015, 10.08). Behandlingsretningslinjer for håndleddsbrudd hos voksne. Hentet 26.04 2017 fra <https://www.magicapp.org/app#/guideline/549>
- Opdahl, H. (2009). plexusanestesi. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra
<https://sml.snl.no/plexusanestesi>
- Pawlica, A. C. (2018). *Private hjem som utstillingsvindu og tildekket miskjent tvang? Om reoppdragelse av psykisk lidende og påføring av samfunnets orden* (Doktoravhandling). Universitetet i Stavanger
- Petersen, K. A. (1993). At konstruere en teori om sygepleje. I P. Ramhøj (Red.), *Overvejelser og metoder i sundhedsforskningen* (s. 35-55). København: Akademisk forlag.
- Petersen, K. A. (1994). En teori om praksis og en teori om viden. I S. Callewaert, M. Munk, M. Nørholm & K. A. Petersen (Red.), *Pierre Bourdieu : centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. København: Akademisk Forlag.
- Petersen, K. A. (1995). Hvorfor Bourdieu? *Fokus på sygeplejen*, 1996, 123-143.
- Petersen, K. A. & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab: hvad er det? En diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*: Forlaget Hexis.
- Pierre Bourdieu. (2018). Wikipedia. Hentet 17.10.18
https://no.wikipedia.org/wiki/Pierre_Bourdieu
- Praxeologi. (2018). Hentet 22.10 2018 fra <https://www.uib.no/fg/praxeologi>
- Prieur, A. (1998). *Mema's house, Mexico City : on transvestites, queens, and machos*. Hentet fra <https://ebookcentral-proquest-com.pva.uib.no/lib/bergen-ebooks/detail.action?docID=408369>
- Prieur, A. (2006). En teori om praksis *Pierre Bourdieu - En introduktion* (s. 23-69). Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Rosenlund, L. & Prieur, A. (2006). Det sociale rum, livsstilens rum - og la distinction. I A. Prieur & C. Sestoft (Red.), *Pierre Bourdieu - en introduktion* (s. 115-155). København: Hans Reitzels Forlag.
- Rugtveit, A. (1985). Other Surgical Specialties: Orthopedic Surgery: Orthopedic Surgery up to 1986 IJ. Haffner, T. Gerner & A. Jakobsen (Red.), *Surgery in Norway - A Comprehensive Review at the 100-year Jubilee of The Norwegian Surgical Society 1911-2011* (s. 293-297). Oslo: The Norwegian Surgical Association.
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse - landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schiøtz, A. (2017). *Viljen til liv : medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid*. Oslo: Samlaget.
- Sejersted, F. (2018). 1814: Det selvstendige Norges fødsel. I *Store norske leksikon*. Hentet fra
[https://snl.no/1814 - Det selvstendige Norges fødsel](https://snl.no/1814_-_Det_selvstendige_Norges_f%C3%B8dsel)

- Sestoft, C. (2006a). Felt: begreber og analyser *Pierre Bourdieu - En introduktion* (s. 157-184). Danmark: Hans Reitzels forlag.
- Sestoft, C. (2006b). Om Pierre Bourdieu og hans værk. I A. Prieur & C. Sestoft (Red.), *Pierre Bourdieu : en introduktion* (s. 10-22). København: Reitzel.
- Skaset, M. (2003). *Folkets helse - landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skoglund, E. (2009). Spesialistutdanningens historie. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(11), 1124-1127. doi: 10.4045/tidsskr.09.0432
- Sortland, O. E. (2011). *Vitenskapsteori og metodelære i sykepleierutdanningen - En studie av tilblivelsen av vitenskapsteori og metodelære i bachelorutdanningen i sykepleie, og fagenes fremtreden ved to sykepleieskoler gjennom fagplaner og intervju i 2010-2011 og studentenes bacheloroppgaver 2010, med avsett i Bourdieus teori- og begrepsgrunnlag som analytiske verktøy*. (Master). Universitetet i Bergen, Bergen
- Sortvik, W. M. (2011). *Sjukepleiaren som akademisk aktør - kva er sjukepleievitskap? Eit studie om korleis sjukepleievitskap materialiserer seg ved fokus på vitskapsteoretiske aspekt ved masteroppgåver innan sjukepleievitskap ved universitetet i Bergen, med avsett i Bourdieus praxeologiske teori og omgrep. Korleis kan det system av relasjonar som framkjem og som strukturerer sjukepleievitskap på eit visst tidspunkt forståast ut frå historiske og kontekstuelle forhold?* (Master). Univeristetet i Bergen, Bergen
- Stein, L. I. (1968). The Doctor-Nurse Game. *AJN, American Journal of Nursing*, 68(1), 101-105. doi: 10.2307/3453404
- Stein, L. I., Watts, D. T. & Howell, T. (1990). The doctor-nurse game revisited. *The New England journal of medicine*, 322(8), 546-549. doi: 10.1056/NEJM19900223220810
- Strømskag, K. E. (1999). *Et fag på søyler : anestesiens historie i Norge*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Strømskag, K. E. (2002). *Innledning til Et fag på søyler. Anestesiens historie i Norge*. (Doktorgrad). Oslo Universitet, Oslo
- Sundal, H. (2014). *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus. Analysene er historiske og nåtidige og har utgangspunkt i norske lærebøker i sykepleie, bilder, litteratur og andre dokumenter fra perioden 1877-2013, og intervju og observasjoner med foreldre og sykepleiere ved en barneavdeling i 2007* (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen
- Tellis-Nayak, M. & Tellis-Nayak, V. (1984). Games that professionals play: The social psychology of physician-nurse interaction. *Social Science & Medicine*, 18(12), 1063-1069. doi: 10.1016/0277-9536(84)90166-7
- Thomson, P. (2008). Field. I M. Grenfell (Red.), *Pierre Bourdieu : key concepts*. Stocksfield: Acumen.
- Thorsen, D. E. (2020). Norges politiske system. I *Store norske leksikon*. Hentet fra https://snl.no/Norges_politiske_system Hentet 11.06.20
- Utdanning.no. (2020, 12.02). Anestesilege. Hentet 01.05 2020 fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/anestesilege>
- Veien til ortoped* (LIOS - Leger i ortopedisk spesialisering. Legeforeningen). (2018). Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/81052a604ccd43cbb9ab281db6b4c290/ortopedi.pdf>
- Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir akademisk forl.
- Wyller, I. (1990). *Sykepleiens historie i Norge* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.

Oversikt over vedlegg

1. Godkjenning av prosjekt og svar på innsendt endrings skjema fra NSD.
2. Informasjons- og samtykkeskriv til agentene: Anestesilege – ortoped - sykepleierne
3. Intervjuguider: Anestesilege – ortoped - sykepleierne
4. Metode for nytt opplegg for anestesimetode og postoperativ smertelindring

VEDLEGG 1



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Profesjonsmyndighet blant helsepersonell – en praxeologisk studie om myndighet mellom leger og sykepleiere i en ortopedisk klinikk ved et norsk sykehus.

Referansenummer

147956

Registrert

08.12.2018 av Bente Skogseide Hauge - Bente.Hauge@student.uib.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Bergen / Det medisinske fakultet / Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Karin Anna Petersen, Karin.Petersen@uib.no, tlf: 55586160

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Bente Skogseide Hauge, fas003@student.uib.no, tlf: 41626400

Prosjektperiode

07.01.2019 - 14.08.2020

Status

11.11.2019 - Vurdert

Vurdering (2)

11.11.2019 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 07.11.2019. Vi har nå registrert 14.08.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden. Vi gjør oppmerksom på at ytterligere forlengelse ikke kan påregnes uten at utvalget informeres om forlengelsen. NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

23.01.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 23.01.2019. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.09..2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DELTAKERENES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

TREDJEPERSONSOPPLYSNINGER

Det innhentes opplysninger om foreldrene til utvalgets utdanning og stilling. Opplysningene skal anonymiseres i publikasjon. Så fremt personvernulempen for tredjeperson reduseres på denne måten, kan prosjektleder unntas fra informasjonsplikten overfor tredjeperson, fordi det anses uforholdsmessig vanskelig å informere.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Marianne Høgetveit Myhren

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Profesjonsmyndighet blant helsepersonell – en praxeologisk studie om myndighet mellom leger og sykepleiere i en ortopedisk klinikk ved et norsk sykehus.”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se nærmere på hva som kan ligge bak når helsepersonell tar en avgjørelse som gjelder pasienter i en klinikk. Det utforskes også myndigheten som er mellom leger og sykepleiere.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Hensikten med studien er å beskrive, forstå og forklare hva som spiller inn og er med på å påvirke når helsepersonell tar en avgjørelse som gjelder pasienter i en klinikk.

Samtidig utforskes myndighetsforholdet mellom leger og sykepleiere, og om det er noe som virker inn på de avgjørelser som tas i en klinikk som vedrører pasienter.

Fokuset ligger på anestesi og postoperativ smertelindring til håndleddsopererte pasienter ved ortopedisk klinikk.

Prosjektet innebærer intervjuer med anestesilege, ortoped og sykepleier(e). Temaene i intervjuene vil kretse rundt de ansattes sosiale bakgrunn, deres meninger og holdninger om anestesi og postoperativ smertestillende til håndleddsopererte pasienter. Også spørsmål rundt avgjørelser og samarbeid vil tas opp som tema i intervjuene.

Det vil også benyttes kilder om historie, om politisk styring og eventuelle lovdata for å danne et bakgrunnst ppe for prosjektet.

Prosjektet er en masteroppgave, og problemstillingene i prosjektet er som følgende:

- Hvordan kan det være, at helsepersonell handler som de gjør når de treffer en beslutning om anestesi metode og postoperativ smertelindring hos håndleddsopererte pasienter?
- Hvor kommer det fra, at det finnes ulik myndighet mellom leger og sykepleiere i det medisinske feltet?
- Hvordan virker denne myndigheten inn på avgjørelser som tas i klinikken vedrørende pasienter?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet er en masterstudie i sykepleievitenskap og utføres ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

Hvorfor f r du spørsmål om å delta?

Du er invitert til å bli med i studien fordi du er anestesilege som arbeider med ortopediske pasienter, og kan med din kunnskap og erfaring være med å kaste lys over sentrale temaer som tas opp i problemstillingene.

Du ble kontaktet via din e-post på jobb av masterstudenten. Masterstudenten fikk e-mail adressen av seksjonsleder på ortopedisk sengepost, avdeling vest. Med bakgrunn i dette, bes det om at du er oppmerksom på at seksjonslederen kan resonnerer seg fram, ut fra dine bakgrunnsopplysninger, og slik identifisere deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du møter masterstudenten til avtalt tid og sted for et intervju. Det forventes at selve intervjuet vil ta omtrent en time å gjennomføre. Tradisjonen som studien skriver seg inn i er opptatt av detaljrik kunnskap, og spørsmålene under intervjuet vil handle om din sosiale bakgrunn, om anestesimetoder til håndleddspasienter, rundt endringen av anestesimetoden til de aktuelle pasientene og om dine erfaringer rundt endringen. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd.

Opplysninger om din bakgrunn handler spesifikt om:

- At du er anestesilege som jobber med ortopediske pasienter
- Om du har lang eller kort yrkeserfaring fra din stilling, og eventuelt annen yrkesbakgrunn.
- Din alder og stillingsprosent.
- Din utdanning.
- Dine foreldres utdanning.
- Sivilstand og eventuelle barn.
- Interesser eller fritidssysler.
- Boligforhold (hvilken type bolig, om du leier eller eier).

Opplysningene vil bli satt sammen på en slik måte at det ikke er mulig å identifisere deg som person på bakgrunn av det som vil komme fram i den publiserte masteroppgaven.

Du vil bli kontaktet via e-mail eller telefon for å gi svar på om du vil delta på intervjuet, og tid og sted for intervjuet avtales. Før intervjuet begynner samtykker du til deltagelsen ved å undertegne på at du har lest og forstått informasjonen på dette arket og ønsker å delta. Det er mulig at du blir kontaktet igjen, og inviteres til å delta i oppfølgingsintervjuer i det aktuelle prosjektet, eller hvis det framstår noe i etterkant av intervjuet som det trengs en oppklaring i.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun masterstudenten og studentens veiledere som skal ha tilgang til, og behandle opplysningene. Navnet ditt vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, og dette samt lydfil fra intervjuet vil bli passordbeskyttet og oppbevart innelåst.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.09 2019. Informasjon om deg og lydfilen fra intervjuet vil da bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Bergen ved Karin Anna Petersen, professor i sykepleievitenskap. Telefonnummer: 55 58 61 60. E-post: Karin.Petersen@uib.no. Eller Bente Skogseide Hauge, masterstudent i helsefag, retning sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen. Telefonnummer: 41 62 64 00. E-post: Bente.Hauge@student.uib.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Karin Anna Petersen

Masterstudent
Bente Skogseide Hauge

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ”**Profesjonsmyndighet blant helsepersonell – en praxeologisk studie om myndighet mellom leger og sykepleiere i en ortopedisk klinikk ved et norsk sykehus.**”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.09.2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Profesjonsmyndighet og avgjørelser blant helsepersonell – en praxeologisk studie om myndighet mellom leger og sykepleiere i en ortopedisk klinikk ved et norsk sykehus.”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se nærmere på hva som kan ligge bak når helsepersonell tar en avgjørelse som gjelder pasienter i en klinikk. Det utforskes også myndigheten som er mellom leger og sykepleiere.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Hensikten med studien er å beskrive, forstå og forklare hva som spiller inn og er med på å påvirke når helsepersonell tar en avgjørelse som gjelder pasienter i en klinikk. Samtidig utforskes myndighetsforholdet mellom leger og sykepleiere, og om det er noe som virker inn på de avgjørelser som tas i en klinikk som vedrører pasienter. Fokuset ligger på anestesi og postoperativ smertelindring til hånleddsopererte pasienter ved ortopedisk klinikk.

Prosjektet innebærer intervjuer med anestesilege, ortoped og sykepleier(e). Temaene i intervjuene vil kretse rundt de ansattes sosiale bakgrunn, deres meninger og holdninger om anestesi og postoperativ smertestillende til hånleddsopererte pasienter. Også spørsmål rundt avgjørelser og samarbeid vil tas opp som tema i intervjuene.

Det vil også benyttes kilder om historie, om politisk styring og eventuelle lovdata for å danne et bakgrunnstppe for prosjektet.

Prosjektet er en masteroppgave, og problemstillingene i prosjektet er som følgende:

- Hvordan kan det være, at helsepersonell handler som de gjør når de treffer en beslutning om anestesimetode og postoperativ smertelindring hos hånleddsopererte pasienter?
- Hvor kommer det fra, at det finnes ulik myndighet mellom leger og sykepleiere i det medisinske feltet?
- Hvordan virker denne myndigheten inn på avgjørelser som tas i klinikken vedrørende pasienter?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet er en masterstudie i sykepleievitenskap og utføres ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er invitert til å bli med i studien fordi du er ortoped ved ortopedisk klinikk og kan med din kunnskap og erfaring være med å kaste lys over sentrale temaer som tas opp i problemstillingene.

Du ble invitert til å delta i masterprosjektet gjennom via e-post fra masterstudenten. Du ble tilsendt informasjonsskrivet/samtykkeskjemaet. Etter din etterlysning ble du tilsendt prosjektplanen til masterprosjektet inkludert intervjuguiden.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du møter masterstudenten til avtalt tid og sted for et intervju. Det forventes at selve intervjuet vil ta omtrent en halv til en time å gjennomføre. Tradisjonen som studien skriver seg inn i er opptatt av detaljrik kunnskap, og spørsmålene under intervjuet vil handle om din sosiale bakgrunn, om anestesimetoder til håndleddspasienter, rundt endringen av anestesimetoden til de aktuelle pasientene og om dine erfaringer rundt endringen. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd.

Opplysninger om din bakgrunn handler spesifikt om:

- At du er ortoped ved en ortopedisk klinikk ved et norsk sykehus.
- Om du har lang eller kort yrkeserfaring fra din stilling, og eventuelt annen yrkesbakgrunn.
- Din alder og stillingsprosent.
- Din utdanning.
- Dine foreldres utdanning.
- Sivilstand og eventuelle barn.
- Interesser eller fritidssysler.
- Boligforhold (hvilken type bolig, om du leier eller eier).

Opplysningene vil bli satt sammen på en slik måte at det ikke er mulig å identifisere deg som person på bakgrunn av det som vil komme fram i den publiserte masteroppgaven.

Du vil bli kontaktet via e-mail eller telefon for å gi svar på om du vil delta på intervjuet, og tid og sted for intervjuet avtales. Før intervjuet begynner samtykker du til deltagelsen ved å undertegne på at du har lest og forstått informasjonen på dette arket og ønsker å delta. Det er mulig at du blir kontaktet igjen, og inviteres til å delta i oppfølgingsintervjuer i det aktuelle prosjektet, eller hvis det framstår noe i etterkant av intervjuet som det trengs en oppklaring i.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun masterstudenten og studentens veiledere som skal ha tilgang til, og behandle opplysningene. Navnet ditt vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, og dette samt lydfil fra intervjuet vil bli passordbeskyttet og oppbevart innelåst.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.09 2019. Informasjon om deg og lydfilen fra intervjuet vil da bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Bergen ved Karin Anna Petersen, professor i sykepleievitenskap. Telefonnummer: 55 58 61 60. E-post: Karin.Petersen@uib.no. Eller Bente Skogseide Hauge, masterstudent i helsefag, retning sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen. Telefonnummer: 41 62 64 00. E-post: Bente.Hauge@student.uib.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Karin Anna Petersen

Masterstudent
Bente Skogseide Hauge

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ”**Profesjonsmyndighet og avgjørelser blant helsepersonell – en praxeologisk studie om myndighet mellom leger og sykepleiere i en ortopedisk klinikk ved et norsk sykehus.**”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.09.2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Profesjonsmyndighet blant helsepersonell – en praxeologisk studie om myndighet mellom leger og sykepleiere i en ortopedisk klinikk ved et norsk sykehus.”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se nærmere på hva som kan ligge bak når helsepersonell tar en avgjørelse som gjelder pasienter i en klinikk. Det utforskes også myndigheten som er mellom leger og sykepleiere.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Hensikten med studien er å beskrive, forstå og forklare hva som spiller inn og er med på å påvirke når helsepersonell tar en avgjørelse som gjelder pasienter i en klinikk. Samtidig utforskes myndighetsforholdet mellom leger og sykepleiere, og om det er noe som virker inn på de avgjørelser som tas i en klinikk som vedrører pasienter.

Fokuset ligger på anestesi og postoperativ smertelindring til håndleddsopererte pasienter ved ortopedisk klinikk.

Prosjektet innebærer intervjuer med anestesilege, ortoped og sykepleier(e). Temaene i intervjuene vil kretse rundt de ansattes sosiale bakgrunn, deres meninger og holdninger om anestesi og postoperativ smertestillende til håndleddsopererte pasienter. Også spørsmål rundt avgjørelser og samarbeid vil tas opp som tema i intervjuene.

Det vil også benyttes kilder om historie, om politisk styring og eventuelle lovdata for å danne et bakgrunnsteppe for prosjektet.

Prosjektet er en masteroppgave, og problemstillingene i prosjektet er som følgende:

- Hvordan kan det være, at helsepersonell handler som de gjør når de treffer en beslutning om anestesimetode og postoperativ smertelindring hos håndleddsopererte pasienter?
- Hvor kommer det fra, at det finnes ulik myndighet mellom leger og sykepleiere i det medisinske feltet?
- Hvordan virker denne myndigheten inn på avgjørelser som tas i klinikken vedrørende pasienter?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet er en masterstudie i sykepleievitenskap og utføres ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er invitert til å bli med i studien fordi du er, eller tidligere har vært, sykepleier ved ortopedisk klinikk og kan med din kunnskap og erfaring være med å kaste lys over sentrale temaer som tas opp i problemstillingene.

Ditt navn ble oppført på en liste som ble utarbeidet av seksjonsleder ved en av sengepostene. Du ble så kontaktet av masterstudent og ble invitert til å delta i prosjektet. Du har mottatt dette informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet for å vite mer om

prosjektet. Det gjøres oppmerksom på at grunnet metoden for rekruttering finnes det en liten sjanse for at nevnte seksjonsleder kan resonnerer seg fram og slik identifisere deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du møter masterstudenten til avtalt tid og sted for et intervju. Det forventes at selve intervjuet vil ta omtrent en time å gjennomføre. Tradisjonen som studien skriver seg inn i er opptatt av detaljrik kunnskap, og spørsmålene under intervjuet vil handle om din sosiale bakgrunn, om anestesimetoder til håndleddspasienter, rundt endringen av anestesimetoden til de aktuelle pasientene og om dine erfaringer rundt endringen. Intervjuet vil bli tatt opp på lydband.

Opplysninger om din bakgrunn handler spesifikt om:

- At du er sykepleier som jobber eller har jobbet med ortopediske pasienter
- Om du har lang eller kort yrkeserfaring fra din stilling, og eventuelt annen yrkesbakgrunn.
- Din alder og stillingsprosent.
- Din utdanning.
- Dine foreldres utdanning.
- Sivilstand og eventuelle barn.
- Interesser eller fritidssysler.
- Boligforhold (hvilken type bolig, om du leier eller eier).

Opplysningene vil bli satt sammen på en slik måte at det ikke er mulig å identifisere deg som person på bakgrunn av det som vil komme fram i den publiserte masteroppgaven.

Du vil bli kontaktet via e-mail eller telefon (facebook messenger) for å gi svar på om du vil delta på intervjuet, og tid og sted for intervjuet avtales. Før intervjuet begynner samtykker du til deltagelsen ved å undertegne på at du har lest og forstått informasjonen på dette arket og ønsker å delta. Det er mulig at du blir kontaktet igjen, og inviteres til å delta i oppfølgingsintervjuer i det aktuelle prosjektet, eller hvis det framstår noe i etterkant av intervjuet som det trengs en oppklaring i.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun masterstudenten og studentens veiledere som skal ha tilgang til, og behandle opplysningene. Navnet ditt vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, og dette samt lydfil fra intervjuet vil bli passordbeskyttet og oppbevart innelåst.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.09 2019. Informasjon om deg og lydfilen fra intervjuet vil da bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Bergen ved Karin Anna Petersen, professor i sykepleievitenskap. Telefonnummer: 55 58 61 60. E-post: Karin.Petersen@uib.no. Eller Bente Skogseide Hauge, masterstudent i helsefag, retning sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen. Telefonnummer: 41 62 64 00. E-post: Bente.Hauge@student.uib.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Karin Anna Petersen

Masterstudent
Bente Skogseide Hauge

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ” **Profesjonsmyndighet blant helsepersonell – en praxeologisk studie om myndighet mellom leger og sykepleiere i en ortopedisk klinikk ved et norsk sykehus.**”? og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.09.2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 3

Intervjuguide - anestesilege

Introduksjonsspørsmål

1. Hva er din alder, hvor lenge har du jobbet som anestesilege og hvilken klinikk/avdeling hører du inn under?
2. Kan du fortelle om hva som førte fram til at du fikk den stillingen du har i dag? Og hvor stor er din stillingsprosent?
3. Kan du fortelle om det typiske arbeidet du gjør som anestesilege?

Nøkkelspørsmål

4. Kan du si noe om anestesiformene som brukes til pasienter som skal operere en håndleddsfraktur?
5. Er det noen klare fordeler ved de ulike anestesiformene?
6. Kan du fortelle noe om hvordan avgjørelsen om anestesiform til pasienter som skal operere håndleddsfraktur blir tatt?
7. Kan du fortelle om du har inntrykk av at det er organisatoriske forhold som gjør at en anestesiform, som for eksempel plexus, har blitt oftere valgt til disse pasientene?
8. I februar skjedde det en endring i hvordan en gir anestesi ved håndleddsoperasjoner. Kan du fortelle om prosessen bak endringen?
9. Hva er din erfaring rundt denne endringen så langt?

Avslutning

10. Har du noen andre kommentarer utover spørsmålene som er stilt?

Spørsmål til intervju del 2 av anestesilege.

1. **Innledende:** Alder, stillingsprosent, hvor lenge har du jobbet som anestesilege?
2. **Bakgrunn:** Kan du fortelle om din bakgrunn? Hvilke fritidsinteresser har du?
4. **Erfaringer om endringen:** Hva er dine erfaringer rundt endringen, så langt?

Intervjuguide – ortoped

Introduksjons-/bakgrunns spørsmål

1. Hva er din alder? Hvor stor stillingsprosent har du, og hvor lenge har du jobbet som ortoped?
2. Kan du fortelle om deg selv og din bakgrunn? (Oppvekst: foreldres utdanning, familie, utdanning, yrkesbakgrunn, nåværende bolig: eier eller leier)
3. Hva liker du å gjøre når du har fri fra jobben?
4. Kan du fortelle om hva som førte fram til at du fikk den stillingen du har i dag?
5. Kan du fortelle om det typiske arbeidet du gjør som ortoped?

Nøkkelspørsmål

6. Kan du fortelle om et typisk forløp, slik du kjenner det, for pasienter som skal operere i et håndledd?
7. Kan du fortelle om dine erfaringer rundt smertelindringen postoperativt til pasienter som er blitt operert i håndleddet?
8. Har du noen meninger angående de ulike anestesiformene til håndleddsfrakturer som blir brukt her? (ved sykehuset)
9. Tidligere var det mest vanlig å gi denne pasientgruppen anestesi i form av plexus. Vet du noe om bakgrunnen til det?
8. Har ortopeder noe å si når det skal velges anestesiform til de enkelte pasientene som skal operere en radiusfraktur?
10. I februar i 2018 ble det en endring rundt både anestesiform og opplegget for postoperativ smertelindring ved håndleddsoperasjoner. Kan du fortelle noe om prosessen bak endringen?
11. Kan du fortelle om du har noen erfaringer rundt denne endringen så langt?

Avslutning: Har du noen andre kommentarer utover spørsmålene som er stilt?

Intervjuguide - sykepleier

Introduksjons-/bakgrunns spørsmål

1. Hva er din alder? Hvor stor stillingsprosent har du, og hvor lenge har du jobbet som sykepleier?
2. Kan du fortelle om deg selv og din bakgrunn? (Oppvekst: foreldres utdanning, familie, utdanning, yrkesbakgrunn, nåværende bolig: eier eller leier)
3. Hva liker du å gjøre når du har fri fra jobben?
4. Kan du fortelle om hva som førte fram til at du fikk den stillingen du har i dag?
5. Kan du fortelle om det typiske arbeidet du gjør som sykepleier?

Nøkkelspørsmål

6. Kan du fortelle om et typisk forløp, slik du kjenner det, for pasienter som skal operere i et håndledd?
7. Kan du fortelle om dine erfaringer rundt plexusanestesi/ smertelindringen postoperativt til pasienter som er blitt operert i håndleddet?
9. Kan du fortelle hvordan du går fram når det trengs en endring i ordinasjon av smertestillende for de håndleddsopererte pasientene?
8. Kan du fortelle om hvordan det er å si ifra hvis det er noe du er uenig med på avdelingen?
10. I februar i 2018 ble det en endring rundt både anestesiform og opplegget for postoperativ smertelindring ved håndleddsoperasjoner. Vet du noe om prosessen bak endringen?
11. Kan du fortelle om du har noen erfaringer rundt denne endringen så langt?

Avslutning

12. Har du noen andre kommentarer utover spørsmålene som er stilt?

VEDLEGG 4

METODEBOK I ANESTESI

Anestesi til radiusfrakturer hos voksne, TIVA:

Versjon: 0.5. Sist oppdatert: 18.05.2020

Målgruppe:

Radiusfrakturer hos ASA 1 og 2-pasienter hvor beskrevet rutine kan gjennomføres uten kontraindikasjoner. Ex på pasienter hvor pleksus-anestesi vanligvis vil være å foretrekke fremfor narkose:

Ikke-fastende pasienter (smerter, kvalme/oppkast, spist siste 6 timer), pasient-ønske, kardiovaskulær sykdom av en viss betydning (vurderes av anestesilege), forventning av moderat til sterke smerter post-operativt etc. Dette avgjøres av anestesilege i hvert enkelt tilfelle.

Premedikasjon:

Paracet, OxyContin po, Dexametason

Peroperativt:

TIVA, Lokalanestesi ved operatør., evt IV Paracet, IV Toradol

Postoperativt:

IV Fentanyl 0,05mg ved behov, T. eller IV Paracet, T.Celebra/IV Toradol, IV/po opioider

Premedikasjon: T.Paracet 1-2g po, T.OxyContin po i tilpassede, T.Dexametason po: <70kg: 16mg po, >70kg: 20mg po. Ved betydelig avvikende kroppsvekt bruk: 0,25mg/kg

Peroperativt:

Hvis ikke Dexametason er gitt som premedikasjon: IV Dexametason 0,2mg/kg IV (justeres hos pas med lav/høy kroppsvekt)

<70kg: 12mg IV

>70kg: 16mg IV

Gis med en gang venflon er etablert (har da bedre analgetisk effekt enn gitt senere/intraoperativt). Gis også til pasienter med Diabetes Mellitus Obs følge blodsukker, spesielt hvis pasienten får spise mat før 4 timer etter administrert dose med Dexametason.

Anestesi: TIVA. Lokalanestesi ved operatør.. IV Paracet 1g x 4. IV Toradol 30mg mot slutten av inngrepet, hvis ikke kontraindikasjoner.

Postoperativt, på postoperativ avdeling: IV Fentanyl 0,05mg ved behov. T. eller IV Paracet 1g x 4. T.Celebra 200mg x 2. Byttes v behov ut med IV Toradol 30mg x 3 første 3 døgn. T.OxyContin x 2 i tilpassede doser fom kvelden operasjonsdagen. IV Oxy Norm i tilpassede doser.

Ved behov for opioider SC eller IV: Titrer etter retningslinjer «Akutt smerte: Behandling og overvåkning ved bruk av opioider»; T.Oxy Norm 5-10 mg ved behov, inntil x 6

Ved utskrivelse til sengepost føres dette i Meona.

Utskrivelse til sengepost, råd om smertelindrende behandling i inntil 5 døgn:

Paracet 1g x 4. T.Celebra 200mg x 2. Byttes v behov ut med IV Toradol 30mg x 3 første døgn hvis behov og inneliggende. T.OxyContin i tilpassede doser, ex 10 (-20)mg po

Hvis inneliggende kan flg også benyttes ved behov: IV Oxy Norm i tilpassede doser. Titrer etter retningslinjer «Akutt smerte: Behandling og overvåkning ved bruk av opioider»; T.Oxy Norm 5-10 mg ved behov, inntil x 6.

Gjennomgått av Dr.PA Hunderi, K.Pilskog og ECK Strandenes