



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

MKS591

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	12-11-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 HØST2
<b>Slutt dato:</b>	19-11-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 MKS591 1 O 2020 HØST2		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	418
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Tittel *:</b>	«Pleie og intensivbehandling av premature barn». Undertittel: Dehumaniserende og humaniserende praktiker ved akuttbordet.
<b>Antall ord *:</b>	16981

**Egenerklæring \*:**  Ja  Nei  
**Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:**

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

### Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

**«Pleie og intensivbehandling av premature barn».**

*Undertittel: Dehumaniserende og humaniserende praktiker ved akuttbordet.*

**«Care and intensive care of premature babies».**

*Subtitle: Dehumanizing and humanizing practices at the emergency table.*

**Sandra Louise Mæland**

Master i Klinisk Sykepleie - Intensivsykepleie

Høgskulen på Vestlandet/Bergen/MKS591

Veileder: Førsteamanuensis Rolf Horne

Antall ord: 16981

Bergen, 19.11.2020

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

## FORORD

Denne studien har vært utrolig spennende og lærerik å jobbe med, men på en annen side har det vært mange utfordringer og hindringer som har bidratt til en del frustrasjon, og som har sinket skriveprosessen og gjort den tidskrevende. Men alt i alt har det vært en erfaring jeg ikke ville vært foruten.

Det skulle ikke mer til enn syv uker i praksis med ekstremt premature til å inspirere meg til å skrive om dem. En pasient- og sykepleiergruppe som har inspirert og gitt meg så mye lærdom! Jeg beundrer alle som velger å jobbe ved de ulike nyfødte intensive avdelingene i landet vårt, og jeg roser dere for engasjement og faglig dyktighet!

En stor takk til veileder Førsteamanuensis Rolf Horne for god oppfølging, utallige gjennomganger og rettelser, refleksjoner og tilbakemeldinger. Det har vært en utrolig lærerik prosess å bli kjent med Bourdieu sine teorier, men jeg tror ikke det hadde hatt like stor betydning, eller vært forståelig uten en veileder med så stor tålmodighet og engasjement for praxeologi og jobben sin. Jeg er evig takknemlig!

*«Det var vanskelig å forestille seg det lille nyfødte ekstremt premature barnet før jeg faktisk sto ovenfor en kuvøse og så ned på dette lille, røde, hårete barnet med de bitte små hendene og sammenkrøllede tærne. Den lille munnen boblet med spytt og en liten tunge stakk frem. Der kom det en lyd. En liten lyd, så vag og så forsiktig, men det var en lyd. Etter dette var det stille og barnet lå i ro.. Barnet var utslitt etter morgenstell og trengte hvile og ro. Et spesiallaget teppe ble dradd over hele kuvøsen, det ble mørkt inni kuvøsen og slik skulle barnet få minimalt med stimuli».*

*Av Sandra Louise Mæland*

Bergen, November, 2020.

<b>Kandidatnummer 418</b>	<b>Innleveringsfrist: 19.11.2020</b>
<p><b>Tittel og undertittel:</b>  <b>«Pleie og intensivbehandling av premature barn».</b>  <i>Undertittel: Dehumaniserende og humaniserende praktiker akuttbordet.</i></p>	
<p><b>Sammendrag</b></p> <p><b>Formål:</b> Studien har som formål å forstå og forklare hvordan det kan være at leger og sykepleiere gjør som de gjør behandlingen av ekstremt premature barn med fokus og praksiser relatert til smertebehandling ved invasive prosedyrer.</p> <p><b>Teoretisk forankring:</b> En praxeologisk masterstudie med registrantanalyse som metode. Studien har en praxeologisk tilnærming og er fundert i teorier fra den franske sosiologen Pierre Bourdieu og hans relasjonelle forståelse av sosiale systemer, med habitus og felt som sentrale analytiske begrep.</p> <p><b>Metode:</b> For å frambringe empiri i en praxeologisk tradisjon for å belyse praktikkene ved akuttbordet i behandlingen av premature barn, utføres en systematisk registrering av artikler som omhandler det aktuelle tema for studien. Registranten bygger på artikler og debattinnlegg fra fire relevante tidsskrift. Materialet er registerert kronologisk og i stikkord. Registrantens formål i arbeidet er å konstruere og avgrense feltene som undersøkes i denne studien.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Denne studien har vært eksplorativ og undersøkende i form av spørsmål rettet mot praktikker ved smertelindring av ekstremt premature barn. Slik har den bidratt med å gi økt forståelse og innsikt for et problemområde som trolig vil øke med tiden da flere grenser innad prematurmedisin stadig brytes og de ekstremt premature barna ligger lengre på intensive avdelinger og gjennomgår flere smertefulle prosedyrer. Videre forskning kan gjerne ta på seg studier som å inkludere intervjuer eller observasjoner for å gi økt forståelse for praktikkene som iverksettes ved invasive prosedyrer hos premature barn.</p>	
<p><b>Nøkkelord:</b> pain, newborn, preterm, neonate, NICU,  <b>Norske søkeord:</b> smertelindring, premature, etikk, sykepleier, intensivavdeling, gestasjonsalder, smerte, smertelindring, stress</p>	

<b>Kandidatnummer 418</b>	<b>Deadline: 19.11.2020</b>
<p><b>Title and subtitle:</b>  <b>«Care and intensive care of premature babies».</b>  <i>Subtitle: Dehumanizing and humanizing practices at the emergency table.</i></p>	
<p><b>Summary</b></p> <p><b>Purpose:</b> The study aims to understand and explain how it can be that doctors and nurses do as they do in the treatment of extremely premature children with a focus and practices related to pain treatment in invasive procedures.</p> <p><b>heoretical grounding:</b> A praxeological thesis with registrant analysis as a method. The study has a praxeological approach and is based on theories from the French sociologist Pierre Bourdieu and his relational understanding of social systems, with habitus and fields as central analytical concepts.</p> <p><b>Method:</b> In order to produce empirical evidence in a praxeological tradition and to illuminate the practices at the emergency table in the treatment of premature infants, it is performed a systematic registration of articles dealing with the relevant topic of the study. The registrant is based on articles and debate posts contributions from four relevant journals. The material is registered chronologically and with key words. The registrant's purpose in the work is to construct and delimit the fields examined in this study.</p> <p><b>Conclusion:</b> This study has been exploratory and investigative in the form of questions aimed at practices in pain relief of extremely premature children. In this way, it has helped to provide increased understanding and insight into a problem area that is likely to increase over time as more boundaries within premature medicine are constantly being broken and the extremely premature children spend longer in intensive care units and undergo several painful procedures. Further research may include studies such as including interviews or observations to provide an increased understanding of the practices that are implemented in invasive procedures in premature infants.</p>	
<p><b>Keywords:</b> pain, newborn, preterm, neonate, NICU,  <b>Norwegian:</b> smertelindring, premature, etikk, sykepleier, intensivavdeling, gestasjonsalder, smerte, smertelindring og stress</p>	

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>FORORD</b> .....	<b>II</b>
<b>LISTE OVER VEDLEGG</b> .....	<b>1</b>
<b>LISTE OVER FORKORTELSER OG MEDISINSKE UTTRYKK</b> .....	<b>2</b>
<b>1.1 BAKGRUNN, VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING</b> .....	<b>3</b>
1.2 ANTAGELSE, FORMÅL OG PROBLEMSTILLING .....	3
1.3 PRESENTASJON AV TEMA OG PROBLEMSTILLING .....	4
1.4 FORMÅL OG BETYDNING AV STUDIEN .....	5
1.5 DESIGN.....	5
1.6 ANTAGELSE OG ANALYSE .....	5
1.7 TEORETISK FORANKRING .....	6
1.8 AVGRENSNING OG ANSKUELSE AV PROBLEMOMRÅDET .....	7
<b>2 DET SOSIALE ROMMET FOR BEHANDLING AV DET PREMATURE BARNET</b> .....	<b>8</b>
2.1 HISTORISK UTVIKLING .....	8
2.2 FELTET - NYFØDTMEDISIN OVER 100 ÅR .....	9
2.2.1 <i>Frem til 1800 – talle</i> .....	9
2.2.2 <i>Reflekser som forklaring</i> .....	9
2.2.3 <i>Eksperimenter og respirator - 1900 – tallet</i> .....	10
2.2.4 <i>Rekorder i overlevelse - 1970 – 2019</i> .....	10
2.3 SMERTE OG STRESSLINDRING .....	13
2.3.1 <i>Medikamenter til premature - rett eller gal praktikk</i> .....	14
2.4 BARNETS SPESIELLE KOMMUNIKASJON OG UTTRYKK FOR SMERTE .....	15
2.5 PREMATUR OG BEHANDLINGSBEGRENSNINGER - ETIKK OG PRIORITERINGER .....	16
2.6 INVASIVE PROSEDYRER .....	17
<b>3 TEORETISK TILGANG</b> .....	<b>17</b>
3.1 HABITUSTRITRILOGI SOM BEGREP OG VERKTØY FOR ANALYSE .....	17
3.1.1 <i>Kapitalbegrepet</i> .....	19
3.1.2 <i>Det sosiale rom</i> .....	19
3.1.3 <i>Doxa, Hetrodoxa og Ortodoxa</i> .....	19
3.1.4 <i>Autososioanalyse</i> .....	21
3.2 FELTBEGREPET OG POSISJONER INNEN FELTET.....	22
3.2.1 <i>Feltbegrepet</i> .....	22
3.2.2 <i>Bemannning og kompetanse ved avdelinger for syke nyfødte</i> .....	23
3.2.3 <i>Videreutdanning for sykepleiere</i> .....	23
3.2.4 <i>Leger i spesialisering</i> .....	24
3.2.5 <i>Foreldrene som behandlere</i> .....	25
<b>4 METODE</b> .....	<b>25</b>
4.1 REGISTRANTANALYSE.....	26
4.2 TIDLIGERE STUDIER .....	27
4.3 ETISKE REFLEKSJONER .....	28
4.4 PRODUKSJON AV DATA OM FELT, SOSIALT ROM OG PROBLEMOMRÅDET .....	29
4.5 PRODUKSJON AV DATA OM POSISJONER OG POSISJONERINGER I BEHANDLINGEN AV PREMATURE BARN .....	29
4.6 ANALYSESTRATEGI.....	30
4.6.1 <i>Forskningsspørsmål</i> .....	30
4.6.2 <i>Objektivisme og subjektivisme</i> .....	30
4.6.3 <i>Symbolisk makt</i> .....	32
<b>5 ANALYSE - DEL I</b> .....	<b>33</b>
5.1 AUTOSOSIOANALYSE .....	33
5.1.1 <i>Undersøkerens posisjon og disposisjoner</i> .....	35
<b>6 ANALYSE DEL II</b> .....	<b>35</b>

6.1	UTVIKLINGEN AV FAGPERSONELLET SOM BETJENER DETTE FAGET .....	36
6.2	LEGENES OG SYKEPLEIERENS POSISJON OG DISPOSISJON I BEHANDLINGEN AV PREMATURE BARN.....	37
6.2.1	<i>Legenes disposisjoner for posisjoneringer i feltet.....</i>	<i>38</i>
6.2.2	<i>Sykepleiernes disposisjoner for posisjonering i feltet.....</i>	<i>40</i>
6.3	DE DOMINERENDE POSISJONERS POSISJONERINGER .....	41
6.4	DE DOMINERTES POSISJONERS POSISJONERINGER.....	42
6.5	KAMPOMRÅDET SOM DEFINERER FAGOMRÅDETS DOXA.....	43
6.6	OPPSUMMERING AV PROBLEMOMRÅDETS DOXA.....	45
6.7	PRESTISJE OG OPPARBEIDING AV KAPITAL .....	46
6.8	DE ORTODOXSE OG DE HETRODOXSE POSISJONERS POSISJONERINGER.....	46
6.9	OPPSUMMERING AV DOXA INNEN BEHANDLING AV PREMATURE BARN .....	48
6.10	TIDLIGERE FORSKNING I RELASJON TIL MIN ANALYSE.....	50
6.11	AVSLUTTENDE KOMMENTARER OG PERSPEKTIVER .....	52
6.11.1	<i>Avsluttende Perspektiver .....</i>	<i>52</i>
6.11.2	<i>Avsluttende kommentarer .....</i>	<i>53</i>
<b>BIBLIOGRAFI.....</b>		<b>55</b>
VEDLEGG 1: NIDCAP .....		60
VEDLEGG 2: SUKKER SOM SMERTELINDRING I NYFØDTOMSORGEN.....		63
VEDLEGG 3: TILTAK VED SMERTE HOS NYFØDTE.....		65
VEDLEGG 4: INVASIVE PROSEDYRER .....		68
VEDLEGG 5: ALPS-NEO.....		69
VEDLEGG 6: COMFORTNEO.....		70
VEDLEGG 7: APGAR SCORE .....		72
VEDLEGG 8: REGISTRANTANALYSE.....		75
VEDLEGG 9: MASTERSTUDENTEN SIN HABITUS.....		89
VEDLEGG 10: HELSEPERSONELLETS HABITUS .....		96



## **LISTE OVER VEDLEGG**

1. NIDCAP- Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
2. Sukker som smertelindring i nyfødtsorgen.
3. Tiltak ved smerte hos nyfødte
4. Invasive prosedyrer
5. ALPS-Neo
6. ComfortNeo
7. Apgar Score
8. Registrantanalyse – data som er inkludert i registranten.
9. Masterstudenten sin habitus
10. Helsepersonellens habitus

**LISTE OVER FORKORTELSER OG MEDISINSKE UTTRYKK**

**CPAP:** Continuous Positive Airway Pressure (norsk: kontinuerlig positivt luftveistrykk).

**DYSMATUR:** Fødselsvekt for lav i forhold til svangerskapsalder.

**EMBRYOER:** Fra fosteret festes i livmorveggen til i overgangen av åttende svangerskapsuke.

**GA:** Gestasjonsalder.

**INVASIV (T):** Betyr at noe føres inn i kroppen.

**LIS LEGE:** Lege i Spesialisering.

**NEC:** Nekrotiserende enterokolitt.

**NIDCAP:** Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

**NON- INVASIVT:** Betyr at noe ikke trenger inn i kroppen.

**PREMATUR:** For tidlig født barn, tre uker eller mer før beregnet fødselstermin.

Spedbarn.

---

# 1 INTRODUKSJON

## 1.1 BAKGRUNN, VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING

Denne studien tar utgangspunkt i en undring som oppstod gjennom praksisstudie under masterutdanning i klinisk sykepleie, intensivsykepleie, ved en nyfødt-intensiv avdeling ved et norsk sykehus. Her ble jeg fra en observasjonsposisjon vitne til akutt kritisk syke premature barn som ble initialt lagt på et akuttbord<sup>1</sup> ved mottak. Jeg så mange ulike hender og instrumenter som berørte og behandlet barnet for å utføre livreddende behandling<sup>2</sup>. Det var også hender som forsøkte å støtte og beskytte barnet mot stressende påkjenninger<sup>3</sup>. Jeg var flere ganger vitne til at ekstremt premature barn gjennomgikk flere smertefulle prosedyrer uten at det ble gitt sentralt virkende analgetika. Denne studien undersøker sosiale praktikker med fokus på hvordan det kan være at leger og sykepleiere posisjonerer seg som de gjør i behandlingen av premature barn ved akuttbordet.

## 1.2 ANTAGELSE, FORMÅL OG PROBLEMSTILLING

Studien er basert på antakelsen om at strukturelle forhold utviklet over tid, dominansforhold og prestisje er satt på spill i behandlingen av ekstremt premature barn. Studien har en praxeologisk tilnærming og er fundert i teorier fra den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1930-2002) og hans relasjonelle forståelse av sosiale systemer, med habitus<sup>4</sup> og felt<sup>5</sup> som sentrale analytiske begrep. En nærmere begrepsavklaring og hvordan de analytiske begrepene kommer i kapittel 2.

---

<sup>1</sup> Akuttbord: med dette menes behandlingsbordet det premature barnet blir lagt på under behandling som er designet for å avgi varme samtidig som nødvendig medisinsk teknisk utstyr skal være i umiddelbar nærhet.

<sup>2</sup> Som for eksempel intubasjon og respirasjonsstøtte, arteriepunksjoner og innleggelse av thoraxdren; prosedyrer som er alle potensielt svært smertefulle.

<sup>3</sup> En metode som er aktuell er NIDCAP, se vedlegg 1.

<sup>4</sup> Bourdieu forklarer habitus som en kroppslig intelligens, et minne eller i form av en lov som er inkorporert i kroppen til den enkelte

<sup>5</sup> Bourdieu forklarer felt de sosiale arenaene som praksis utspiller seg innenfor.

Problemstillingen er:

*Hvordan det kan være at leger og sykepleiere gjør som de gjør under behandlingen av ekstremt premature barn med fokus og praksiser relatert til smertebehandling ved invasive prosedyrer<sup>6</sup>.*

Studien søker svar på problemstillingen ved en systematisk undersøkelse og analyse av hvordan behandling av ekstremt premature har utviklet seg historisk og hvordan posisjonene leger og sykepleiere posisjonerer seg innen dette problemområdet materialisert, eller kommer til uttrykk, gjennom respektive fagtidsskrift i perioden 1980-2020.

Smertelindringsdiskusjoner og etiske hensyn har jeg opplevd om et daglig tema.

Sykepleierne ved avdelingen var meget klare på å formidle de sosiale strukturer og normene som gjelder behandling av nyfødte og premature barn i denne avdelingen. Deres faglige innsikt, kjennskap og kunnskap om de premature barna var imponerende og engasjerende. De hadde sans for dette arbeidsområdet.

Med bakgrunn i det som skrives frem i delkapittel 1.2 presenteres tema og forskningsspørsmål for studien.

### 1.3 PRESENTASJON AV TEMA OG PROBLEMSTILLING

Tema for studien er praksiser som settes i verk av leger og sykepleiere i behandlingen av premature barn hvor det sosiale undersøkes gjennom og rette oppmerksomhet mot smertebehandling av ekstremt premature barn for derigjennom kunne forstå og forklare posisjoneringer de involverte posisjonene setter i verk.

*Hvordan kan det være at leger og sykepleiere posisjonerer seg som de gjør i behandlingen av prosedyrerelaterte smerter hos premature barn? Hvor kommer det fra at man gjennomfører invasive smertefulle prosedyrer på premature barn uten å sikre barnet med sentralt virkende analgetika? Hvordan strukturerer det praksisene ved akuttbordet?*

---

<sup>6</sup> Jf. vedlegg 4.

#### 1.4 FORMÅL OG BETYDNING AV STUDIEN

Hensikten med studien er altså å forstå og forklare helsepersonellens praksiser i behandlingen av ekstremt premature barn ved akuttbordet. Strategien for å svare på forskningsspørsmålene er å undersøke den historiske utviklingen for behandling av premature og undersøke hva det skrives om som gjelder praksiser for smertelindring materialisert i fagtidsskriftet for leger og sykepleiere.

#### 1.5 DESIGN

For å svare på forskningsspørsmålene har jeg systematisk registrert (se vedlegg 8) hva det skrives om i forhold til smertebehandling i artikler og ytringer i ulike tidsskrift samt utført en analyse og rekonstruksjon av problemområdets historie (Kropp, 2009, s. 173). Hva ulike posisjoner skriver som representerer deres posisjoneringer i feltet og en historisk rekonstruksjon bidrar til å forklare opphavet og endringer av problemområdet. Det empiriske materialet er innhent fra fire ulike tidsskrifter<sup>7</sup>, for å dekke ulike kanaler hvor fagpersonell posisjonerer seg i forhold til behandlingen av premature barn.

Fordi studien har fokus på sosiale praktikker, er en praxeologisk tilgang valgt, som innebærer teoretisk – empirisk undersøkelse av sosiale praktikker<sup>8</sup> (Horne, 2016 ; Wilken, 2008).

#### 1.6 ANTAGELSE OG ANALYSE

Studien baseres på antagelsen om at strukturelle endringer innen samfunn og prestisjestrategier innen nyfødtdedisinen har spilt en sentral rolle for hvilke praksiser som settes i verk ved akuttbordet overfor premature barn. Antagelsen utfordres og undersøkes i lys av en praksisteoretisk tilgang og med analysebegrepene habitus, felt, doxa og sosialt rom.

---

<sup>7</sup> De ulike tidsskriftene: *Tidsskriftet Den Norske Legeforening (TDNF)*, *Sykepleie Forskning*, *Tidsskrift for barnesykepleiere* og *PAIDOS – Særtidsskriftet til Norsk Barnelegeforening*

<sup>8</sup> sosiale praktikker, det vil si hva en gjør, mener og/eller sier, og som gjør at en da kan undersøke hva den enkelte gjør i sosiale sammenhenger

Analysen med følgende konstruksjon av teori som forklarer hvordan leger og sykepleiere posisjonerer seg ved akuttbordet i behandlingen av premature, har sitt utgangspunkt i en systematisk empirisk undersøkelse og analyse hvor strategien er praxeologisk med en historisk analyse og en registrantanalyse av posisjoneringer fra fire fagtidsskrifter for leger og sykepleiere (Jf. vedlegg 8).

## 1.7 TEORETISK FORANKRING

Studien handler altså om menneskelige handlinger og skriver seg på den måte inn i en samfunnsvitenskapelig forskningstradisjon. Med Bordieus praksisteori undersøker vi hva som skjer i det sosiale rom hvor det i denne studien tas utgangspunkt i behandlingen av ekstremt premature barn som utsettes for en rekke medisinske intervensjoner som er smertefulle. Dette er dagsaktuelle problemstillinger og derfor svært relevant å se nærmere på hvordan sentrale posisjoner posisjonerer seg gjennom det de skriver i tidsskriftene for å kunne forklare hvordan de involverte agentene posisjonerer seg i slike situasjoner. Spesielt med tanke på den viten vi har om hvilke konsekvenser smerte og stress har for de små kroppene.

Med denne tilgangen kan det gi en forståelse og forklare sosiale systemer i dette rommet i sin grunnstruktur. Ved å analysere tekster og dokumenter som skriver om de menneskelige handlingene som omhandler behandlingen av premature barn, kan en på den måten analysere praksisene som materialiseres gjennom de aktuelle fagtidsskriftene ved hjelp av begreper som habitus, felt og doxa i sammenhenger behandlingen utøves.

Mennesket som inngår i sosiale situasjoner inngår dermed i et samfunn, som er enten lagdelte eller i form av hierarki (Wilken, 2008, s. 9). Noe man kan anta også er relevant innenfor sosiale rom i det medisinske felt.

## 1.8 AVGRENSNING OG ANSKUELSE AV PROBLEMOMRÅDET

Studien avgrenses til å handle om behandling av ekstremt premature barn født i uke (22) 23 til og med uke 27 (28) som er innlagt i Norge på nyfødt intensivavdelinger. Fokuset er praksiser knyttet til smertebehandling i forbindelse med invasive intervensjoner (jf. vedlegg 4) hvor undersøkelser av posisjoneringer om temaet<sup>9</sup> som representerer dels offentlige, men også de faglige diskusjoner og diskurser om problemområde, som kommer til uttrykk i tidsskriftene. Gjennomgangen av fagtidsskrift sammen med en historisk gjennomgang av utviklingen innen dette fagområdet skal bidra til å forklare hvorfor agentene gjør som de gjør innen dette avgrensede området. Studien vil i hovedtrekk dra frem de årstallene det har skjedd store endringer i lys av et avgrenset empirisk materiale<sup>10</sup>.

Denne empirien er med for å vise yrkesgruppenes posisjoner og disposisjoner samt viktige kampsaker relatert til studiens forskningsspørsmål og innhold.

Jeg vil kort nevne biomedisinske forskningsfunn og barnets fysiologi da dette har relevans for oppgaven og forståelse av situasjonen/temaet og de utfordringer som er relatert til smertelindring av disse barna. Dette er også relevant da jeg tenker at dette også kunne ha betydning for hvordan posisjonene posisjonerer seg når det kommer til å handle om noe så følsomt og humant som smerte og beskyttelse mot smerter ved invasive prosedyrer overfor det premature barnet. Gjennom oppgaven omtaler jeg det premature barnet som barnet og barne - og intensivsykepleier som sykepleier. Helsepersonellet som inkluderes i studien vil også kalles for agenter eller aktører gjennom oppgaven.

Jeg gjør en autososioanalyse i delkapittel 5.1 da dette er en del av å skrive praxeologisk og masterstudenten sin habitus er konstruert og skrevet frem i vedlegg 8. Dette er for å forklare hvilke sosiale grunner undersøgeren har for forskningsprosessen under konstruksjon av problemstilling, forskningsspørsmål, dataproduksjon, analyse og konstruksjon av teori som forklarer praktikkene.

---

<sup>9</sup> Gjennom artikler og debattinnlegg i fagtidsskrifter.

<sup>10</sup> Jf. vedlegg 8 og, tidsskrifter fra *Norsk Legeforening*, *Sykepleie forskning*, *Norsk Barnesmerteforening* og fra *PAIDOS- Tidsskrift For Norsk Barnelegeforening*.

Smertelindring og smertelindringsmetoder beskrives kort i delkapittel 2.3 da tematikken og forskningsspørsmålene besvares gjennom å analysere empiri som er utvalgt særlig med tanke på smertebehandling av premature barn. Derfor er det også viktig å vise til ulike aspekter av tematikken for å kunne fremstille ulike synspunkter i analysekapittelet.

## 2 DET SOSIALE ROMMET FOR BEHANDLING AV DET PREMATURE BARNET

For å skrive frem dette kapittelet har jeg utført systematiske og ikke systematiske søk i ulike søkedatabaser som Oria, Cinnahl, PubMed, Helsebiblioteket.no, UpToDate, crochrane, Eleketronisk Kvalitetshåndbok (EK), Tidsskrift for Den norske Legeforening, og Sykepleie forskning (sykepleien.no) for å finne relevant forskning som fremhever problematikken og som underbygger mitt fokus og mål for studien.

### 2.1 HISTORISK UTVIKLING

I dette delkapittelet rekonstrueres deler av historien om hvordan premature er behandlet i retroperspektiv. Dette for bedre å kunne se utviklingen og hvilke vilkår som har bidratt til at stadig flere og mindre premature barn overlever. Ved å gå historisk til verks og se på utviklingen innen dette fagområdet i medisinen, og holde det opp mot hvordan agentene innen dette fagområdet skriver i sine respektive tidsskrifter, kan en identifisere agentenes kampsaker, dominansforhold, og rådende doxa og den sosiale orden i det sosiale rommet. Doxa kan beskrives som hva er det som skjer som strukturerer et felt eller sosialt rom med krefter mot og for i et stadig spill. I denne sammenheng vil det være krefter som opprettholder det bestående og det vil være krefter som forsøker å endre på hvordan premature barn skal behandles.



## 2.2 FELTET - NYFØDTMEDISIN OVER 100 ÅR

Ny teknologi reiser ofte nye spørsmål innenfor etikk, politikk og lovverk. Praktikker innen det medisinske feltet, nyfødt – og obstetrisk oppfølging har gjennomgått store forandringer de siste 100 årene. Historisk analyse av problemområdet eller objektet en undersøger kan avdekke at nåtidige forståelser ikke er selvsagte og tilfeldige, men vilkårlig og et resultat av sosiale kamper. Det er vilkårlig fordi det ikke er naturgitt, men oppstår under bestemte samfunnsmessige vilkår og forandrer seg over tid. Historisering gjør til at en får tilstrekkelig avstand til dagens oppfatninger og praksiser, noe som gjør det mulig å diskutere og konstruere ny teori om det som har tendens til å være selvsagte, det en tar for gitt (Prieur et al., 2002, s. 118 - 123).

### 2.2.1 FREM TIL 1800 – TALLE

Frem til 1800- tallet var det en forståelse for at barna hadde en opplevelse, eller følelse av smerte mer enn voksne, og jo mindre og mer umodent barnet var, jo mer smerte ville det oppleve/føle (Grundevig A. , 2017). Dr. Paul Flechsig Leipzig, en tysk nevroanatomist<sup>11</sup> som i dag er mest kjent for sitt arbeid med myelinogenesis <sup>12</sup> (Lang & Steinnes, Besøksdato 18. august, 2019). Barn og nyfødte hadde mindre myelinisering av nervefibre, og på bakgrunn av dette konkluderte man at de ikke var biologisk modne nok til å oppleve smerte (Grundevig A. , 2017).

### 2.2.2 REFLEKSER SOM FORKLARING

Etterhvert som mennesket ble mer vitenskapelig, forsvant noe av «vettet», forklares det av Lang (hentet 18. august, 2019) og av Grundevig (2017). I 1872 publiserte Charles Darwin<sup>13</sup> en bok der han hevdet at alle mennesker, og til og med andre dyr, viser følelser gjennom bemerkelsesverdig lignende atferd. For Darwin hadde følelser en evolusjonær historie som kunne spores på tvers av kulturer og arter. Denne tankegangen ble overført inn i den

---

<sup>11</sup> En gren innen anatomi, som omhandler studier av nervesystemet

<sup>12</sup> Lett biografi da oppgavens størrelse begrenser meg: Han ble blant annet kjent for sin undersøkelse av myelinisering av nervefibre hos embryoer, nyfødte og små barn (Lang & Steinnes, Besøksdato 18. august, 2019).

<sup>13</sup> The Expression of the Emotions in Man and Animals (Darwin, 1872)

medisinske historien og bidro til å forandre mennesket persepsjon i forhold til nyfødte medisin og deres biologi (Lang & Steinnes, Besøksdato 18. august, 2019). Darwin mente barns uttrykk, som fysiologiske endringer, gråt og tårer, grimasering eller bevegelser ikke var relatert til smerter, men reflekser (Lang & Steinnes, Besøksdato 18. august, 2019).

I 1878 kom den første kuvøsen etter initiativ fra en fransk fødselslege. Denne kuvøsen ble bygget etter prinsippet for rugekasser hos kyllinger. Navnet kuvøse kommer fra navnet rugekasse på fransk, som er couveuse, som fremdeles brukes i dag (Dunn, 2002) .

### 2.2.3 EKSPERIMENTER OG RESPIRATOR - 1900 – TALLET

Fra 1930 – 40-tallet ble det innført en del eksperimentell behandling av premature, alt fra å variere oksygentilførsel til å gi dem antibiotika som ga dem alvorlige bivirkninger.

Streptomycin blant annet kunne gi alvorlige hørselsskader og sulfapreparater bidro til en del hjerneskader<sup>14</sup>. Nærhet og omsorg fra foreldrene var fraværende og barna ble helst liggende uten stimuli eller kontakt fra pleierne eller foreldre (Sundal, 2014).

1950 -60 - tallet var perioden respirator ble tatt i bruk, og etterhvert CPAP, noe som fortsatt er en viktig og stor del av behandlingen av premature. På 60 – tallet var det lite en her i Norge kunne tilby barna enn omsorg og pleie, og overlevelsen var barn som var modne eller ved best helse (Bratlid & Nordermoen, 2010).

### 2.2.4 REKORDER I OVERLEVELSE - 1970 – 2019

Midt på 70 – tallet skjedde det også en drastisk endring i neonatal dødelighet, som beskrives fra fødsel til fire uker etter fødsel. Dødeligheten falt fra 11,0 per 1000 fødte i 1967 til 1,4 2016. Forklaringen kan sannsynlig forklares av bedringer innenfor kvinners helse, svangerskapsomsorg, forbedret fødsels- og barselhjelp og framskritt i behandlingen for ekstremt premature og syke nyfødte. Det kan forstås slik at det har foreligget en uoffisiell

---

<sup>14</sup> (Bratlid & Nordermoen, Behandlingen av svært for tidlig fødte barn de siste 40 år, 2010)

behandlingsbegrensning på 23 svangerskapslengde siden 1980 årene (Bratlid & Nordermoen, 2010).

Behandlingspraktikker av premature barn som kunne være intensivlignende behandling forekom først i løpet av høsten i 1970. Respiratorbehandling ble gitt unntaksvis og barna ble behandlet over flere dager, de fikk intravenøse væsker og ble ernært med glukose (Bratlid & Nordermoen, 2010). Barna ble i tillegg undersøkt med hyppige røntgen undersøkelser og blodprøver, som ikke var vanlig på denne tiden. Det ble forsøkt å behandle ekstremt premature født rundt GA 23, men ingen barn som ble født før GA 25 overlevde, selv i 1980. Indikajsoner for behandling av de mest umodne barna var ikke definert og det var stor usikkerhet i hvordan vurdere levedyktighet og hvor en skulle sette grenser til behandling av de ekstremt premature barna (Bratlid & Nordermoen, 2010).

I perioden fra 1970 - 89 var tiåret transkutanmålere<sup>15</sup> og nytt medisinsk utstyr som bedre respiratorer, kanyler og venekatetre til svært små barn ble tatt i bruk. Slike endringer økte interessen og behovet for diagnostikk og oppfølging som igjen førte til stor økning av røntgen undersøkelser og blodprøver. Den prenatale og obstetriske behandlingen ble samtidig mer aggressiv, utførelsen av keisersnitt økte og ved stadig lavere svangerskapslengde. Det var økning i antall kvinner som fikk steroider ved truende tidlig fødsel for lungemodning, men ifølge Bratlid og Nordermoen (2010) var det sannsynlig ingen kvinner som fikk steroider før fødsel i 1970, men økte til 87% i 1997 og 92% i 2007. I 1970 ble det barn unntaksvis tilbudt intensivbehandling, allikevel overlevde barn helt ned i GA 25 (Den nye fruktbarhetsteknologien – nye og gamle rettigheter, 1989) (Bratlid & Nordermoen, 2010).

1980 årene kom ultralyd og barn ned i GA 23 behandlet. Surfaktant var oppdaget ca. i 1940 årene, men ble ikke tatt i bruk før 1980. Morsmelk og ernæring har også de siste årene blitt mer av et fokusområde, og det viser seg at disse barna er mer beskyttet mot sepsis og infeksjoner. NEC kan også reduseres ved kombinasjon av morsmelk og antenatale steroider (Bratlid & Nordermoen, 2010). Surfaktant har hatt god innvirkning på omfanget av

---

<sup>15</sup> Instrument til kontinuerlig måling av karbondioksid- og oksygenmetning i blodet.

behandling og redusert behovet for respirator behandling ved neonatal åndedrettsyndrom<sup>16</sup> (Peitersen, Pedersen, & Pryds, 2014).

Dødeligheten var fremdeles uendret, men barna overlevde lengre før de døde. Fra 1980 1989 økte overlevelsen fra 73- 82 %, selv barn ned i GA 23 overlevde (Bratlid & Nordermoen, 2010). Fra 1989 frem til dags dato har overlevelsesraten bare øket blant premature barn, og det er svært sjeldent at barn med fødselsvekt over 1000g dør (Bratlid & Nordermoen, 2010).

I 1987 ble det opprettet en tverrfaglig forening med navnet Perinatalmedisinsk forening, og omfatter yrkesgrupper som jordmødre, nyfødtsykepleiere, obstetrikere og barneleger. Foreningen arbeider for å fremme perinatalmedisin i Norge, og de inviterer og arrangerer til perinataldager hvert år for å holde fagfeltet oppdatert på ny forskning og kunnskap innen perinatalogi (Fundingsrud, 2020).

Slik som det er å tolke forskningsresultater i forhold til prematurbehandling, da spesielt bedring av behandling av de ekstremt premature barna, utgjør de minste barna fremdeles en utfordring med hensyn til behandlingsresultatene. En fortolkning av resultatene kan forklares som en bedret prenatal og obstetisk behandling, like mye som bedring i den postnatale behandlingen (Bratlid & Nordermoen, 2010).

Av annet var det en utvikling i fruktbarhetsteknologi, hvor det omtales av Knut Erik Tranøy (1981) å innebære tre medisinske områder: Medisinsk genetikk; produksjonsteknologi – kunstig inseminasjon (AID), befruktning utenfor kroppen<sup>17</sup>, såkalt *in vitro fertilisering* (IVF), nyfødtsmedisin – da i særlig grad fostermedisin (Tranøy, 1981).

Nedre grense per 2019 er 23+0 uker eller ca. 500 gram vekt (NHI.no, Sist revidert: 2019).

---

<sup>16</sup> Mangel på overflate aktivt middel i lungene (Surfaktant) til nyfødte barn født før GA 37. Økningen av fare for åndedrettssyndrom etter lavere GA og lavere fødselsvekt.

<sup>17</sup> Assistert befruktning, eller IVF er regulert i lovverket, i Bioteknologiloven §2 (Lovdata, 2003).

### 2.3 SMERTE OG STRESSLINDRING

I følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) fødes det femten millioner barn for tidlig hvert år, med en forekomst av fem til atten prosent av alle nyfødte. Komplikasjoner blant disse barn som er født fullgått svangerskap, fra tre til sytten uker før termin, er hyppigste årsak til dødsfall før fylte fem år (Kynø, Solevåg, & Mathisen, 2018). Å bli født prematur kan medføre større risiko for død, sykighet og forekomst av utviklingsutfordringer. Komplikasjoner forbundet med å være prematur øker også med lavere gestasjonsalder<sup>18</sup> (GA) (Stensvold, 2017).

Wingers studie (2007) viser at ulik kompetanse og personlige egenskaper hos sykepleier har betydning for hvilken behandling barnet får og kvaliteten på forebyggende smertebehandling. Sykepleier ser på både teknisk utstyr (metning, blodtrykk, puls) samt uttrykk, som bevegelser og fargeendringer. I tillegg tolker Winger (2007) at samarbeidet mellom helsepersonellet påvirker kvaliteten av barnets smertebehandling og behandlingen blir mangelfull på bekostning av effektivitet og teknikk. Studien konkluderer med mangel på muligheter og rom for etisk refleksjon i fellesskap og at det medmenneskelige aspektet forsvinner mer og mer innen nyfødt intensivavdelingene.

God behandling med etisk refleksjon til barnets beste henviser til at barn har rett til nødvendig behandling der det tas hensyn til det individuelle barnet og den aktuelle behandlingen må fylle kravet om å være til barnets beste samt all behandling av syke nyfødte og premature inkluderer etisk refleksjon og vurdering (Helsedirektoratet, 2017). Etisk tenkning og vurdering ligger til grunn for all behandling. Det formuleres også at det er viktig at det gis rom for etisk refleksjon, der alle profesjoner deltar, og foreldrene som barnets talsperson og som en del av behandlingsteamet. Men det er også viktig å vite at ingen kan kreve nytteløs behandling fra helsepersonellet som er involvert i barnets behandling, slik at de kommer i strid med faglige retningslinjer eller lovverket (Helsedirektoratet, 2017).

---

<sup>18</sup> Gestasjonsalder (GA): Nesten det samme som svangerskapsuke og brukes i fagfeltet for barnets alder etter befruktning.

Behandling og prognoser for overlevelse har de siste tiårene vært under stor utvikling, og slike fremskritt er årsaken til at flere ekstremt premature barn overlever. Men det å overleve å bli født prematur er en utrolig stor påkjenning på barnet og derfor kan det tenkes at beslutningen for å iverksette livreddende behandling av barn på grensen til levedyktighet stadig et etisk dilemma blant legene som jobber med denne pasientgruppen (Stensvold, 2017). Det forklares at også holdninger og tradisjoner blant fødselslegene og barne – og nyfødtelegene også kan påvirke behandlingen før, under og etter fødsel, samt påvirke hvem som blir innlagt på nyfødt intensiv avdeling. Komplikasjoner og mortalitet på kort eller lengre sikt kan også forklares av legenes holdning og tradisjon (Stensvold, 2017). Bratlid og Nordermoen (2010) har i sin kohortstudie resultater fra 1980 - årene som beskriver at yngre leger kunne gjøre forsøk i å legge ekstremt premature/dysmature barn<sup>19</sup> på respirator hvis de tydelig viste seg til å være levedyktige, eller overlevde rett etter fødsel uten resuscitering, men ble møtt med korreks (Bratlid & Nordermoen, 2010, s.1128).

Sykepleiergruppen viser en relativt ny behandlingsmetode som har fått et visst gjennomslag. En måte å behandle nyfødte og premature på som gjør overgangen etter fødselen mer skånsom. NIDCAP står for Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program og er et omsorgsprogram som vektlegger en individuell tilpasset pleie, med utgangspunkt i barnets modenhet, for å redusere stress (Jf. vedlegg 1).

NIDCAP har også et sterkt fokus på familie og foreldrene for å oppmuntre dem til å delta aktiv i barnets behandling gjennom hele sykehusoppholdet (Tomren, 2014).

I fagmiljøene har det blitt utdannet NIDCAP- personale og interessen er økende. Det er uenigheter i fagmiljøet om hvor stor effekt og betydning NIDCAP har og om det i det hele tatt er gjennomførbart i praksis, og om det bør avsettes ressurser for å gjennomføre programmet i sin helhet (Helsebiblioteket, 2015) (vedlegg 1)<sup>20</sup>.

### 2.3.1 MEDIKAMENTER TIL PREMATURE - RETT ELLER GAL PRAKTIKK

---

<sup>19</sup> Med fødselsvekt under 1000 gram (g)

<sup>20</sup> Videre utdyping om NIDCAP er lagt til i vedlegg 1).

I dette delkapittelet ønsker jeg å skrive frem medikamentpraktikken og kort forklare hvorfor det er ulik kunnskap og fremdeles spørsmål rundt medikamentelle praktikker hos leger. Dette temaet vil følge studien inn i analysekapittelet.<sup>21</sup>

Få medikamenter er produsert for bruk til premature eller syke nyfødte. De minste og mest alvorlig syke får ofte flere medikamenter samtidig, og ikke sjeldent 10 -15 medikamenter samtidig. Det er fremdeles lite kunnskap rundt bruken av medikamenter til tross for at behandlingen av syke nyfødte har gjort store fremskritt de siste tiårene (Kalikstad, 2009). Medikamenter som benyttes er sjeldent testet på denne pasientgruppen fordi farmakologisk industri mangler incentiv for å gjennomføre den nødvendige testingen samt at det har ikke vært hjemmel i lovverket å kreve studier som inkluderer barn i de tilfeller barn kan ha nytte av det, og slik er konsekvensen at barn får medikamenter som ikke er godkjent for dem- eller er godkjent for en helt annet indikasjon, annen dose, annen dosehyppighet, og beskrives av Betty Kalikstad (2009) som svært vanlig hos de minste nyfødte som trenger langvarig behandling.

De endelige beslutningene i forhold til barnets behandling er hos behandlingsteamet i sin helhet, men den som har avgjørende og siste ord er behandlende lege/kontaktlege. All behandling og tiltak bør sees og vurderes ut fra de fire etiske grunnprinsippene; ikke skade, gjøre godt, respekt for autonomi hos barnet og familien og fordele begrensede goder på en rettferdig måte (Helsedirektoratet, 2017).

## 2.4 BARNETS SPESIELLE KOMMUNIKASJON OG UTTRYKK FOR SMERTE

I dag er det en allmenn kunnskap at premature barn har, som alle andre, følelse og opplevelse av smerte. I flere tiår var det under oppfattelse at de små barna ikke var biologisk modne nok til å oppfatte smerte, og om de ble smertepåvirket, så ville de ikke kunne huske dette senere i livet. De fleste pediatrike legene mente at nyfødte, spesielt premature, mest sannsynlig ikke var fysisk modne nok til å føle smerte (Jakobsen, 2017). Jeg har sett på

---

<sup>21</sup> Da dette delkapittelet omtaler «smertelindringspraktikk» ønsker jeg også å vise til vedlegg 3 som beskriver aktuelle tiltak ved smerte hos nyfødte. Herunder omtales også NIDCAP, smertelindringsverktøy, mm.

artikkelen Assessment of neonatal pain av Kanwaleet JS Anand (2018) som baseres på litteraturstudier hvor Anand tar for seg vurdering av smerte hos nyfødte og premature. Studien påpeker at det er en økt forståelse for barns stress- og smerteopplevelse, som kan medføre uheldige konsekvenser på kort og lang sikt. Anand (2019) skriver i en annen litteraturstudie at smerte er det mest felles og intense for barn som er innlagt på en nyfødt intensivavdeling og at til tross for vedvarende og pågående studier som definerer forlenget smerter hos premature barn, er kun 10 prosent av barna smertelindret ved vedvarende langvarige smerter som ved for eksempel Nekrotiserende enterokolitt<sup>22</sup> (NEC).

## 2.5 PREMATUR OG BEHANDLINGSBEGRENSNINGER - ETIKK OG PRIORITERINGER

Ekstremt premature barn, eller dysmature<sup>23</sup> barn er definert med en svangerskapslengde lavere enn 28 svangerskapsuker og/eller fødselsvekt under 1000 gram (g) (Reigstad & Markestad, 2001).

Stadig oppstår det diskusjoner rundt nedre grense for livreddende behandling av de minste premature. Til tross for store fremskritt de siste tiårene er det fremdeles dårlige prognoser for overlevelse, og risiko for alvorlige nevrologiske sekveler (Reigstad & Markestad, 2001, s. 711). Hvordan agentene velger å behandle det enkelte barnet kan ha store og livslange konsekvenser for barnet og deres pårørende, i tillegg på et samfunnsnivå. Det er kostbart å behandle barn født ved GA 22 -23, og er antagelig en av spesialisthelsetjenestens mest kostbare behandlinger<sup>24</sup>.

---

<sup>22</sup> NEC: En av de vanligste akutttilstandene blant tidlig fødte og umodne (dysmature) nyfødte. Forekomst utelukkende etter fødsel. Deler av tarmen har for dårlig blodtilførsel som medfører at tarmvevet dør og er lokalisert til entero (tynntarm) og kolon (tykktarmen).

<sup>23</sup> Lav vekt i forhold til svangerskapsalder

<sup>24</sup>Referanse: (Bratlid, Premature og behandlingsgrenser – etikk og prioritering, 2016).



## 2.6 INVASIVE PROSEDYRER

I dette delkapittelet henvises det til vedlegg 3 og 4, hvor det beskrives noen av prosedyrene som studien omtaler.

Invasive prosedyrer som denne studien omtaler betyr at noe føres inn i kroppen, som for eksempel en intravenøs kanye <sup>25</sup>.

## 3 TEORETISK TILGANG

Kapittelet starter med forklaring på metodikken gjennom en praxiologisk tilnærming i lys av Bourdieu. En kan da forklare hvorfor agenter i ulike sammenhenger gjør det de gjør og som forskningsspørsmålene i denne studien stiller til den aktuelle praksis. For å svare med de ulike begrepene og redskapene denne studien benytter seg av er jeg inspirert av Lisanne Wilken (2008) sin bok *Pierre Bourdieu*, og Rolf Horne sin doktorgrad (2016), som er en praxeologisk studie hvor praxeologi og dens teoretiske begreper kommer til uttrykk og i bruk.

### 3.1 HABITUSTRITRILOGI SOM BEGREP OG VERKTØY FOR ANALYSE

*«Hvis sosiologien har en rolle å spille, består den i større grad i å gi folk våpen enn i å belære dem» (Wilken, 2008, s. 93).*

Praxeologi, studiet av menneskelig handling som baseres på forestillingen om at mennesker driver med målrettet oppførsel og at adferd er habituell og bærer preg av blant annet oppvekst og oppvekstsvilkår (Wilken, 2008).

---

<sup>25</sup> Intravenøs kanyle er et hult plastrør som stikkes gjennom huden og inn i en overfladisk vene. Se utdypende informasjon i vedlegg 4.

Bourdieu forklarer «habitus» som en kroppslig intelligens, et minne eller i form av en lov som er inkorporert i kroppen til den enkelte. Hele individets erfaringer er summert i habitus og deres unike historie er implimentert i det individuelle individet (Wilken, 2008, s. 37).

Habitus hos de ekstremt premature barnas kan reflekteres senere i livet gjennom individets utfordringer som for eksempel kognitive– og psykososiale ferdigheter, redusert smertetoleranse, helsemessige utfordringer og adferdsmessige problemer. Samlet kan alt være et uttrykk for deres utfordrende og problematiske start på livet, deres unike historie og opplevelse. Av annet mente Bourdieu at selv om en har hadde hatt velordnede og uproblematiske historier og opplevelser, så kan de objektive strukturene avvike fra det som opprinnelig formet deres habitus (Wilken, 2008).

I arbeidet med å konstruere teori om sosial praksis relatert til smertebehandling av ekstremt premature legges Bourdieus praksisteori og habitustrilogi til grunn. De sentrale begrepene er posisjon, posisjoneringer og disposisjoner og relasjonen mellom dem. Sammen med en historisering og refleksivitet utgjør de den teoretiske rammen for studien. På den måten går teori og metodologi hånd i hånd innen praxeologisk forskning (Petersen & Callewaert, 2013) Posisjoneringer er meninger, holdninger, synspunkt og handling i ord og gjerning (måter å arbeide og samhandle på) forstått som representasjoner av det sosiale. I denne studien blir det undersøkt gjennom de skrevne ord i tidsskriftsartikler produsert av forskjellige posisjoner i rommet. Ved å rekonstruere posisjoneringene sin stillingstakning i rommet er det mulig å konstruere frem rommet sin stilltiende implisitte logikk, eller doxa som Bourdieu nytter som analytisk begrep for å avdekke hvilke muligheter de ulike posisjoneringene har for å utfolde seg i rommet. Det vil si hvilke muligheter og begrensninger, meninger og handlinger posisjonene kan, og setter i verk (Bourdieu, 2006).

Individer inntar posisjoner i rommet alt etter hvilke disposisjoner de bærer og i relasjon til andre posisjoner etter en hierarkisk fordeling, basert på fordelinga og volumet av kulturell, økonomisk og sosial kapital. Habitus er et analytisk begrep som rommer og fanger inn individer sin samlet historisk, kollektive og levde erfaringer, lagret som en kroppsliggjort form for kunnskap. Kunnskap som kommer frem og materialiserer seg gjennom posisjonene sine tilbøyeligheter eller sosial orientering i rommet som sosiale praksiser, meninger og holdninger (Bourdieu, 1984; 2007; Callewaert, 1992; Petersen og Callewaert, 2013).

### 3.1.1 KAPITALBEGREPET

For å konsumere frem aktørenes disposisjoner og dermed hvilke posisjoner de erobrer i det sosiale rom er begrepene kulturell, økonomisk og sosial kapital relevant. Kulturell kapital er for eksempel utdanning, kompetanse og verv. Økonomisk kapital er for eksempel lønn og formue, og sosial kapital er nettverk og kontakter (Wilken, 2008).

Sosial kapital refererer til den profitten man får gjennom de sosiale nettverkene man er del av, og de forbindelsene man har. I følge Bourdieu er dette relasjoner til institusjoner, det gjelder vennskap, interesseorganisasjoner mm, og slike nettverk vedlikeholdes og utvikles gjennom ulike strategier som ekteskap og utdanning. Med høyere kulturell -og økonomisk kapital, kan en profitte mer av den sosiale kapitalen en besitter (Wilken, 2008, s. 55-56).

### 3.1.2 DET SOSIALE ROM

Vi alle har en posisjon innenfor en sosial verden, denne sosiale verdenen omtalte Bourdieu som et sosialt rom. Den posisjonen vi har i det sosiale rom er preget av vår persepsjon innenfor den sosiale verdenen. En slik persepsjon er knyttet til habitusbegrepet (jf. delkapittel 3.1) som viser til de inkorporerte og dypt innlærte reglene for persepsjon og holdninger, som er knyttet til en bestemt posisjon innenfor det sosiale rom. Med det mener Bourdieu at om et individ har hatt en oppvekst i et hjem med høye kapitaler (jf. delkapittel 3.1.1), vil det i en typisk verden påvirke individets persepsjon på verden, og dens persepsjon vil være annerledes enn en som har vokst opp med mindre kapitaler (Prieur, 2005, s. 110). Det sosiale rom kan i følge Bourdieu omhandle agenter som agerer sammen i et arbeidsfellesskap eller i en familie. I denne studien omtales akuttbordet som det sosiale rom. Det kan sees som et felt av sosiale klasser, der de ulike aktørene kjemper om status og dermed makt og innflytelse (Wilken, 2008, s. 54-55).

### 3.1.3 DOXA, HETRODOXA OG ORTODOXA

Et hvilket som helst felt er definert ved at noen helt grunnleggende regler som spillerne i feltet må aksepteres. Disse reglene omtaler Bourdieu som feltets *doxa* (Wilken, 2008, s. 42). «Doxa er de udiskutable premisene som agentene handler i forholdt til, og som gjør

kampen i feltet meningsfullt. *Innenfor* feltet er doxa udiskutabelt, men *utenfor* feltet kan en diskutere og problematisere feltets premisser» (Wilken, 2008, s. 43). Feltets spilleregler, eller doxa, er kjent for agentene og er akseptert. Uenigheter i feltet er definert som kamparenaer, og til tross for feltets doxa oppstår det enigheter. Disse uenighetene er også omtalt som kamper, og gjerne kamper om å endre eller legitimere en ny struktur (Wilken, 2008, s. 43). Bourdieu tok utgangspunkt i Max Webers analyse av motsetningen mellom profeter og prester da han beskrev forklaringen på konflikten mellom dem som forsvarer det bestående, *ortodoxi*, og de som utfordrer det bestående, *heterodoxi* (Wilken, 2008, s. 43). Det betyr at dersom man utfordrer doxa i en strategisk kamp i feltet, kalles dette for heterodoxa. Konfliktstrukturen er i følge Bourdieu relevant for alle felt, og kampene innefor feltet fører ikke til en utligning av forskjeller, men han beskrev kamp som en tilstand. Den er konstant og kan komme til synlighet i ulike former, og i den forbindelse er det viktig å gjøre seg oppmerksom på at kamper kan også omhandle kapitaler og makt (Wilken, 2008, s. 43). Bourdieus felt – og kapitalbegreper fremstilles ofte som enkle relasjoner, som for eksempel kapital er penger innefor det økonomiske felt (Wilken, 2008, s. 43), og som kunnskap og kompetanse innefor prematur medisin og det nyfødtsmedisinske (pediatriske) feltet.

Fra vi er født til dagen vi dør vil tanker og handlinger oppstå, og alle som mennesker og enkeltindivider har sin egen historie, hvor arv og miljø gjenskapes og repeteres i sin struktur. Dette beskrives av Rolf Horne (2016, s. 49) om hvordan enkelte mønstre går igjen og systematisk ligner på hverandre, og at disse mønstrene viser sammenheng imellom posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer. Horne (2016, s. 49) forklarer dette med at bestemte posisjoner har samme struktur, med bestemte disposisjoner og igjen med bestemte posisjoneringer (Blindheim, 2019). For eksempel kan visse regler og normer endres i sin struktur, på samme måte som strukturene ved arv kan endres. Prematurmedisin er et relativt nytt fagområde og det er ikke mange tilsvarende områder som har hatt like stor utvikling de siste tiårene (NTNU, 2020; Bratlid & Nordermoen, Behandlingen av svært for tidlig fødte barn de siste 40 år, 2010). Ordet «*prematuro*» kan gi assosiasjoner til noe som er *lite*, *skjørt* og kanskje til og med *død*. Det har vært regler og normer om hvordan prematurbehandling skal foregå over flere tiår, men disse er hele tiden i endring da fagfeltet til stadighet er i utvikling (Bratlid, Premature og behandlingsgrenser – etikk og prioritering, 2016). La oss si at ordet «*prematuro*» iverksetter en skjedereaksjon med assosiasjoner til

ordet, som igjen er koblet til en «arv», og en slik arv står sterkt i sine røtter. Men det betyr ikke at tankesettet relatert til ordet «*prematuro*» ikke kan endres. Ettersom flere barn overlever å bli født prematurt, endrer strukturene seg og ordet «*prematuro*» gjenskapes og assosiasjoner som *død* forsvinner mer og mer og de nye assosiasjonene vil oppleves som naturlig og selvsagte.

#### 3.1.4 AUTOSOSIOANALYSE

I følge Bourdieu var det viktig å objektivere sin egen posisjon i feltet, og det som en forsker på er et produkt av forskeren selv og forskerens egen habitus. Bourdieu skriver også at det er viktig å objektivere det en forsker på, og selv de sosiale fenomenene skal studeres objektivt, som det er en ting. En er tilstede i den verdenen man forsker på, og derfor vil alle valgene en tar, avgrensningene en gjør og tolkningene være et resultat av forskerens egen habitus. Derfor skriver jeg frem min egen autososioanalyse, for å konstruere frem min egen habitus (jf. vedlegg 9). I praksis betyr dette at jeg skal stille meg selv de samme spørsmålene som jeg stiller til forskningsobjektet<sup>26</sup>, og slik skriver jeg frem de samme spørsmålene og objektiviserer min egen habitus (Petersen K. &, 2013). Slik blir min posisjon og tilsvarende posisjoneringer innenfor sykepleiefeltet, nyfødtdmedisin – feltet og sykepleierforskningsfeltet transparent og jeg som forsker er ikke nøytral.

Ved å skrive frem min autososioanalyse får jeg en klarhet i mine egne holdninger, og slik kan jeg bli bevisst på etablerte holdninger og egen oppfattelse av hvorfor akkurat jeg har en interesse for sykepleie- feltet, og hvorfor jeg oppfatter dette temaet som interessant og spennende. Slik Bourdieu beskriver habitus, ville det ikke vært en tilfeldighet at jeg er som jeg er med mine disposisjoner (Wilken, 2008, s. 35- 38), og nå tar mastergrad med hovedfokus i nyfødtdmedisin og smerte. Autososioanalyse handler om å bryte med de ulike doxaene som kommer fra erfaring, slik at det blir skapt klarhet i holdninger. Mine disposisjoner er preget av arvet kapital og min kulturelle kapital har jeg tilegnet meg gjennom miner erfaringer i utdanningsinstitusjoner frem til dags dato. Økonomisk og sosial kapital har jeg tilegnet meg gjennom å være arbeidsaktiv og utadventt fra en ung alder, og

---

<sup>26</sup> Jf. delkapittel 4.6.1 som skriver frem forskningsspørsmålene.

slik har det blitt til tross for en oppvekst med mange mangler. Jeg har selv erfart at det offentlige og det offentlige helsevesenet ikke alltid stiller opp for dem som trenger det, noe som har preget mine holdninger om at stat, helsevesen og det offentlige ikke alltid ser dem som trenger hjelp. Jeg har observert smerte på ulikt plan siden barndommen, og tematikken smerte vært noe jeg har hatt ekstra fokus på før sykepleien, som sykepleierstudent og sykepleier, og videre inn i min videreutdanning som intensivsykepleier.

### 3.2 FELTBEGREPET OG POSISJONER INNEN FELTET

I et felt er det flere sosiale rom. I denne studien handler det om et rom innen det medisinske felt, rommet der ekstremt premature nyfødte barn blir behandlet med fokus på smertebehandling med legemidler i forbindelse med smertefulle invasive prosedyrer. I dette sosiale rommet agerer og plasserer det seg flere posisjoner, først og fremst leger og sykepleiere (status og tittel) med ulik erfaring og rang, som gjør at de posisjonerer seg forskjellig alt etter hvilke disposisjoner de bærer med seg inn i rommet. I følge Bourdieu kan man forstå sosial posisjon som del av et felts struktur. Det vil si at man er del av og produkt av et felt på samme tid.

#### 3.2.1 FELTBEGREPET

Feltbegrepet beskriver sosiale arenaer som praksis utspiller seg innenfor. Det er et analytisk begrep som kan systematisere og organisere studiet av sosial praksis.

Felt kan defineres bred eller snevert, som for eksempel det medisinske feltet (som det brede) eller nyfødt intensivmedisin (som det snevre) (Wilken, 2008, s. 39). Analysen av de inkluderte tekstene (jf. vedlegg 8) brukes i denne studien som grunnlag for å konstruere teoretisk motstridende posisjoner i det aktuelle problemfeltet; behandling av ekstremt premature barn ved akuttbordet på nyfødt intensivavdelinger. De diskursive elementene i tekstene ses altså som uttrykk for, eller som representasjoner for sosiale handlinger og agentene sin habituelle orientering for det de gjør og ikke gjør innen det aktuelle arbeids- eller problemområdet. Posisjonene utgjør agentenes stillingstakning som kommer til uttrykk i måten de forholder seg til problematikken som undersøkes. Det vil si hvordan posisjonene gjør til kjenne deres interesser, meninger og verdier i det de skriver i artiklene som her

forstås som agentenes måte å forholde seg til problemområdet i praksis. Posisjonene eller feltet er med andre ord en teoretisk fremstilling som forklarer agentenes måte å forholde seg til kampene i problemområdet hvor det kjempes om å befeste (ortodoks stillingstakning) eller forandre (heterodoks stillingstakning) maktrelasjonene og dermed hvilke praksiser som dominerer situasjonen (Mathiesen, 2002).

En historisk analyse av problemfeltets utvikling er valgt for å få fram vilkår og sosiale betingelser som ser ut til å konstituere studien sitt problemområde. En feltanalytisk tenkning hvor man kombinerer historisering og registrantanalyse argumenteres her for å være hensiktsmessig for å komme bak ordene i tekstene for å få frem betydninger ordene representerer.

### 3.2.2 BEMANNING OG KOMPETANSE VED AVDELINGER FOR SYKE NYFØDTE

Samarbeidspraktikker mellom behandlingsnivåer i nyfødtemedisin (Helsedirektoratet, 2017, Kapittel 5) gir anbefalinger for bemanning og opplæring av ulikt helsepersonell med ulikt kompetansenivå. Det legges også anbefalinger for opplæring og hvordan denne opplæringen kan eller bør foregå. Samarbeidet skal gi god basis for gode kvalitetsstander i nyfødtemedisin, og det gis sterk anbefaling fra Helsedirektoratet (2017, Kapittel 5) at de ulike avdelingene i hver region bør samarbeide om retningslinjer og behandling, og regionavdelingen bør ha særskilt ansvar for å ha en oppdatert samling av slike retningslinjer<sup>27</sup>.

### 3.2.3 VIDEREUTDANNING FOR SYKEPLEIERE

*Videreutdanningen* i nyfødtsykeleie startet opp i 2005 i Lovisenberg, før den tid var den eneste videreutdanningen som spesielt handlet om barn, barnesykeleie. Barnesykeleie ble i 1978 etablert som en bedriftsintern videreutdanning ved regionsykehuset i Tromsø, nå

---

<sup>27</sup> Slike retningslinjer skal bidra til å styrke kvaliteten, harmonisere tilbudet i hele landet og hindre uønsket variasjon. Det overordnede målet for retningslinjen er «å sikre god og total omsorg for syke nyfødte og deres nære familie» (Helsedirektoratet, 2017).

kjent som Universitetssykehuset i Nord-Norge<sup>28</sup>. I 1998 ble det utarbeidet nasjonale rammeplaner for videreutdanning i anesthesi-, barne-, intensiv-, kreft- og operasjonssykepleie for å sikre et enhetlig faglig nivå, samt gjøre videreutdanningene likeverdige på et nasjonalt nivå (Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag, 2016). Det forklares at barnesykepleiere er kompetente til å jobbe på nyfødtavdelinger og nyfødtintensiv, men da praktikkene i nyfødtmedisin har endret seg og blitt mer spesialiserte, er det opprettet en egen videreutdanning for premature og nyfødte. Nyfødtssykepleie omhandler spesielt barn født fra uke 23 til 3 måneder, mens barnesykepleierne dekker aldersgruppen 0 til 18 (Hernæs, 2019).

#### 3.2.4 LEGER I SPESIALISERING

Allerede i 1918 ble det vedtatt å opprette tretten ulike spesialiteter for leger, og pediatri var en av disse. Dette kom av at flere leger benevnte seg selv som spesialister, selv om de ikke hadde fordypet seg i faget. Den norske lægeforening (etablert 1886) bidro til dette bruddet om endringen og spesialisering (Lunde & Holte, 2019). Et nyere brudd for spesialistene i pediatri var i mars 2019, da det ble innført ny modell for spesialutdanningen til barnelegene som medfører viktige endringer for den som er under utdanning og for de avdelingene som har utdanningskandidater. Helse - og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å endre på spesialistutdanningen og strukturen i utdanningen. I tillegg var det et ønske om effektivisering, hvor målet var at legene skulle bruke kortere tid for å oppnå spesialisering.

Legeforeningen har vært på banen hele tiden og vært pådriver for kvalitet i utdanningen, og at effektivisering ikke går på bekostning av kvalitet (Andreassen, 2018).

Spesialistutdanningen starter med LIS1<sup>29</sup>, men går direkte videre til LIS 3 ved spesialisering i pediatri og tar minimum fem år før spesialistgodkjenning. Læringsmål for spesialistutdanning har også gjennomgått endringer. Disse er både fagspesifikke og felles kompetansemål for alle spesialiteter. For å nevne noen felles inngår emner som etikk, kommunikasjon, brukermedvirkning, helsesystemkunnskap og samhandling. Disse skal gjennomføres

---

<sup>28</sup> Referanse: (Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag, 2016)

<sup>29</sup> LIS1 Lege i Spesialisering 1: Erstatte turnustjenesten.



gjennom hele spesialiseringen. Veiledning og supervisjon er en av de nye forskriftene og bærebjelkene for den nye spesialistutdanningen. Spesialiseringen for pediatri er endret noe i kursstrukturen for å få med de viktigste og mest sentrale fagområdene for spesialiseringen, og fler av kursene er ønskelig obligatorisk (Andreassen, 2018). Prematurmedisin er ikke omtalt som spesifikt, og smertelindring er ikke omtalt som feltspesifikk opplæring.

### 3.2.5 FORELDRENE SOM BEHANDLERE

Etterhvert som barnet blir større vil foreldrene automatisk og systematisk få mer tilgang og ansvar for eget barn. Foreldrene skal ikke bare ivaretas, men de skal også inkluderes i barnets behandling, altså være en del av behandlingsteamet (Kynø, Solevåg, & Mathisen, 2018).

Kari Gloppestad (2009) skriver i en artikkel fra Tidsskrift for Barnesykepleiere at det må i praksis tilrettelegges for tidlig binding mellom foreldre og det nyfødte barnet, og vurderingen om barnet er klart for å bli tatt ut av kuvøse skal gjøres av erfarent personale (Gloppestad, 2009). Det fremstår i artikkelen at tidlig hud til hud holdning har vært en del av arbeidspraktikken ved Nyfødtsseksjonen, Rikshospitalet, i over 20 år. Da det kan oppstå ulike komplikasjoner, som blant annet hjerneblødning, praktiseres det at de yngste premature respiratorbarna er stabile før man velger å ta dem ut av kuvøsen (Gloppestad, 2009, s. 16).

## 4 METODE

Beskrivelse av fremgangsmåte av studien og beskrivelse av teknikker for produksjon av data (kapittel 4.4) samt en beskrivelse av analysestrategi.

For å frambringe empiri i en praxeologisk tradisjon for å belyse praktikkene ved akuttbordet i behandlingen av premature barn, utføres en systematisk registrering av artikler som omhandler det aktuelle tema for studien. Registranten bygger på artikler og debattinnlegg fra fire relevante tidsskrift (Mathiesen 2002). Materialet er registrert kronologisk og i stikkord og korte oppsummeringer og systematiseres etter:

I Analyse del I (jf. kapittel 5) skrives autososioanalyse frem sammen med undersøkerens posisjoner og disposisjoner (kapitaler) samt posisjoneringer (jf. vedlegg 9).

I Analyse del II (jf. kapittel 6) omtales legenes og sykepleiernes posisjon og disposisjon i behandling av premature barn. Innunder samme kapittel (jf. delkapittel 6.1.1 og 6.1.2) omtales de dominerende posisjoners posisjonering og de dominertes posisjonering for å avdekke og fremstille maktstrukturen og hierarkiet innenfor de to ulike profesjonene som studien omtaler (registrantanalyse, jf. vedlegg 8) samt en oppsummering av profesjonenes doxa (jf. delkapittel 6.1.3).

Fremstiller kampområder som definerer fagområdets doxa (jf. delkapittel 6.2), prestisje og opparbeiding av kapital (jf. delkapittel 6.2.1) de ortodokse (jf. delkapittel 6.2.2) og heterodokse posisjoneringene (jf. delkapittel 6.2.3) og til slutt en oppsummering av doxa innen behandling av premature barn (jf. delkapittel 6.2.4). Avsluttende konklusjon av forklaringen på agentene sin posisjonering ved akuttbordet for å besvare studiens forskningsspørsmål (jf. delkapittel 6.3) med utgangspunkt i innhentet empiri som studien søker svar på gjennom analysekapittel del II ved å bruke opplysninger fra registrantanalyse (jf. vedlegg 8).

#### 4.1 REGISTRANTANALYSE

For å besvare forskningsspørsmålene i oppgaven bruker jeg en metode som kalles for registrantanalyse. Registrantens formål i arbeidet med å konstruere og avgrense feltene som undersøkes i denne studien. For å frembringe empiri har jeg foretatt en systematisk registrering av tidsskriftartikler (Mathiesen, 2002, s. 34). Registranten bygger på artikler og innlegg fra fire ulike tidsskifter (jf. delkapittel 1.5), i denne studien særlig fagtidsskrifter. Artikkelen registreres kronologisk og kategorisert systematisk etter årstall artikkelen ble publisert sammen med agentenes posisjon, disposisjoner og artikkelens kampsak/hovedfokus (Mathiesen, 2002, s. 34). Registrantens kronologiske karakter og evne til å tydeliggjøre posisjoner på en systematisk måte, kan illustrere de konstruerte posisjonenes ulike karakter og behandlingskanaler i de fremstilte fagfeltene samt synliggjøre fagtidsskriftenes kampsak (Mathiesen, 2002, s. 34). Ved en slik fremstilling kan registranten være et utgangspunkt for å forstå relasjonene mellom posisjonene i feltet samt et kronologisk innblikk i feltets utvikling år for år. Lengre ut i prosessen hvor ønsket materiale

er hentet ut fra artiklene i fagtidsskrift, gir registranten et innblikk i de dominerende og de dominerte posisjoners posisjoneringer, når det var skrevet noe av betydning i de ulike feltene samt hvilke tema og kampsaker som betraktes som avgjørende. Registranten fanger opp aktørenes ulike posisjoneringer i empirien som registres, en av de avgjørende styrkene ved å bruke denne metoden. Det er ikke den enkelte aktørs subjektive holdning som er viktig for registranten å fange opp, men tvert imot (i samsvar med habitusbegrepet som er skrevet frem i delkapittel 2.1) et uttrykk for den praktiske handlingsrasjonaliteten til de ulike representantene, som igjen synliggjør interessene for det de gjør (Mathiesen, 2002, s. 34).

I denne studien er forskningsdesignet registrantanalyse, hvor jeg har gjennomgått og analysert tekster ved å bruke Bourdieu sin tenkning om habitus, felt, kapital. Habitus, felt og kapital er ikke direkte synlig, men må konstrueres gjennom registranten (Kropp, 2009, s-181-182). Da Bourdieu sin tenkning også omhandler doxa, hetrodoxa og ortodoxa, har dette også vært viktig å få frem i registranten. Reistrantanalyse er ikke en metodisk oppskrift som må følges etter orden, men kan benyttes som et verktøy for å forstå og forklare et felt (og det sosiale rom som er akuttbordet i denne studien) og praktikker som oppstår der.

## 4.2 TIDLIGERE STUDIER

Praxeologi var et fremmed tema for meg før jeg begynte å skrive masteroppgave, og for å skaffe meg innsikt i denne metoden samt få inspirasjon og forståelse for teorien om praktikker, var det naturlig for meg å gå til litteraturen som er skrevet. En studie som har inspirert meg i arbeidet er doktoravhandlingen til Rolf Horne (2016) *Like barn leikar best- Ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengande barn og unge*. Avhandlingen har en praxeologisk tilgang med fokus på habilitering av barn og unge, og avdekker sosial ulikhet for hvordan foreldre får hjelp med sine hjelpeavhengige barn.

Videre har Mari Gaupås Blindheim (2019) sin masteroppgave og hennes utforming av registrantanalyse og autososioanalyse vært til inspirasjon. Jeg har også gjennom praksis og studien vært inspirert av Bente Vederhus (2015) sitt arbeid med premature barn og hennes fokus på smertelindringspraktikker selv om Vederhus sin forskning utgår fra en medisinsk tradisjon.

### 4.3 ETISKE REFLEKSJONER

En kan si at etikken har med verdier å gjøre og i dette tilfellet dreier det seg om hva som angår andres vel og ve, om godt og ondt, og spørsmål som angår eksistens og det gode liv (Brinchmann, 2014, s. 44). Eksempler på faglige verdier kan være nysgjerrighet, søk etter kunnskap, kritiske og analytiske evner, søk etter en sannhet og åpenhet. Faglige dilemmaer omhandler ofte saker som går inn på hva som gir best og riktigst resultat i møte med et faglig problem. Bourdieu viser i sine teorier at de fleste mennesker inngår i sosiale situasjoner og at sosiale rom har en hierarkisk struktur basert på agentene sin sosiale, kulturelle og økonomiske kapital, eller habitus. Ved å utføre denne type studie avdekker man symbolske sider av praksis med mulighet for å avdekke forhold som ikke er synlige eller bevisste for den enkelte, men som har stor betydning for å forstå og forklare de sosiale praksiser som settes i verk i behandlingen av premature. Det kan være hva leger og sykepleierne gjør, og det kan være praksiser som kan kategoriseres som samarbeid og samspill mellom flere ulike profesjoner som forsøker å gi best mulig behandling til det premature barnet. Det faglige dilemmaet kan for eksempel være at man kan unngå korte- og langsiktige komplikasjoner hos barnet, samtidig som en skal smertelindre barnet for å unngå unødvendig smerte og negativ stimuli. Slike faglige spørsmål dreier seg om faktakunnskaper og teoretiske overveielser (Brinchmann, 2014, s. 45). Når en beveger seg bort fra teori og inn i møtet med det premature barnet, individet, beveger man seg bort fra den konkrete og upersonlige faglige retningen slik at man får flere etiske overveielser i tillegg til den faglige (Brinchmann, 2014, s. 45).

Det er viktig å ta hensyn til etikken i forskning og å beskytte de menneskene som er inkludert i empirien, dette spesielt da sykepleie forskning ofte omhandler studiet av mennesket i ulike sammenheng. Ingen i denne studien har villig latt seg bli analysert, men da innhentet empiri er tilgjengelig for alle og publisert kan jeg benytte meg av tekstene uten å søke tillatelse fra forfatter/opphavsperson (Polit & Beck, 2017, s. 138-139).

#### 4.4 PRODUKSJON AV DATA OM FELT, SOSIALT ROM OG PROBLEMOMRÅDET

Det blir som sagt benyttet artikler fra fire tidsskrifter, *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, *PAIDOS – Særtidsskriftet til Norsk Barnelegeforening*, *Tidsskrift for barnesykepleiere* og *Tidsskriftet Sykepleien Forskning*. Jeg har brukt faglitteratur fra blant annet prematurforeningen.no, nhi.no, helsedirektoratet.no, Norsk nyfødtmedisinsk kvalitetsregister, Norsk barnesmerteforbundet og Up2Date.no for å skrive frem tematikken som studien omhandler.

Jeg har gått til litteraturen og historiseringen av fagfeltet for å finne hvordan behandlingen av premature barn har utviklet seg innenfor det medisinske fagfeltet og utviklingen av profesjonene sådan. Historiseringen ble inspirert av Aina Schiøtz (2003), medisinmedisinhistorikker som gir innblikk i fagfeltets skiftende tradisjoner. Det har vært et stort bidrag å benytte meg av arbeidet som D. Bratlid & A. Nordermoen (2010) jobbet frem i sitt arbeid med å fremstille utviklingstrekk i behandlingen av premature barn i Norge i perioden 1970 til 2007.

#### 4.5 PRODUKSJON AV DATA OM POSISJONER OG POSISJONERINGER I BEHANDLINGEN AV PREMATURE BARN.

For å skrive frem registranten måtte jeg til fagtidsskrifter som er relevant for prematur behandling (jf. delkapittel 4.4). For å få samlet tilstrekkelig empiri for registranten, utvidet jeg søkene og brukte flere tidsskrifter. Da tema «smertelindring av premature» viste seg til å være spesielt utfordrende å søke artikler, måtte jeg til flere tidsskrifter for å finne nærliggende og relevante temaer. Grunnet utfordringene som forskningsspørsmålet medfulgte ved søk i de ulike tidsskriftene, måtte jeg utvide søkeordene mine samt godta ulike tema for artiklene (jf. vedlegg 7). Disse søkene gjorde meg oppmerksom på at flere nærliggende søkeord for å komme inn på studiens tema og/eller nærliggende tema.

## 4.6 ANALYSESTRATEGI

Ved å benytte meg av Bourdieu sin teori om vitenskap samt hans begreper om habitus, kapital felt og doxa, har jeg fundert over mine forskningsspørsmål og videre analysestrategi for å søke svar på disse spørsmålene. For å forstå agentene sine ulike posisjoner og videre posisjoneringer inn i det medisinske feltet, har jeg benyttet meg av de ulike teoriene for å konstruere frem de ulike posisjonene sin habitus slik at en kan lettere forstå og forklare posisjoneringene til de ulike agentene (jf. vedlegg 8).

For å forstå bestemte sosiale fenomener, må man også rekonstruere disse og på den måte rekonstruere historien, hvordan bestemte fenomener har oppstått og forandret seg over tid (Kropp, 2009). Denne metoden er anvendelig og effektiv om en ønsker å studere små og store forandringer ved å systematisk stille de samme spørsmålene<sup>30</sup> til de forskjellige tekstene.

Ved å se studien i en praxeologisk optikk kan en beskrive og forklare mer spesifikt hva som skjer ved akuttbordet hvor disse barna gjennomgår flere invasive prosedyrer. Det vil si, jeg undersøker hvem som uttrykker seg<sup>31</sup> og i hvilken samfunnskontekst utsagnene kommer til uttrykk. Praktikker innenfor nyfødtdisin viser seg i tidsskrifter, medlemsblad og debattinnlegg innenfor det medisinske feltet.

### 4.6.1 FORSKNINGSSPØRSMÅL

Studien søker svar på hvordan sykepleiere og leger posisjonerer seg ved behandlingen av premature barn ved akuttbordet og gjennomføring av smertefulle invasive prosedyrer. Jeg har gjort et forsøk på å forklare hvordan de ulike posisjonene posisjonerer seg i forhold til ekstremt premature og smertefulle invasive prosedyrer, og hva det er som er årsaken til at en posisjonerer akkurat slik som en gjør. Spørsmålene som jeg har stilt til registranten ligger ved i vedlegg 8 da oppgavens størrelse begrenser meg.

### 4.6.2 OBJEKTIVISME OG SUBJEKTIVISME

---

<sup>30</sup> Eksempelvis: Hvem er agentene, hva forstås som problemet og/eller kampsak?

<sup>31</sup> Posisjon, disposisjon og posisjonering

Gjennom Bourdieus arbeid ønsket han å formidle hvordan sosial ulikhet produseres, og hvordan denne ulikheten i ulik grad velikeholdes, reproduseres og aksepteres innenfor det sosiale rom:

*«De som snakker om like muligheter, glemmer at sosiale spill (...) ikke er rettferdige spill»*  
(Wilken, 2008, s. 67).

Bourdieu tenkning bygger en bro mellom subjektivistiske og objektivistiske metoder for å skape en relasjon til den andre, selv om det objektivistiske *«forklarer agentenes liv uavhengig av hvordan de selv forstår det»*, mens den subjektivistiske *«er konsentrert om agentenes egne forståelser av sine liv»*. For å forstå menneskers handlinger, må en la dem supplere hverandre (Wilken, 2008, s. 82-83).

Blant Bourdieus ambisjoner var det å skape en forskningsposisjon som tar opp hans definisjon av objektivisme og subjektivisme. Objektivismens antagelse tar utgangspunkt i at det finnes en objektiv virkelighet, som eksisterer utenom den enkeltes bevissthet, som rommer den fysiske verdenen (som eksempel skyer, gress, hav og dyr) og den sosiale verden (med for eksempel økonomiske forskjeller, utdanningsforskjeller og arbeidsledighet) (Wilken, 2008, s. 82- 83). Objektivisme er da å forstå det som skaper grunnlaget for agentenes liv uavhengig av deres egen forståelse av det. Objektivisme og subjektivisme er representanter av to fundamentale måter å forstå sosialt liv på. I følge Bourdieu skapes vitenskapelig forståelse i relasjonene mellom de subjektive og de objektive produksjonsbetingelsene for agentenes liv, og i relasjonene mellom forskningen og det utforskende.

Det subjektive forklarer Bourdieu som agentenes egne forståelser av sine liv. For å forstå hvorfor mennesker handler som de gjør, må en la objektivismen og subjektivismen supplere en annen (Wilken, 2008, s. 82.83).

For å få en forståelse for agentenes sosiale liv, må man som forsker sette seg inn i og interessere seg for agentenes objektive betingelser for sosialt liv. Hvis en skal rette dette mot feltet som studien omtaler, må en som forsker stille spørsmål til agentene om hvorfor de posisjonerer som de gjør ved invasive prosedyrer hos ekstremt premature barn, og

hvorfor de posisjonerer seg akkurat slik. I følge Bourdieu kan en ikke alene komme med påstander om sammenhenger mellom de objektive betingelsene for agentenes sosiale verden og bruke disse som forklaring på hvorfor agenter gjør som de gjør. Hvis en posisjonerer seg slik, vil en forveksle teoretisk med praktisk logikk (Wilken, 2008, s. 82-83). Det som er viktig å reflektere over, er at når agentene kommer med forklaringer på sine handlinger og holdninger, er disse en slags teori, som de etterrasjonaliserer og legitimerer. Agentene reflekterer slik deres egen forståelse som er filtrert gjennom egen habitus. Et ord som Bourdieu brukte for å forklare hvorfor agenter gjør som de gjør, uten at de selv er klar over det, er den *praktiske sans* (Wilken, 2008, s. 83-84). Denne praktiske sansen driver handlinger som kommer til uttrykk når en er sosial, på for eksempel måten en håndterer stress og hvordan en hygger seg (Wilken, 2008, s. 84). Praktisk sans kan også reateres til de miskjente maktrelasjonene i det sosiale rom, som igjen er basert på symbolsk vold (jf. delkapittel 4.6.2).

#### 4.6.3 SYMBOLSK MAKT

Et sentralt tema i Bourdieu sin sosiologi handler om makt og maktforhold (Wilken, 2008, s. 67). Ikke bare i klinisk praksis, men ved å ta frem denne problemstillingen som studien omtaler er makt og symbolsk vold relevant og er knyttet til doxa og dominansforhold innen ett felt. Det er doxa som får folk til å akseptere den sosiale orden, uten at de føler seg undertrykte, eller at det finnes andre alternativer (Wilken, 2008, s. 69). Bourdieu definerer symbolsk vold som makten til å få en bestemt virkelighetsforståelse til å fremstå som objektiv og sann, uten at det er klart for de involverte at det er snakk om en vilkårlig virkelighetsforståelse, samtidig som det heller ikke er klart at alternative virkelighetsforståelser utelukkes (Wilken, 2008, s. 68).

Maktbegrepet og symbolsk vold er relevante begreper for denne studien for å forklare de naturlige maktstrukturene som finner sted på en nyfødt intensivavdeling. Slik kan forstå foreldrene som har sitt nye fortidlig fødte barn på en nyfødt intensivavdeling. Foreldrene står ovenfor en institusjon som legitimerer makten til legene og sykepleierne som behandler barnet, og dermed bidrar de underliggende strukturene i det sosiale rom til å få en historisk vilkårlig orden til å fremstå som uimotståelig og naturlig (Wilken, 2008, s. 67- 68). Det syke



premture barnet og barnets foreldre blir underlagt en myk form for vold og en usynlig makt<sup>32</sup>.

Makten er symbolsk fordi den fremstår gjennom mekanismer som ikke er bevisste. Mekanismene er selvsagte, noe de har blitt over tid og med bakgrunn i bestemte vilkår, altså er det vilkårlig og ikke naturgitt. At mekanismene ikke er bevisste er også grunnen til at denne forma for makt virker (Wilken, 2008, s. 68-70). For eksempel er vi innforstått med at legen har myndighet til å avgjøre hva medisinsk behandling som skal iverksettes. Symbolet på det er hans autorisasjon. Penger er et annet symbol på makt og korrupsjon viser for eksempel hvor sterk makt penger kan ha.

## 5 ANALYSE - DEL I

Denne delen av analysen er å skrive frem min posisjon, disposisjon og posisjoneringer<sup>33</sup>. Årsaken for å gjøre dette er for å bevisstgjøre meg selv og bryte med prekonstruksjonene for problemområdet.

### 5.1 AUTOSOSIOANALYSE

Auto- sosioanalyse er en måte å kunne fremstille objektivt hvordan forskeren posisjonerer seg i forhold til det som undersøkes i det sosiale rom. Forskeren sine posisjoneringer og disposisjoner er viktige for forskningsprosessen<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> Makten er symbolsk fordi den fremstår gjennom mekanismer som ikke er bevisste. Mekanismene er selvsagte, noe de har blitt over tid og med bakgrunn i bestemte vilkår, altså er det vilkårlig og ikke naturgitt. At mekanismene ikke er bevisste er også grunnen til at denne forma for makt virker (Wilken, 2008, s. 68-70). For eksempel er vi innforstått med at legen har myndighet til å avgjøre hva medisinsk behandling som skal iverksettes. Symbolet på det er hans autorisasjon. Penger er et annet symbol på makt og korrupsjon viser for eksempel hvor sterk makt penger kan ha.

<sup>33</sup> Jf. delkapittel 4.1 og vedlegg 9.

<sup>34</sup> I dette tilfellet gjelder det på ulike nivåer; samfunnssammenheng (som eksempel hvilken posisjon sykepleier har og har hatt i det medisinske feltet), i forhold til det som skrives frem og forskes på i avhandlingen samt i det praxeologiske feltet som er den tradisjonen som det arbeides i.

Bordieus ideal for sosiologien var at det skulle foregå en sosioanalyse, som fungerer som en psykoanalyse, men på et samfunnsmessig plan, for å avdekke den samfunnsmessige påvirkningen av individene (Prieur, 2005, s. 110). Slik skulle individet bli bevisstgjort og avdekke det som er sosialt fortrent. Gjennom en slik bevisstgjørelse, skal også individet ha muligheter for frigjørelse og forandring, både på et individuelt- og samfunnsmessig nivå (Prieur, 2005, s. 110).

Vi kommer ikke foruten at agenter i det sosiale rom posisjonerer seg ulikt og relaterer seg til andre agenter i rommet på forskjellige måter alt etter deres bakgrunn og disposisjoner. Det er sosiale praksiser som er representasjoner av posisjoneringer. Posisjonene i rommet er det som setter i verk det som er saken i denne masteroppgaven. Agentenes posisjonering er summen av deres egen habitus, som har ført dem til den aktuelle posisjonen og måten de velger å posisjonere seg i det sosiale rom (Horne, 2016).

Analysen har tre ulike perspektiver; forskerposisjonen med de ulike mulighetene det gir samt de erkjente sosiale føringene for å være i det sosiale rom, det objektive erfaringsgrunlaget som forskeren har med seg inn i det sosiale rom, som også kan ha innvirket til forskerens akademiske valg av empiri og historiseringen av det medisinske feltet<sup>35</sup>. Det er viktig å huske på at ikke alle de sosiale vilkårene helt bevisste, de fleste er faktisk ikke det for agentene eller for forskeren. Derfor er det forskerens oppgave å analysere dem frem ved hjelp av teoretisk verktøy og refleksivitet med hensikt å konstruere teori om et avgrenset område av behandlingen av premature barn. Auto- sosioanalyse bidrar til å gjøre forskerens posisjon transparent og dermed gjøre premissene or det aktuelle empirisk- teoretiske arbeidet og forskerens posisjonering synlig for leserne.

---

<sup>35</sup> Det vil si å avdekke endringer innenfor det medisinske feltet, hvordan de ulike posisjonene innenfor nyfødttmedisin posisjonerer seg over tid og hvordan dette bidrar til å strukturere det aktuelle i det sosiale rom.

### 5.1.1 UNDERSØKERENS POSISJON OG DISPOSISJONER

En fullstendig auto- sosioanalyse er vanskelig å fremstille, derfor har jeg skrevet den frem i vedlegg 9<sup>36</sup>. Jeg har gjennom sykepleiestudiet og etter ferdig utdannet sykepleier jobbet på sykehus i kommunen jeg bor i. Som barn var jeg fascinert av naturvitenskap og menneskets biologi, hvordan vi ble til og hadde mange spørsmål om eksistens. Min habitus kan om en vil si er preget av en empati for alt levende (jf. vedlegg 9). En slik empati har fulgt meg hele livet og inn i min profesjonelle hverdag. Jeg underes og fascineres av menneskets subjektive opplevelse og som eksempel uttrykk for smerter samt ulike smertelindringsmetoder. Dette kan forklares av en tidlig eksponering for det medisinske feltet gjennom bøker og en stor interesse for den menneskelige biologien, ikke minst psykiatrien.

Etikk og faglig forsvarlig praksis er viktig grunnholdning for meg som sykepleier og jeg berøres av en undring av hvordan praktisk utførelse av smertelindring til premature ved invasive prosedyrer kommer til uttrykk hos de ulike aktørene. Med videreutdanning er min posisjon i det medisinske feltet klarere, jeg har en tittel og jobber bestemt for en spesifikk pasientgruppe.

## 6 ANALYSE DEL II

Analysens andre del handler om sykepleierne og legenes posisjon, disposisjon og posisjoneringer i det sosiale rom for behandling av premature barn samt analysere frem hva det kjempes om i dette sosiale rommet for å konstruere rommets doxa. Ved å forklare de dominerende og de dominerte kan en fremkonstruere avdelingens doxa ved hjelp av forskningsspørsmålene<sup>37</sup> som ble stilt i registrantanalysen (jf. delkapittel 4.6.1) og Bourdieu sine teorier om habitus, felt, kapital og doxa (jf. kapittel 3).

---

<sup>36</sup> Som nevnt tidlig i oppgaven, (jf. kapittel 1), har jeg jobbet som sykepleier i ca. fire år, nylig ferdig med videreutdanning i intensivsykepleie og jeg tar nå master i klinisk sykepleie, intensivsykepleie.

<sup>37</sup> For å besvare forskningsspørsmålene har jeg gjort en registrantanalyse tidsskriftet *Sykepleien*, *Tidsskriftet den Norske legeforening*, *tidsskriftet PAIDOS*, *Barnesykepleierforbundet – Norsk sykepleierforbund- Tidsskrift for barnesykepleiere*.

## 6.1 UTVIKLINGEN AV FAGPERSONELLET SOM BETJENER DETTE FAGET

Hva er det som gjør at leger og sykepleiere posisjonerer seg som de gjør i behandlingen av prosedyrerelaterte smerter hos premature barn, og hvordan påvirker dette det tverrfaglige samarbeidet om å smertelindre og behandle det ekstremt premature akutt kritisk syke barnet?

Slik det er å forstå er ikke pediatri et fagfelt som passer de fleste, dette spesielle fagfeltet er for de som er mest og best interessert. For å snakke opp og frem pediatrien tar leger og sykepleier vare på hele barnet og alle dens utfordringer og sykdomsaspekter (Størdal, 2018).

Legene møter med legitim rett til å skaffe seg relevant kunnskap, og i utdanningen kommer gradvis ansvaret for barna med de ulike og etterhvert mer komplekse tilstander. De mest sårbare og sykeste barna ble overlatt til de mest erfarne legene (Størdal, 2018). Faget trenger spesialkompetanse fordi faget er svært, og ansvaret for fagutvikling og behandling av de mest utfordrende tilfellene faller på de enkelte som oppsøker dette feltet og de situasjonene som jeg skriver frem i studien.

Fødsler før GA 26 - 28 betjenes i hovedsak til regionalt nivå da barnet trenger mer spesialisert og kompleks behandling da barnet ofte trenger mer understøtting av respirasjon. Man har i økende grad klart å understøtte barnets respirasjon uten hjelp av respirator ved bruk av CPAP<sup>38</sup>, men en større andel av de ekstremt premature barna trenger ventilasjonsstøtte i større grad over lengre tid (Størdal, 2018).

Respiratorbruk av ekstremt premature er i hovedsak praktisert ved regionavdelinger, og antallet vil variere fra landsdel til landsdel, alt ettersom folketallet har sine variasjoner<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup> CPAP – Continuous positive airway pressure, hvor man blåser konstant luftstrøm inn i barnets nese tilstrekkelig til å unngå at lungene faller sammen.

<sup>39</sup> I årene 2009 til 2014 var bruken av respirator hos ekstremt premature variert fra 607 per 1000 fødte i Helse Nord, til 524 per 1000 i Helse Vest (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Tromsø og Norsk Nyfødtsmedisinsk Kvalitetsregister, 2016).

Data er innhentet fra Norsk Nyfødttmedisinsk Kvalitetsregister som viser at raten er omlag 20 % høyere for Helse Nord enn for Helse Vest. I praksis betyr dette at det vil variere hvor mye LIS 3 legene får praktisert og det vil være forskjeller fra regionsykehus til regionsykehus. Også vil antall premature med lav GA og behandlingsdøgn vi variere (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Tromsø og Norsk Nyfødttmedisinsk Kvalitetsregister, 2016).

## 6.2 LEGENES OG SYKEPLEIERENS POSISJON OG DISPOSISJON I BEHANDLINGEN AV PREMATURE BARN

Empirien viser at sykepleierens og legenes kampsaker er ulike med tanke på hva de ulike profesjonene skriver frem i sin forskning og hva de har og ønsker mer fokus på. Smertefokus og smertebehandling er et viktig og et sårbart tema for sykepleiere som jobber med denne spesielle pasientgruppen, og det kommer tydelig frem i studier som er utført ved ulike intensivavdelinger i løpet av de siste 20 årene (Winger, 2007; Landsem, 2007).

Det er tydelig at etikk og behandlingsbegrensinger er et viktig tema for begge profesjonene, men det kan tolkes slik at måten de ulike profesjonene fortolker og praktiserer etikken, er noe ulikt. Profesjonene jobber på ulik måte med ulike ansvar- og arbeidsområder, og hvor vidt hver enkelt aktør praktiserer ulikt på bakgrunn av ulik habitus, det er viktig å få frem da dette i praksis kan bety at det forekommer individuelle forskjeller basert på den enkelte behandler oppfatning av sin egen profesjon og den enkelte situasjon ved akuttbordet. Da denne studien omtaler og har som hovedfokus smertebehandling til ekstremt premature barn ved akuttbordet ved utførelse av invasive prosedyrer, er det også relevant å ta for seg hvordan habitus har innvirkning på praksis ved akuttbordet.

For å belyse sykepleiers disposisjoner og derfor posisjon inn i det medisinske feltet, med dens spesialiserte inngang til den akutt syke nyfødte og/ eller de premature, vil jeg vise til vedlegg 8 og vedlegg 10. Gjennom empirien i sykepleie tidsskifter, forskning og fagspesifikke artikler, er sykepleier disponert til å vise omsorg og empati i ulik grad. Forskning belyser

enkelte forskjeller blant sykepleiere, med fokus på kompetanse og kunnskap omkring premature og smerter (Landsem, 2007).

#### 6.2.1 LEGENES DISPOSISJONER FOR POSISJONERINGER I FELTET

Universitetsutdannede leger fikk en klassisk formalitet i løpet av 1800- tallet i Norge. Posisjon i helsefeltet tilhørte prestene på det kirkelige og juristene på det administrative (Haave, 2014, s. 277). Feltet «helse» tilhørte det juridiske feltet og legene hadde praksisrett. På 1900- tallet skjedde det store endringer for legenes profesjon da det medisinske kunnskap ble en viktig forutsetning for å endre og løse nye samfunnsutfordringer. Medisinsk praksis ble forbeholdt universitetsutdannede leger, som økte legeantallet. Legene erobret helsefeltets juridiske fakultetsregime og for alvor tok seg inn i sykehusene. Til tross for flere faggrupper innefor sykehuset, var legene den sentrale yrkesgruppen og medisin var det sentrale faget (Haave, 2014, s. 277).

Leger innenfor nyfødtfeltet besitter høy sosial samt kulturell kapital, som beskrives som en kulturspesifikk kompetanse, som er en ressurs innenfor nyfødt intensiv medisin. De har for eksempel egne forskningsgrupper, egne diagnosekoder, interessegrupper bred nasjonal og internasjonal kontaktflate (Helsebiblioteket, 2019; NTNU, 2020).

Aina Shcøits (2003) har skrevet boken «*Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003. Bind 2. Folkets helse, landets styrke, 1850-2003*» hvor det forklares hvordan profesjonene innenfor helsevesenet er avhengig av hverandre, men at legene har alltid hatt den øverste hierarkiske posisjonen (Schiøtz, 2003, s. 126). Legene kjempet om sin posisjon ovenfor embetsmennene som i hovedsak bestod av teologer og jurister, og kampen gikk sin vei mot staten og det juridiske system (Schiøtz, 2003, s. 126). I 1912 kom loven om de offentlige legeforeninger som ga legeyrket et løft både i status og posisjon samt mulighetene for å fremme yrket og øke deres yringsfrihet. Legene sin utdanning har alltid hatt høye krav, og de kom ofte fra høyere samfunnsklasser, som embetsstaden (Schiøtz, 2003, s. 152-154).

Axel Theodor Johannessen (1849-1926) var en av Norges første barneleger i moderne tid, og var den første som introduserte pediatrien som en egen spesialitet ved universitetet. I 1893

var han overlege ved Rikshospitalets nyeopprettede barneavdeling og ble i 1912 (frem til 1921) utnevnt som professor i barnesykdommer ved universitetet i Kristiania.

De første årene etter at de første barneavdelingene ble opprettet, ble spesialistene innenfor pediatri utdannet i utlandet, blant annet i USA (Holck, 2009). I 1919 ble Norsk Pediatrisk Selskap (NPS) stiftet, som i dag heter Norsk Barnelegeforening (navn endret i 1982), men først i 1928 ble NPS formelt en spesialforening under Lægeforeningen (Holt, 2007, s. 1). NPS (NBF) hadde et ønske om flere barneavdelinger, men for å oppnå det, måtte det utdannes flere spesialister. I 1979 utarbeidet NPS (NBF) en generalplan for pediatri i Norge som fikk en stor betydning for fagets utfvikling. Planen beskrev forholdene på den tiden som var blant annet barnelegenes ansvarsområder, ressursbehov (senger og legestillinger) og spesialutdanningens kvalitative innhold og målsetning (Holt, 2007).

I 1997 nedsatte NBF et utvalg som fremla en ny Generalplan for pediatri i Norge, som anga seks hovedsatsningsområder frem mot 2010, og en av disse satsningsområdene var å øke antall legestillinger i norsk pediatri fra 410 til 600. Fra 2002 til 2007 var det utdannet i gjennomsnitt 23.2 barneleger i Norge, men samtidig er det godkjent syv spesialister (konverteringer) fra andre land. I 2007 var det 491 yrkesaktive barneleger i Norge, men i følge NBF arbeider så mye som ca. 90% av disse med andre områder enn barnesykdommer (Holt, 2007).

Legeyrket må kunne sies å ha vært mannsdominert. Den første kvinnlige barnelegen Kristen Undheim Toverud<sup>40</sup>, født 1890, hadde studier som omhandlet særlig riktig ernæring til spedbarn for normal utvikling, og hennes arbeid fikk mye oppmerksomhet internasjonalt (Walløe, 2019). Blant annet viste hennes arbeid hvor viktig kosthold hos gravide og det nyfødte barnet for barnets motsstandskraft mot sykdommer og generell else senere senere i barneårene. Dr. Toverud opprettet også «Det Norske hjem for sukkersyke barn» i 1935 hvor hun hadde det medisinske ansvret. Før dette, da hun ventet sitt andre barn, mistet hun jobben sin med begrunnelse graviditet. Senere søkte hun på Professort, og var en av tre søkere. Hun fikk ikke stillingen til tross for at hun hadde betydelig mer kulturell og sosial

---

<sup>40</sup> Kort biograf av K.U Toverud: Tok medisinsk embets - eksamen i 1916 og begynte på spesialist utdanning som barnelege på Ullevål sykehus og Rikshospitalet. I 1919 dro hun til USA og praktiserte underordnet barnelege ved flere ulike Universitetsklinikker i ulike storbyer (Walløe, 2019, s. 100-2).

kapital samt betydelig flere publikasjoner og praktisk erfaring (Walløe, 2019, s. 100-2). Kvinnelige og mannlige dominansforhold er interessante spørsmål, men som jeg ikke går videre på i denne studien.

#### 6.2.2 SYKEPLEIERNES DISPOSISJONER FOR POSISJONERING I FELTET

Kjønnsdimensjonene i sykepleiefaget har vært en tydelig understrøm gjennom alle tider, litt mindre i våre dager enn i begynnelsen av 1900-tallet (Moseng, 2014, s. 598). Sykepleie som et eget fagområde med grunnlag i en formalisering innenfor opplæring og utdanning, kan føres tilbake til Florence Nightingale, som på 1800 – tallet skisserte flere prinsipper for utførelsen av sykepleie og utvikling av utdanningen. På den tiden var sykepleie under religiøse systemer og sykepleierfagets oppstart i Norge kan dateres tilbake til første sykepleierutdanning i 1868 ved Diakonissehuset i Oslo. Sykepleie har i flere sammenhenger vært omtalt som et kall, som et religiøst ulønnet arbeid som skulle være samstemt med datidens kvinnesyn. Sykepleiere var prestens medhjelper og hun skulle opptre som en kristelig med handlinger ut ifra nestekjærlighet (Blindheim, 2019). Diakonissen Rikke Nissen (1834-1892), var Norges første lærer og forfatter i sykepleiefaget og var en viktig aktør i å hevde kvinners rett til utdanning og eget fagfelt (Moseng, 2014). Stort sett varte utdanningen ett til to år og elevene var lenge en billig arbeidskraft for sykehusene (NSF, u.å.).

*Norsk Sykepleierforbund* ble stiftet i 1912, stiftet av Bergljot Larsson sammen med 44 medsøstre, og kampen om å få løftet fram sykepleiefaget som profesjon var i gang. Lønn og arbeidsvilkår var også en viktig kampsak, men forbundets kampsak i første omgang var «*først dyktighet – så rettigheter*», derfor var en treårig sykepleierutdanning og statlig autorisasjon en merkesak for NSF (NSF, u.å.).

Det medisinske feltet kan forstås slik at agentene, som blant annet leger og sykepleiere, har forsøkt å erobre og vinne sine posisjoner innenfor fagfeltet, og det siste århundret er det mulig mer tydelig at sykepleierne står frem for å erobre sin posisjon i det medisinske feltet. De første barne- og nyfødtsykepleierne er en av disse spesialistaktørene i denne kampen (jf. delkapittel 3.2.3).



### 6.3 DE DOMINERENDE POSISJONERS POSISJONERINGER

Hvem er det som setter dagsorden og hvem som underkaster seg dagsorden? Dette er udiskutabelt legene innenfor det medisinske felt, men selv legene taper mer av sin posisjon i feltet til deres dominerte kollegaer, som sykepleiere omtales (jf. delkapittel 6.1).

Legene har fått sin autoritet til å styre og dominere det medisinske feltet gjennom sin autorisasjon og kapital er opparbeidet av erfaring og prestisjeprosjekter, som f.eks. innsatsen for å redde premature med stadig lavere gestasjonsalder og publiseringer i tidsskrifter. Så lenge moderne medisin har eksistert, har legene kjempet og erobret sin posisjon i det medisinske feltet. Historisk vant legene sin maktkamp over juristene og til dags dato står legene som øverst medisinske ansvarlig i helsevesenet (Schiøtz, 2003, s. 126). Når en agent velger legeutdanning, kan en si at det har blitt valgt en maktposisjon i det medisinske feltet.

Legene har i kraft i sin autorisasjon rett til å avgjøre pasientbehandlingen og dermed styre den i hvilken retning behandlingen skal foregå. Legene inntar den øverste hierarkiske posisjonen i det medisinske feltet og dermed inntar de også de dominerte posisjonene. Alle faller under deres dominans; sykepleiere, annet helsepersonell, pårørende og pasientene, men selv om de står øverst hierarkisk, er deres posisjon i det moderne helsevesenet til stadighet satt på prøve og mange av deres roller har blitt overført til andre innenfor helsetjenesten (Schiøtz, 2003). Haave (2014) påpeker at legenes autonomi kan svekkes av dagens standardiserte praksis som igjen kan medføre endringer i legenes frihet (Haave, 2014, s. 310- 311).

«Kamper i feltet involverer også alltid en kamp om feltet og ikke minst om feltets grenser»  
(Wilken, 2008, s. 43).

Etter at «*loven om de offentlige foreninger*» kom i 1912, fikk legene muligheten til å fremme sine interesser utvide sitt ansvarsområde. Loven bidro til å heve legenes posisjon og status, og nå var staten avhengig av legeprofesjonen for å ivareta folkehelsen (Schiøtz, 2003, s. 152- 154).

#### 6.4 DE DOMINERTES POSISJONERS POSISJONERINGER

I løpet av 1900- tallet har det skjedd en ekspansjon i det offentlige helsevesenet og videre helsetjenester førte til at sykehusene økte i vekst. Det har vært presset frem nye spesialavdelinger og etter andre verdenskrig fikk Norge en gave fra nabolandet Sverige som viste deres takknemlighet over landets gjenvinnende frihet (Sundal, 2014, s. 128- 129). Tre moderne barneklonikler ble da åpnet, ved Rikshospitalet, i Oslo (Ullevåll) og Barneklonikken i Bergen ble etablert (Sundal, 2014, 128 -129).

De implisitte reglene i kampfeltet ligger i historien, det ligger i faget og det ligger i valgene en velger å ta. Ved å velge sykepleieutdanningen, velger man samtidig å underkaste seg legenes makt. En velger da å posisjonere seg som en av de dominerte posisjoner i feltet.

De dominerende posisjonene i feltet vil gjerne forsvare deres posisjon og oppgaver, men de nye spesialavdelingene innen sykehusene ga sykepleierne flere arbeidsoppgaver, og flere av disse var legeoppgaver (Sundal, 2014). Men samtidig som det var et økt behov for sykepleierne på sykehusene, vokste hjelpepleierne frem og ble en større andel av pleiepersonalet. Barnesykepleie har siden 1980 – tallet vært en spesialutdanning for sykepleiere med vinkling både mot nyfødttmedisin og sykdommer hos større barn (Holt, 2007). Det har også i Oslo kommet frem et ett-åring videreutdanningstilbud til sykepleiere i nyfødttintensiv. Disse tilbudene om videreutdanning skal gi sykepleierne betydelig økt kompetanse innenfor nyfødttmedisin og øke dermed øke deres kapitaler og disposisjoner inn i fagfeltet (Holt, 2007).

Hildegunn Sundal (2014) skiver i sin avhandling (*Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus*) om hvordan Velferdsstaten som vokste frem i etterkrigstiden (på midten av 1900- tallet) bidro til at foreldrene ikke bare fikk en besøksrett, men også en rett til å delta i behandlingen av barnet sitt. Etterhvert som sykepleiermangelen oppsto i denne perioden, erobret foreldre (som også er en dominert gruppe) mer rom i behandlingen av deres barn når de er innlagt ved norske sykehus (Sundal, 2014, s. 128). I dag er det helt

vanlig at foreldrene står for mesteparten av den daglige omsorgen for barnet som er innlagt på Norske sykehus (Sundal, 2014, s. 128).

Det har spesielt vært en framvekst av politisk, økonomisk og teknologisk kapital ved sykehusene. Men slik som det fremstilles har ikke, spesielt de kvinnedominerende yrkene klart å vokse i takt med profesjonen. Profesjonaliseringen av sykepleieyrket var en viktig sak for sykepleierne og NSF (u.å.) fra tidlig 1900- tallet, og kampen om å erobre mer plass i det medisinske feltet var i gang. Til dags dato er det for få sykepleiere og spesialsykepleiere inne på sykehusene og kampen for å rekruttere flere sykepleiere ved å bedre arbeids- og lønnsvilkår står sterkt i Norsk Sykepleierforbund (NSF, u.å.).

## 6.5 KAMPOMRÅDET SOM DEFINERER FAGOMRÅDETS DOXA

Hva er det som kjempes for innenfor nyfødtmedisin?

Er det kampen om anerkjennelse, kampen om verdier - de myke og harde verdiene, er det kampen om prestisje eller kampen om å endre doxa innad i det nyfødtmedisinske feltet?

Innad i de ulike profesjonene har en den ortodokse og heterodokse med de ulike disposisjonene aktørene besitter og dermed deres posisjonering inn i feltet. Kampene som definerer området doxa vil altså foregå på et klassenivå, men også samtidig på tvers av hierarkiet og profesjonene inn i det nyfødtmedisinske feltet og videre inn i det sosiale rom som denne studien omtaler (hvor det premature barnet skal gjennomgå smertefulle invasive prosedyrer).

De ortodokse og hetrodoxe verdiene står på spill. Bourdieus modell om det sosiale rom strukturerer relasjonene mellom de ulike posisjonene i forhold til kapitalbesittelse og kapitalsammensetning (Wilken, 2008, s. 60), samtidig kan det sees på som et felt av klasser der det oppstår profesjonsgrupper som kjemper om status og dermed makt og innflytelse, som for eksempel nyfødt/barneleger og barnesykepleiere som jobber ved en nyfødt intensivavdeling. De ulike profesjonene står i et hierarkisk forhold til hverandre og er et

uttrykk for en sosial rangorden<sup>41</sup>, og posisjonene står i en konstant kamp. Aktørene og praksisene i nyfødt feltet som er med på å bidra til distinksjoner mellom grupper, er ikke permanente.

Det finnes de praksiser, eller posisjoner som har sin opprinnelse i overklassen, som øker deres popularitet og dette filtreres gjennom systemet. Dette betyr i praksis at de dominerende klassene automatisk har en rolle som «*smaksdannere*», at det er de som er med på å definere nyfødt feltets doxa (Wilken, 2008, s. 58- 60). Bourdieu hevder at en personlig stil ikke er mer enn en refleksjon av en periode eller klasses «*stil*», og slik reflekterer den en felles stil. Ikke bare i sin konformitet, men også i sine forskjeller. De ulike «*klassestilene*» gjenspeiler aktørenes individuelle og klasserelaterte habitus. De som er av samme «*klasse*» vil også ha samme forståelse av feltets doxa. En slik forankring i de sosiale strukturer i habitus er en medvirkende årsak til å opprettholde de sosiale hierarkiene (Wilken, 2008, s. 58- 59).

Eksempelvis kan en se på de lavere klassene (sykepleierene), eller når de dominerte klassene kopierer/imikterer de dominerende klassene, tydeliggjør de at de ikke besitter den kapitalen som er forutsetningen for å ha en dominerende posisjon i det medisinske feltet. Når sykepleierene tar over legenes tidligere ansvarsområder, blir de ikke assosiert med den dominerende posisjonen til legene, de imiterer deres kapitaler som igjen tydeliggjør legens dominans (Wilken, 2008, s. 58- 59).

Barnemedisin har lenge tilhørt legene, og siden det i 1918 ble vedtatt å etablere flere spesialiteter innenfor det medisinske feltet, herunder barnesykdommer, erobret de en dominerende posisjon i behandling av akutt og kritisk syke nyfødte og premature barn (Lunde & Holte, 2019). De siste tiårene har sykepleierne erobret mer plass inn i nyfødtmedisin og med sine spesialutdannelse på universitet – og høyskolenivå, har sykepleierne som jobber innenfor feltet også økt sine kapitaler og dermed blir deres posisjoneringer forflyttet. Med økte arbeidsoppgaver og ansvar for de premature barna,

---

<sup>41</sup> Bourdieu definerer rangorden som (sitat): *en funksjon av nærhet eller avstand i forhold til «legitim kultur», dvs. de kulturelementene som generelt anerkjennes som «sanne» eller «kronologiske» eller «opphøyde»* (Wilken, 2008, ss.s 59)

øker også ønske om å oppnå en høyere status innad i det nyfødttmedisinske feltet (Landsem, 2007).

Innad i de ulike profesjonene har en den ortodoxe og hetrodoxe med de ulike disposisjonene aktørene besitter og dermed deres posisjonering inn i feltet. Kampene som definerer områdets doxa vil altså foregå på et klassenivå, men også samtidig på tvers av hierarkiet og profesjonene inn i det nyfødttmedisinske feltet og videre inn i det sosiale rom som denne studien omtaler<sup>42</sup>.

Eksempler på kampområder fra DNLF fra 2001 til 2016 og eksempler fra *Sykepleie Forskning og Barnesykepleierforbundet – Norsk sykepleierforbund og Tidsskrift for barnesykepleiere* fra 2009 til 2016 fremstilles mer utdypende innunder vedlegg 8 da oppgavens størrelse begrenser meg.

## 6.6 OPPSUMMERING AV PROBLEMOMRÅDETS DOXA

Forholdet mellom dagsorden og de som underkaster seg dagsorden er doxa, når implisitte reglene i kampfeltet settes på prøve. Den makten som legene besitter ved å tilhøre en dominerende klasse, legitimerer makten til å få en bestemt virkelighetsforståelse til å fremstå som objektiv og sann. En slik makt skjer via «*sosiale ordens forvandlig til naturlig orden*» (Wilken, 2008, s. 68-69). Symbolsk vold er relatert til doxa og habitus (jf. delkapittel 4.6.3), og det er doxa som får aktørene til å godta denne «naturlige loven» som troverdig og sann, uten at noen føler seg undertrykt eller dominert. Når noen setter spørsmål til den bestående doxa, vil en ny maktkamp vokse frem og problemområdets doxa settes på spill. Innen det nyfødttmedisinske feltet setter legene dagsorden, det er de som bestemmer hvordan barnet skal behandles og barna har behov for invasive prosedyrer. Det er legene som bestemmer hvilke tiltak som skal iverksettes. Den usynlige makten som tilhører legene, er ikke en makt som alltid kommer frem som synlig. Gjennom historiseringen ser en at til tross for store medisinske fremskritt, at det til stadighet er en struktur hvor (historisk) mannlige yrker (legeyrket) har mer status enn de kvinnelige (sykepleieryrket), og hvor det

---

<sup>42</sup> Studien omtaler altså hvordan det premature barnet gjennomgår smertefulle invasive prosedyrer (Jf. vedlegg 4, kapittel og delkapittel 6.1).

mannlige dominerer det kvinnlige. En slik struktur ser en gjennom å femininsere de kvinnlige feltene som kvinner har erobret, som eksempelvis sykepleieryrket. Dette igjen tydeliggjør den sosiale ulikheten mellom posisjonene, og feltets sosiale strukturer viser seg i hvordan en posisjonerer ulikt til feltets doxa og videre inn i det sosiale rommet (Wilken, 2008, s. 63-65).

## 6.7 PRESTISJE OG OPPARBEIDING AV KAPITAL

For å beskrive ulikhet, har begrepet *klasse* blitt brukt innenfor sosiologien (Wilken, 2008, s. 61). Innenfor studiens felt og kamparena kan en tydeligere se på hvordan inntekt, formue og prestisje fordeles mellom aktørene etter deres sosiale posisjon. Nyfødt medisin besitter høy kapital innenfor det medisinske feltet og nyfødtmedisin/prematurmedisin besitter høy kapital innenfor pediatrien. Men hva er det som utgjør de individuelle forskjellene og kampene innenfor prematur medisin? Prestisje er anerkjennelse, en form for status som gir innflytelse. I empirien som er innhentet dominerer legetidsskriftene i form av publikasjoner. Publikasjoner av prestasjoner gir økt status som igjen øker den kulturelle, sosiale og økonomiske kapitalen til det enkelte individet. Disse kapitalene er viktige for å klatre opp i posisjoner i det medisinske feltet og i hierarkiet. Wilken (2008, s. 61) forklarer at «*klasser og sosiale grupper ikke er objektive, men vilkårlig og relatert til bestemte maktstrukturer på bestemte tidspunkt*». Alle agenter i det sosiale rom klassifiserer og blir klassifisert og er derfor en del av den sosiale kampen om makt og prestisje. Men klassifiseringen er ikke likeverdig, og det som avgjør hvem sine klassifikasjoner som får reelle sosiale konsekvenser, avgjøres av økonomisk og kulturell kapital. Adgang til makt og status er alltid av betydning for aktørene; hvor alder, kjønn og etnisitet har høyere betydning hos de lavere klassene enn for de høyere klassene (Wilken, 2008, s. 60 -63).

## 6.8 DE ORTODOXSE OG DE HETRODOXSE POSISJONERS POSISJONERINGER

Kampen om hvordan det skal foregå med akuttbordet. De som støtter det som er og som ikke ønsker endring i dagens praksis inn mot behandlingen av de ekstremt premature barna.

De posisjonerer seg som de aktørene som er tilfredse opp mot dagsens doxa og har ingen ønske om endringer. Da Bourdieu forklarte den strategiske kampen som forsvarer de som forsvarer ortodoksi, brukte han Max Webers (1864 -1920) analyse av motsetninger mellom prester og profeter (Wilken, 2008, s. 43). Da motsetningene ortodoksi og heterodoksi henger sammen, fører ikke kampene innenfor feltet til en utligning av forskjeller, men en tilstand i mange ulike former. Kampene handler ikke om saker, men om kapital og makt i feltet.

I feltet finnes det regler og disse reglene må aksepteres for å kunne delta i feltet, feltets doxa. De som stiller seg kritiske til det bestående vil i feltet. Agentene har en interesse for feltet og investerer i feltets doxa. Bourdieu sine teorier er nyttige for å forklare hva som skjer da noen setter spørsmål til det bestående (Wilken, 2008, s. 42) og slik kan en forklare hva som skjer når en lege setter spørsmål på hvordan dagens smertelindringspraktikker kan forårsake senkomplikasjoner, og om dette er relatert til den medisinske behandling som er gitt, eller mangler. Slik setter en lys på at dagens doxa kan gi utfordringer, og kampen om dagens doxa settes i spill (Wilken, 2008, s. 42 -43).

De store endringene innenfor nyfødtmedisin skjedde i 1980- 89, hvor ekstremt premature ned i 23 ble behandlet, selv om fåtallet overlevde ut over noen dager (Stensvold, 2017). Etterhvert som barna overlevde til tross for lav fødselsalder og/eller fødselsvekt, forsøkte flere yngre leger å legge disse barna på respirator, men de dominerende posisjonene i fagfeltet ga legene korreks<sup>43</sup>. Dette skapte interne kamper i fagfeltet hvor de hetrodoxe legene forsøkte ny tilnærming for å forsøke å redde de minste premature barna. Dette endrer etterhvert synet en har på legen og den livreddende behandling av ekstremt premature med lav GA. Posisjonenes ønske og driv mot å stadig redde barn med lavere GA kommer tydelig frem i empirien, men fokus på forskning innen prematurmedisin er også omtalt som viktig for å oppnå og holde på de øverste hiariakiske maktposisjonene innen for det medisinske feltet<sup>44</sup>.

Ettersom sykepleirenes posisjon inn i det premature feltet har endret seg og deres posisjonering har endret seg og blitt mer spesialiserte inn i fagfeltet prematur medisin, vil en

---

<sup>43</sup> Referanse: (Bratlid & Nordermoen, Behandlingen av svært for tidlig fødte barn de siste 40 år, 2010)

<sup>44</sup> Jf. vedlegg 8.

se en hetrodox posisjonering av sykepleierne som posisjonerer seg inn i det premature feltet og videre inn i det sosiale rom som studien omtaler (jf. delkapittel 6.2.2). Nok en kamp vil oppstå og sette spørsmål til de bestående praktikkene, og slik vil doxa endres.

Kampen om prestisje er en del av legenes historie, ikke minst barnelegene/nyfødtlegerne. Etterhvert som legene ser at en til stadighet kan behandle premature med lavere GA, tar de på seg å utforske dette området og utføre eksperimentell behandling av de barna som blir født med lav GA. Dette skjedde allerede tidlig på 1900 – tallet, men etterhvert som en ser at behandlingen ikke gir ønskelige resultater, forsker en videre på behandlingen i seg selv.

## 6.9 OPPSUMMERING AV DOXA INNEN BEHANDLING AV PREMATURE BARN

For å kunne forstå og forklare de implisitte reglene som foregår ved akuttbordet og smertelindring av ekstremt premature barn, har jeg benyttet meg av Bourdieus forståelse av habitus. Habitus oppstår gjennom de objektivistiske og subjektivistiske disposisjoner som agentene har med seg de inkorporerte kapitalene sammen med økonomisk-, sosial og kulturell kapital<sup>45</sup>. Agentene handler altså ut ifra visse disposisjoner som ikke alltid er bevisste for dem, men handlingene er et resultat av praktisk sans. Det har vært behov for meg å gjøre større søk i historien og i tidsskrift for å finne steder hvor problemområdet blir omtalt og hvor jeg kan finne empiri som påpeker brudd i den sosiale praksisen som studeres.

Det har vært liten endring av behandling av de ekstremt premature barna siden 2000 – tallet. Legene skriver en del i *TDNF*, *PAIDOS* og *Tidsskrift for barnesykepleiere*, men skriver lite i sitt tidsskrift om smertelindring av ekstremt premature barn, heller oftere om uttalelser om forskning og som spesialist innenfor fagfeltet nyfødttmedisin og prematuritet. Uttalelser omkring utvikling i fagfeltet, etikk og prioriteringer, behandlingsbegrensninger og risikofaktorer ved å være ekstremt for tidlig født (jf. vedlegg 8) kommer tydelig frem i min empiri som kampsaker. Det fremkommer at det er for lite forskning i feltet som omtaler smertebehandling til premature barn i legetidsskrift, men det beskrives et ønske om

---

<sup>45</sup> Jf. delkapittel 3.1 og 4.6.2.



tverrfaglig samarbeid for å øke faglig innsikt og engasjemet samt et ønske om mer informasjon omkring bruken, metabolismen og virkningen av medikamenter hos nyfødte med ulik modning, alder og ulik grad av sykdom<sup>46</sup>.

Hos *TDNL* virker det som om legene ikke lengre investerer i pediatrien som før, den gang da fagfeltet var nytt og spennende, og en hadde en rekke grenser som måtte utforskes og posisjoner som måtte erobres. Dette gjelder ikke pediaterne på nyfødt intensive avdelinger med annsiennitet og som posisjonerer seg høyt. Tilsynelatende er de fremdeles engasjerte i å publisere og delta i kamper i feltet. Men min empiri viser lite engasjement som retter legene mot smertelindring når barnet utsettes for smertefulle prosedyrer gjennom et langvarig intensivopphold<sup>47</sup>. Tidsskriftet *Sykepleien* og *Tidsskrift for barnesykepleiere* beskriver en annen tilnærming til de ekstremt premature, hvor smertelindring, NIDCAP, smertereregistreringsskjema og den enkelte sykepleiers subjektive opplevelse av smertebehandling av premature barn kommer til uttrykk<sup>48</sup>. Sykepleie til ekstremt premature barn fremstilles som et spesielt fagfelt som krever spesialkompetanse fra både posisjonene leger og sykepleier. Min empiri viser at sykepleierne viser at det er viktig for sykepleierne å fremstå som en selvstendig profesjon, og deres ønske for videreutdanning innen spesialiserte og fagrelaterte felt er nødvendig og svært viktig for behandlingen av ekstremt premature barn. Sykepleierne har i følge Schiøtz (2003, s. 166-167) en humanistisk måte å tenke på hvor omsorg er et sentralt begrep. Empirien min viser også til at til tross for at sykepleierne erobrer mer og mer av legenes ansvarsområder, har de også en funksjon som legenes assistent<sup>49</sup>.

Det er tydelig at legene har ansvaret ved akuttbordet og i behandlingen av de premature barna, men etterhvert som sykepleieren stadig inntar sterkere posisjon, blir også kampene innad i profesjonene samt på tvers av profesjonene tydeligere. Det kommer frem i min empiri at sykepleierne fokuserer på premature og smerte. De fokuserer på NIDCAP og optimalisering av behandlingsmiljø<sup>50</sup>. Sykepleierne tar til seg de aktuelle problemområdene

---

<sup>46</sup> (Kalikstad & Ruud Hansen, Medikamentell behandling av nyfødte – et sjansespill?, 2003), Jf. vedlegg 8,

<sup>47</sup> Jf. delkapittel 2.3 og jf. vedlegg 4.

<sup>48</sup> Jf. vedlegg 1, 5, 6 og 8.

<sup>49</sup> Jf. vedlegg 8, delkapittel 3.2.3 og 6.2.

<sup>50</sup> Jf. vedlegg 1, delkapittel 2.3. og 6.2.

og forsøker å få gjennomslag gjennom publiseringer av intervjuer og studier som er basert på erfaring og kunnskap over flere år (jf. vedlegg 8). I feltet styrkes agentenes kapital i første omgang i form av utdanning, deretter i form av forskning og publikasjoner. Innad i det medisinske feltet og på nyfødt intensivavdelinger er slike kapitaler verdifulle og er et viktig bidrag til deres posisjon i hierarkiet inn i nyfødtmedisinske feltet (jf. vedlegg 8). Hvordan legene posisjonerer seg inn i det medisinske feltet og videre inn i spesialiteten pediatrien stemmer overens med legenes habitus og utdanning<sup>51</sup>.

Jeg ønsker å benytte meg av ulike tidsskrifter for å vise til to viktige posisjoner i denne studien, som er begge meget relevant i behandlingen av premature barn. Ønsker å legge frem tidsskriftene kronologisk etter årstall for å vise til viktige endringer i et historisk perspektiv. Velger å utdype noen eksempler innunder vedlegg 8: Registrantanalyse.

#### 6.10 TIDLIGERE FORSKNING I RELASJON TIL MIN ANALYSE

Tidligere forskning tyder på at det er mange flere problemområder enn studiens problemstilling, hvor det er vansker omkring smertelindring av premature på grunn av mangelfull forskning og utprøving av medikamenter på premature er sett på som uetisk da en ikke har tilfredsstillende erfaringer med bivirkninger og komplikasjoner rettet mot smertelindringsmetoder og analgetika. Det forekommer også forskning fra sykepleie forskning som påpeker senvirkninger ved mangelfull smertelindring, eller for mye stimuli hos ekstremt premature barn over tid. Altså, hvilke senvirkninger har en slik negativ stimuli påvirket barna under utvikling og på sikt.

Tidligere forskning fra Sykepleie forskning – Barnesmerteforeningen, tyder til økt ønske om å kartlegge smerter hos de ekstremt premature ved å fange opp tidlige tegn på stress og smerter<sup>52</sup>. Medikamentelt er det foretrukket sukkervann eller «sukrose» som førstevalg,

---

<sup>51</sup> Jf. vedlegg 10 og delkapittel 6.2.1.

<sup>52</sup> Jf. vedlegg 1, 5 og 6.

men kommer også fram at denne metoden er usikker på om sukose fungerer mer som beroligende enn smertelindrende<sup>53</sup>.

Utfordringer som blir trukket frem i historiseringen og empirien viser at etterhvert som legene og sykepleierne trekker seg mer inn mot spesialiserte deler av behandlingen, bli en del ansvar overlatt til foreldrene og ansvaret forflytter seg, og slik endres doxa. Dette er forsøkt å forklare ved å fremstille agentenes disposisjoner inn i fagfeltet og doxa. Slik det er å forstå er det forskeren på de ulike områdene med høyest ansiennitet som har den høyeste hieratiske posisjonen innad i fagfeltet og sammen med pårørende bestemmer og avgjør hvor barnet skal behandles og eventuelt hvordan. Etikken innenfor prematur medisin er vanskelig og empirien min viser ofte til «etikk og behandlingsbegrensninger», da smerte er fremtredende og neste uunngåelig i løpet av barnets første levemåneder<sup>54</sup>.

Agentene fremstilles gjennom historiseringen og tidligere forskning, og det viser at det er et stort behov og ønske med leger og sykepleiere som har en spesialisert profesjon inn mot dagens praktikker i pediateren og videre inn det nyfødttmedisinske feltet (jf. kapittel 6.2). Det har vært tydelig at det å fremheve sykepleie som egen profesjon og som mer enn legenes assistent har og fremdeles er en kampsak for sykepleierne (jf. vedlegg 8). Min empiri viser hvor viktig det er for sykepleierne med videreutdanningen denne kompetansen<sup>55</sup> fremstilles som noe helst spesielt og muligens kapital som kan styrke deres posisjon og relasjon til legene. Ettersom sykepleierne stadig overtar mer av legenes ansvarsområder, blir det en del av habitusen i posisjonen, og sykepleierne ved nyfødttintensive avdelinger tar til seg stadig flere ansvarsoppgaver, gjør dem til deres egne og gjør dem betydningsfulle<sup>56</sup>.

---

<sup>53</sup> Jf. vedlegg 2.

<sup>54</sup> Jf. vedlegg 8, Kapittel 2.5, delkapittel 2.5.1.

<sup>55</sup> Kompetanse eksempelvis innen nyfødtsykepleie og intensivsykepleie med fokus på de ekstremt premature barna da de krever ekstra kompetanse.

<sup>56</sup> Sykepleierne på nyfødtt intensive avdelinger har stadig overtatt flere ansvarsområder innenfor nyfødtt medisinsk pleie, ved å ha fokus på områder som NIDCAP og bruk av smertelindringsverktøy som ComfortNeo (vedlegg 6) og Alps-Neo (vedlegg5).

## 6.11 AVSLUTTENDE KOMMENTARER OG PERSPEKTIVER

For å samle trådene vil jeg i følgende del forklare hvordan teorien og begrepssettet har bidratt til å svare på studiens problemstilling *hvordan kan det være at leger og sykepleiere posisjonerer seg som de gjør i behandlingen av prosedyrerelaterte smerter hos premature barn?* For å forklare hvorfor agentene gjør som de gjør, har det vært nødvendig å rekonstruere den historiske utviklingen av nyfødtmedisinen og konstruere frem agentenes habitus (jf. vedlegg 8), som kan bidra til å forklare hvorfor de handler på bestemte måter, disposisjoner som gjerne ikke er bevisste for dem som handler, men som analysen viser orienterer agentenes handlinger.

### 6.11.1 AVSLUTTENDE PERSPEKTIVER

Denne studien har vært undersøkende og spørrende, og ettersom spørsmålene er stilt til utvalgt empiri rettet mot forskningsspørsmålene<sup>57</sup>, kan jeg ikke se entydige løsninger eller svar, men studien har i stedet gitt mulig forklaring på hvorfor leger og sykepleiere posisjonerer seg som de gjør ved akuttbordet ved utførelse av invasive smertefulle prosedyrer. Empirien i studien min kan til en viss grad forklare en del av dagens situasjon, kampsaker innad i de ulike fagfeltene og hvordan disse fokusområdene oppstår. Studien kan være et bidrag til å bevisstgjøre praksisene ved akuttbordet, og således kunne danne grunnlag for mulige løsninger for praktikerne. Studien avdekker at feltets doxa endres fra at behandling, observasjoner og iverksettelse av tiltak overfor ekstremt premature er overlatt mer og mer til sykepleierne, altså flere legeoppgaver har blitt sykepleieroppgaver, men at legene fremdeles har det øverste medisinske ansvaret og det siste ordet.

Lite har endret seg innad i det nyfødtmedisinske feltet og i behandlingen av de ekstremt premature barna siden 1980 -2000 årene<sup>58</sup>. Sett fra mine analyser kan studien bidra med ny innsikt i fagfeltet. Mine analyser avdekker blant annet mangelfull forskning relatert til sosiale praktikker omkring smertelindring av ekstremt premature barn ved invasive prosedyrer. Til tross for at det finnes retningslinjer og prosedyrer som forklarer fremgangsmåte og utførelse

---

<sup>57</sup> Delkapittel 4.6.1, Jf. vedlegg 8)

<sup>58</sup> I syn av innhentet empiri, jf. vedlegg 8.

av smertelindring, viser analysen at praktikerne iverksetter praksiser relatert til deres disposisjoner og posisjoner<sup>59</sup>. Denne studien er således et bidrag til dette. Forskningen fra innhentet empiri har også vist at forskere og fagmiljø har ulik oppfatning i hva som er utfordringer i fagmiljøet og innad i profesjonene, på tvers av profesjonene samt på måten de ulike profesjonene velger å posisjonere seg inn mot smertelindringemetoder ved akuttbordet. Det er intet entydig funn på hva som er best. Denne studien har bidratt med en mulig forklaring hvordan det kan være at leger og sykepleiere posisjonerer seg som de gjør. Det er tydelig en kamp innad mellom posisjonene i det pediatriske fagområdet og nyfødtdisin, hvor prestisje kommer frem som kapital og en form for usynlig makt. Denne makten bidrar til hvordan legene, sykepleierne og pårørende posisjonerer seg i behandlingen av de ekstremt premature barna.

#### 6.11.2 AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Dette arbeidet har gitt meg mye lærdom og kunnskap om profesjonene sykepleier og lege, men også gitt meg innsikt i historien bak profesjonene våre og at verden har flere sider enn det vi umiddelbart ser. Da jeg begynte på denne oppgaven tenkte jeg at jeg hadde noen styrker da jeg kjente feltet som sykepleier, men at jeg var både ny i feltet som intensivsykepleier og i feltet nyfødtdisin og pediatri. Gjennom Bourdieu sine teorier har jeg fått redskaper til å innta et nytt syn på verden, hvordan jeg ser på meg selv og andre rundt meg, ikke minst på hvor utfordrende det er å oppdage sider av verden som ikke er så synlig.

Det har vært nødvendig å gå historisk til verks for å forstå den medisinske utviklingen og hvor lenge utviklingen og kunnskapen rundt premature har foregått, og hvor vidt smerte har vært et fokusområde i Norge de siste tiårene (jf. kapittel 2.5). Jeg har brukt mye tid på å undersøke brudd i utviklingen innad i det medisinske feltet rettet mot leger og deres spesialisering innenfor nyfødt – og prematurmedisin samt sykepleiere og deres utvikling og erobring av eget fagfelt.

---

<sup>59</sup> Jf. vedlegg 3, delkapittel 2.3.1, delkapittel 2.4 og delkapittel 2.6 (vedlegg 4).

De fleste syke nyfødte eller premature barna ligger på nyfødt intensivavdelinger, og skal behandles av kompetent personale med spesialisering eller videreutdanning som har økt forståelse for denne pasientgruppen og deres utfordringer. Derfor har jeg også sett at det har vært viktig å få økt innsikt og forståelse for hvordan posisjonene i feltet agerer. Slik kan jeg bedre forstå hvorfor de ulike posisjonene posisjonerer seg som de gjør også ved akuttbordet. Med all prestisje som står på spill, forsvinner litt av den humane tilgangen, slik at behandlingen kan virke dehumaniserende, som en motpol til strategien av å få de premature til å overleve.

Studien har bidratt med å gi økt forståelse og innsikt for et problemområde som trolig vil øke med tiden da flere grenser innad prematurmedisin stadig brytes og de ekstremt premature barna ligger lengre på intensive avdelinger og gjennomgår flere smertefulle prosedyrer. Videre forskning kan gjerne ta på seg studier som å inkludere intervjuer eller observasjoner for å gi ytterligere økt forståelse for praktikkene som iverksettes ved invasive prosedyrer overfor premature barn.

## BIBLIOGRAFI

- Anand, K. J. (2018, juli 26). Assessment of neonatal pain. (14). Hentet fra [https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-neonatal-pain?search=pain%20assessment%20premature&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H5](https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-neonatal-pain?search=pain%20assessment%20premature&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H5).
- Anand, K. J. (2019, januar 14). *Prevention and treatment of neonatal pain*. Hentet fra UpToDate: <https://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-neonatal-pain>
- Andreassen, A. (2018). Spesialistutdanninga går inn i ei ny tid! *Paidos 2018; 36 (1): 14-15*.
- Andresen, G. (u.å). *Hva er CP?* Hentet fra Cerebral Parese - foreningen: Hentet 19. mai 2020 <https://www.cp.no/om-cerebral-parese/hva-er-cp/>
- Klingenberg, C., & Nordhov, M. (2017). 3 Invasive og praktiske prosedyrer. I *Metodebok i Nyfødttmedisin* (ss. 35-53). Nord-Norge: Barneavdelingen, Universitetssykehuset i Nord-Norge.
- Bazilchuk, N. (2017, august 15). Small children don't get the pain treatment they need. Hentet fra <https://sciencenordic.com/child-health-forskningno-sweden/small-children-dont-get-the-pain-treatment-they-need/1448123>.
- Blindheim, M. G. (2019). Barnekreftoverleveremed helseutfordringer i etterkant av sykdom og behandling: Distinksjonen fra profilert prioritert pasient og en legeoppgave-tilkronisk syk og ensykepleieroppgaveEn dokumentanalyse med praxeologisk optikk av ulike posisjoners omtale av b. Hentet fra [https://docplayer.me/184326335-En-dokumentanalyse-med-praxeologisk-optikk-av-ulike-posisjoners-omtale-av-barn-og-unge-kreftoverlevere-fra-tidsperioden.html#show\\_full\\_text](https://docplayer.me/184326335-En-dokumentanalyse-med-praxeologisk-optikk-av-ulike-posisjoners-omtale-av-barn-og-unge-kreftoverlevere-fra-tidsperioden.html#show_full_text), Universitetet i Bergen.
- Bratlid, D. (2016, april 5). Premature og behandlingsgrenser – etikk og prioritering. *Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 518-9*, ss. 118-119.
- Bratlid, D., & Nordermoen, A. (2010, juni 3). Behandlingen av svært for tidlig fødte barn de siste 40 år. *Tidsskr Nor Legeforen nr. 11, 2010; 130: 1127–9*, ss. 1127-9.
- Brinchmann, B. S. (2014). *Etikk i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Darwin, C. (1872). *The Expressions of the Emotions in man and animals*. London: John Murray, Albemarle Street: Oxford University.
- Den nye fruktbarhetsteknologien – nye og gamle rettigheter. (1989, mars 1). *Tidsskrift for Rettsvitenskap*, ss. 112-126.
- Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag. (2016). Videreutdanning i barnesykepleie. Universitetet i Tromsø: Hentet fra <https://uit.no/Content/478476/Fagplan-videreutdanning-i-barnesykepleie-2016H-.pdf>, Tromsø.
- Dunn, P. M. (2002, mars 1). Stéphane Tarnier (1828–1897), the architect of perinatology in France. Bristol. Hentet fra <https://fn.bmj.com/content/86/2/F137.info>, United Kingdom.
- Eriksen, M., & Leirvik, M. S. (2019, april 5). *Apgar*. Hentet mars 31, 2020 fra Babyverden: <https://www.babyverden.no/baby/apgar/>
- Føreland, A. M. (2018, oktober 26). Øvelse gir mestring. DOI 10.4220/sykepleiens.2009.0041.
- Frøisland, D. H. (2010, juni 3). Behandlingsgrenser for ekstremt premature. *Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1120*.
- Fundingsrud, H. P. (2020). Den smerten vi arbeider sammen om, kan vi tryggere helbrede. *Paidos 2020; 38(1): 1-56, 38(1)*, ss. 38-39.

- Gloppestad, K. (2009). Etablering av tidlig hud til hud kontakt (kenguru omsorg) for premature barn og deres foreldre ved nyfødtsesksjonen, Barneklubben, rikshospitalet. *13*(1), ss. 12-16.
- Grundeveg, A. (2009). Smertefolder som verktøy for å optimalisere smertebehandlingen av nyfødte. *13*(1), ss. 6-9.
- Grundeveg, A. (2017, april 27). Smertelindring og palliasjon av nyfødte. Tromsø, Hentet fra <https://helse-nord.no/Documents/Konferanser/2017%20Konferanser%20og%20kurs/Regional%20perinataalkonferanse%202017/Smertelindring%20og%20palliasjon%20av%20nyfødte.%20Andre%20Grundeveg.pdf>.
- Haave, P. (2014). Legene. I R. Slagstad, & J. Messel, *Profesjonshistorier* (ss. 277-311). Oslo: Pax Forlag A/S.
- Helsebiblioteket. (2015, september 30). Familiesentrert utviklingstilpasset omsorgsmodell – NIDCAP. (2.0). Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/familiesentrert-utviklingstilpasset-omsorgsmodell-nidcap>: Sykehuset Innlandet.
- Helsebiblioteket. (2019, oktober). Pediatriveiledere. Fra Norsk barnelegeforening. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?key=265569>. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?key=265569>
- Helsedirektoratet. (2017, september 29). Nyfødteintensivavdelinger – kompetanse og kvalitet. . Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/nyfodtintensivavdelinger-kompetanse-og-kvalitet>.
- Helsetilsynet. (2001). Nasjonal plan for nyfødte medisin. Hentet fra [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/andrepublikasjoner/plan\\_nyfodtmedisin\\_2001.pdf/](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/andrepublikasjoner/plan_nyfodtmedisin_2001.pdf/).
- Hernæs, N. (2019, januar 17). *Nyheter: Videreutdanning i nyfødte sykepleie hopper opp på masternivå*. Hentet fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/2019/01/videreutdanning-i-nyfodt-sykepleie-hopper-opp-pa-masterniva-0>
- Holck, P. (2009, februar 13). Lege Axel Johannessen. Hentet fra [https://nbl.snl.no/Axel\\_Johannessen](https://nbl.snl.no/Axel_Johannessen).
- Holt, J. (2007). Barnesykdommer gjennom 30 år: En utvikling fra generell spesialitet til interessegrupper? Hentet fra <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2092-08%20vedlegg%203%20Barnesykdommer%20gjennom%2030%20år.pdf>, Nordlandssykehuset, Bodø: Nordlandssykehuset, Bodø.
- Horne, R. (2016). *“Like barn leiker best” Ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengande barn og unge*. Bergen: AiT Bjerch AS/Universitetet i Bergen.
- Hougaard, P. F. (2014). Sykepleiere og legers samhandling på en sengepost for barn. *18*(1), ss. 18-21.
- Jakobsen, S. E. (2017, juli 13). Små barn får ikke tilstrekkelig smertebehandling.
- Kalikstad, B. (2009, september 10). Ny EU-lov – en bedring for norske barn? *Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1770-2*, ss. 1770-2.
- Kalikstad, B., & Ruud Hansen, T. W. (2003, oktober 9). Medikamentell behandling av nyfødte – et sjansespill? *Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2738-40*(19), ss. 2738-40.
- Kropp, K. (2009). 7. Registrantanalyse. Historisering af et felt via dokumenter. I O. Hammerslev, J. A. Hansen, & I. Willig, *Refleksiv sociologi i praksis. Empiriske*



- undersøgelser inspirert af Pierre Bourdieu* (ss. 173- 188). Denmark: Hans Reitzels Forlag.
- Kynø, N. M., Solevåg, A. L., & Mathisen, L. (2018, november 16). Nyfødtafdelinger, bemanning og kompetanse. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/11/16/nyfodtavdelinger-bemanning-og-kompetanse/>.
- Landsem, I. P. (2007, januar). Sykepleierens tilgang til det smertefulle hos det svært fortidligfødte barnet. Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø, Hentet fra <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/1223/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Lang, A. M., & Steinnes, S. (Besøksdato 18. august, 2019). Smertevurdering og smertelindring av premature og nyfødte. Hentet fra [http://www.norskbornesmerteforening.no/sites/norskbornesmerteforening.no/files/attachments/articles/2016\\_Lang\\_Steinnes.pdf](http://www.norskbornesmerteforening.no/sites/norskbornesmerteforening.no/files/attachments/articles/2016_Lang_Steinnes.pdf): Oslo Universitetssykehus. Hentet mai 2019
- Lindenskov, P. H. (2014, juni 17). Respiratorbehandling av premature. *Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134:135(11)*, s. 1135.
- Lovdata. (2003). Bioteknologiloven – biotl. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-12-05-100/KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-12-05-100/KAPITTEL_2), Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (LOV-1994-08-05-56).
- Lunde, J., & Holte, K. (2019). 100 år med Norsk barnelegeforening. *Tidsskrift for Norsk barnelegeforening 2019; 37 (1): 1-68*, ss. 14-19.
- Lundqvist, P., Kleberg, A., Edberg, A.-K., Larsson, B. A., Hellström - Westas, L., & Norman, E. (2014, april 24). Development and psychometric properties of the Swedish ALPS-Neo pain and stress assessment scale for newborn infants. DOI:10.1111/apa.12672.
- Lyngstad, L. T., & Steinnes, S. (2017, juni 09). Smerteprojektet COMFORTneo. *Sykepleien 2017 105(62277)(e-62277)*, ss. DOI-nummer: 10.4220/Sykepleiens.2017.62277.
- Mathiesen, A. (2002). *Sociologiske feltanalyser*. Denmark: Roskilde University.
- Moseng, O. G. (2014). Sykepleierne. I R. Slagstad, & J. Messel, *Profesjonshistorier* (ss. 597-634). Oslo: Pax Forlag A/S.
- Mupanemunda, R., & Watkinson, M. (2005). *Key Topics in Neonatology*. Great Britain, Cornwall: Tylor & Francis, an imprint of the Taylor & Francis Group.
- NHI.no. (Sist revidert: 2019, april 24). For tidlig fødsel. Hentet fra <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodsel/sykdommer/fodsel/fortidlig-fodsel/>.
- Norsk nyfødttmedisinsk kvalitetsregister. (u.å.). Hvordan bidrar registeret til bedre kvalitet? Hentet 12. februar 2020 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/norsk-nyfodttmedisinsk-kvalitetsregister/kvalitetsforbedring>.
- Norsk Teknisk Museum. (2020, august 17). Kuvøse. Hentet fra <https://digitaltmuseum.no/011024231719/kuvose>.
- Nortvedt, P. (2016, september 19). Etikken er sykepleiers grunnlag. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/08/etikken-er-sykepleiers-grunnlag>, DOI:10.4220/Sykepleiens.2016.58516: Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.
- NSF. (u.å.). *NSFs historie*. Hentet fra Norsk Sykepleierforbund.: Hentet 16. mai 2020 fra <https://www.nsf.no/historikk/artikkelside/17100>

- NTNU. (2020, februar 25). Nyfødtmedisin - NTNU Neo. Hentet fra <https://www.ntnu.no/ikom/neo#/view/about>.
- Peitersen, B., Pedersen, P., & Pryds, O. (2014). *Neonatologi - Det raske og det syge nyfødte barn*. (4. udgave. utg.). København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Petersen, K. A., & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab : hvad er det?* København: Forlaget Hexis.
- Petersen, K. &. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab – hvad er det? – en diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. København: Forlaget Hexis.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. China: Wolters Kluwer.
- Prieur, A. (2005). *Liv, fortælling, tekst: Strejftog i kvalitativ sociologi* (Vol. 1. udgave). Aalborg, Denmark: Alborg Universitetsforlag.
- Reigstad, H., & Markestad, T. (2001, februar 28). Behandling av ekstremt premature born – kva grenser og kva problem? *Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 711-4*, ss. 711-714.
- Ruud Hansen, T. W. (2016, oktober 28). En rutinejobb, eller det nye livets mirakel? Hentet fra <https://paidos.no/en-rutinejobb-eller-det-nye-livets-mirakel/>.
- Ruud Hansen, T. W. (2018, juli 11). Grensesetting, grenseoverskridelse og grenseflytting – noen etiske betraktninger. Hentet fra <https://paidos.no/grensesetting-grenseoverskridelse-og-grenseflytting-noen-etiske-betraktninger/>.
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse, landets styrke, 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Tromsø og Norsk Nyfødtmedisinsk Kvalitetsregister. (2016). *Norsk nyfødtmedisinsk helseatlas. En analyse av innleggelses og behandling av barn i nyfødtafdelinger i Norge for årene 2009-2014*. Helse Nord RHF. Bodø: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St. Olavs Hospital. (2005). Tiltak ved smerte hos nyfødte Nyfødt Intensiv seksjon. Trondhjem: Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/278422/smertefolder.pdf>.
- Størdal, K. (2018). Hvor ble det av barnelegen? *Paidos 2018; 36 (1): 1-44*.
- Stensvold, H. J. (2017, august 5). *Hvordan går det med ekstremt premature barn?* Hentet fra forskning.no: <https://blogg.forskning.no/forskningssykehuset/hvordan-gar-det-med-ekstremt-premature-barn/1096092>
- Sundal, H. (2014). *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Tandberg, B. S., & Steinnes, S. (2009). *Nyfødtsykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Tandberg, B. S., & Steinnes, S. (2009). *Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Tomren, U. (2014). Kommunikasjon gjennom kroppsspråk - NIDCAP® tolker det premature barnets atferd. *TIDSSKRIFT FOR BARNESYKEPLEIERE*(NR 2), ss. 20-22.
- Tranøy, K. E. (1981, mars 1). Den nye fruktbarhetsteknologien – nye og gamle rettigheter. *Tidsskrift for Rettsvitenskap*02 / 1989 (Volum 145), ss. 112-126.
- Universitetssykehuset Nord -Norge. (2017, juni). Metode i nyfødtmedisin. (5). Tromsø, Hentet fra <https://unn.no/Documents/Metodebøker/Metodebok%20i%20nyfødtmedisin/Metodebok%20nyfødtmedisin.pdf>: Universitetssykehuset Nord-Norge.
- Vederhus, B. (2015). *Health-related quality of life, emotional and behavioural difficulties and perception of pain after extreme preterm-birth : a population-based longitudinal cohort study*. Bergen: University of Bergen.

Vederhus, B. (u.å). Sukker som smertelindring i nyfødtsorgen. Hentet 20. mai 2020 fra <http://www.norskbornesmerteforening.no/sites/norskbornesmerteforening.no/files/attachments/articles/Sukker%20som%20smertelindring%20i%20nyfødtsorgen.pdf>

Walløe, L. (2019, juli 10). Kirsten Utheim Toverud (1890 – 1949) – En foregangskvinne i norsk pediatri. *Tidsskr Norsk Barnelegeforening nr. 37, 2019; 100-2(37)*, ss. 100-2.

Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Winger, A. (2007, oktober). "Se meg". Sykepleiere i møte med smertelindring til premature barn. Oslo, Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28360/MasterWinger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>: Universitetet i Oslo. Det Medisinske Fakultet.

## VEDLEGG 1: NIDCAP

(Side 1 av 2).

NIDCAP står for Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program og er et omsorgsprogram som vektlegger en individuell tilpasset pleie, med utgangspunkt i barnets modenhet, for å redusere stress. Omsorgsprogrammet er utviklet av en amerikansk psykolog, Dr. Heidelise Als, som mente at barnets modenhet kom til uttrykk gjennom barnets adferd og gjennom systematiske adferdsobservasjoner kan barnets modenhet vurderes. NIDCAP bruker observasjoner i forhold til barnets autonome reaksjoner, motorikk, søvn, våkenhet og evne til samspill med sine omgivelser. I observasjonene tas det hensyn til barnet og miljøet barnet befinner seg i, og observasjonene må gjentas da det premature barnet er stadig under utvikling. Slik kan tiltak justeres eller iverksettes gjennom sykehusoppholdet.

NIDCAP har også et sterkt fokus på familie og foreldrene for å oppmuntre dem til å delta aktivt i barnets behandling gjennom hele sykehusoppholdet. Dette (Tomren, 2014).

I fagmiljøet har det blitt utdannet NIDCAP- personale og interessen er økende. Til tross for dette er det uenigheter i fagmiljøet om hvor stor effekt og betydning NIDCAP har og om det i det hele tatt er gjennomførbart i praksis, og om det bør avsettes ressurser for å gjennomføre programmet i sin helhet (Helsebiblioteket, 2015).

Alle nyfødte, både for tidlig fødte og fullbårne, kommuniserer med omgivelsene gjennom sin individuelle atferd, de kan formidle både velbefinnende og stress.

For tidlig fødte barn har sin egen spesielle måte å kommunisere på og uttrykke hvordan de har det. Signalene er svakere og mer diffuse jo tidligere barnet er født.

Det for tidlig fødte barnet kommer fra et trygt og

beskyttet miljø inne i magen. Barnet lå godt

sammenkrøpet, med en konstant og god støtte rundt

hele kroppen. Om barnet strakte på armer eller bein

møtte det en elastisk, trygg motstand som hjalp barnet

med å trekke armer og bein inntil kroppen igjen. Lydene

opplevdes dempede og det var stort sett kjente lyder

som mors hjerteslag, stemme og lignende. Lyset var svakt og temperaturen konstant.

Barnet regulerte for det meste rytmen for søvn og våkenhet selv.



Etter at barnet er født opplever det flere stimuli som det hadde vært skjermet mot i magen.

Både lys- og lydnivået er sterkere, miljøet er ukjent og de utsettes for flere tiltak som kan

oppleves smertefulle og ubehagelige. Som for eksempel daglige nødvendigheter som

bleieskift, stell og måltid samt andre ubehagelige prosedyrer. For å støtte barnet best mulig

er det lurt å ha i tankene hvordan barnet skulle hatt det inne i magen og forsøke å tilpasse

omgivelsene for optimal utvikling hos barnet.

Vi prøver å tilpasse miljøet på en best mulig måte for det enkelte barn ved å dempe lyd og

lys, unngå sterke lukter og tilstrebe et rolig aktivitetsnivå rundt barnet.

Det er også viktig med et støttende reir rundt barnet og tilpasse og avpasse stimuli etter

barnets toleranse.

Barnet kommuniserer på flere måter for å uttrykke hvordan det har det. Vi kan se hvordan

barnet har det ved å se på blant annet barnets pust, hudfarge, bevegelser, kroppsløse,

hvordan barnet veksler mellom søvn og våkenhet og barnets evne til oppmerksomhet og

samspill med omgivelsene. Alle disse uttrykksformene påvirkes av hverandre og av miljøet,

både positivt og negativt. For eksempel dersom barnet ligger godt med god støtte i et rom med dempet lyd og lys, kan dette fremme god pust og en stabil hudfarge.

(Bergseth & Øye, 2013, s. 4-5).

Side 2 av 2.

## VEDLEGG 2: SUKKER SOM SMERTELINDRING I NYFØDTOMSORGEN

Side 1 av 2.

Hentet ut fra Barnesmerteforeningen:

I mer enn et tiår har sukker (sukrose og glukose) vært anbefalt som smertelindring ved prosedyresmerte. Gjennom Cochrane oppsummeringer har sukker vist seg effektivt som smertelindring ved hælstikk, mens ved andre prosedyrer er resultatene ikke enstemmige, og anbefalingen gjelder for hælstikk, evt. venepunksjon. Usikkerhet er knyttet til optimale doser, men Cochrane angir doser på 0,05 - 0,5 ml av 24 % sucrose. Lefrac et al. (2006) kommer med 'sucrose guidelines' for smerteprosedyrer generelt: **maksimale** doser av 24 % sukrose avhenger av alder: 0,5 ml for barn i uke 27 – 31, 1 ml for 32 – 36 uker, 2 ml for barn > 37 uker (3). Det presiseres å bruke minimum mengde som gir smertelindring. Videre anbefales å gi sukkeret på en narresmukk, evt. i sprøyte med en dråpe på tungespissen. Administrering 1 – 2 minutter før prosedyre gir best effekt. Sukker har vist seg effektivt fra 25 ukers gestasjonsalder (GA) og opptil 4 måneders alder. Ved bruk til barn med GA < 27 uker bør det utvises forsiktighet. Gjentatte doser over flere dager har vist fortsatt effektiv smertelindring.

Umiddelbare bivirkninger av sukker kan vise seg som bardy- eller tachykardi, oksygenmetningsfall, hoste og brekning. Mer alvorlige bivirkninger som Necrotiserende enterocolitt har ikke vært påvist, heller ikke hyperglykemi. En studie av barn med GA < 31 uker viste til nedsatt oppmerksomhet/orientering og motorisk kapasitet rundt terminaldalder med økende doser av sukker gitt den første uken.(7) Sukker som smertelindring er forklart som virkning gjennom opioide mekanismer, men usikkerhet er knyttet til denne forståelsen. En tankevekker om sukkerbruk gir følgende utsagn: et barn på 1 kg som mottar 0,5 – 1 ml 24 % sucrose ved 10 smerteprosedyrer/dag vil tilsvare 3,5 dl Coca Cola daglig til en ettåring på 10 kg.

I en publikasjon fra 2010 ble det rapportert om manglende effekt av sukrose på aktivitet i hjernen i tilslutning til hælstikk (målt ved EEG avledning), mens det ble observert effekt av sucrose på det kliniske smertemålet (Premature Infant Pain Profile). Er det da slik at sukker kanskje heller har en beroligende enn smertelindrende effekt? Det har gitt kraftig

motbør i internasjonale smertekretser med påfølgende kommentarer i Lancet om målemetodens pålitelighet for 'sann' smerteopplevelse (2010/2011).

**Oppsummert:** Sukker er fortsatt anbefalt som smertelindring, men med usikkerhetsmoment knyttet til virkning/bivirkninger og dosering. Bruken av sukker må vurderes og dokumenteres fortløpende.

(Vederhus, Sukker som smertelindring i nyfødtsorgen, u.å).

Side 2 av 2.



**VEDLEGG 3: TILTAK VED SMERTE HOS NYFØDTE**

Vedlegg har 3 sider: Da tabell henger sammen kan ikke sidetall føres over eller under tabell på gjeldende sider.

**Disse retningslinjene slutter seg til internasjonale retningslinjer for å forebygge og behandle smerte hos nyfødte barn.**

Den vanligste årsaken til smerte i nyfødtp perioden er de prosedyrer barna gjennomgår under behandlingstiden på en nyfødt intensivavdeling. Postoperativ smerte, smerte etter traumatisk førløsning og sykdomsrelatert smerte forekommer også. En prosedyre eller tilstand som anses å forårsake smerte hos voksne skal også antas å skape smerte hos nyfødte, og behandles deretter.

Smertebehandling i nyfødtp perioden bør inkludere:

- Optimalisert omsorgsmiljø og adferdsstøttende metoder, inkludert smokk og sukkervann.
- Medikamenter for forebyggende og behandling av smerte.
- Smertevurdering ved hjelp av CRIES eller PIPP. Nå brukes også COMFORTneo og AlpsNeo.

Fysiologisk påvirkning er vanlig ved langvarig behandling med opioider. Ved rask seponering kan abstinenssymptomer forekomme. Nedtrapping er nødvendig.

Subcutan/intramuskulær injeksjon:	Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak inkludert narresmokk og sukkervann. Eventuelt EMLA
Urinkateter:	Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak inkludert smokk og sukkervann. Xylocaingel.
Venepunksjon:	Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak inkludert narresmokk og sukkervann. Eventuelt EMLA til barn over termin
Ventrikkelsonde:	Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak inkludert narresmokk og sukkervann.

Øyebunnsundersøkelse:	Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak inkludert smokk og sukkervann. Øyelegen administrerer lokalanestetikum og evt. Voltaren øyedråper.
Navlekateter (arterie eller vene):	Dette er ikke smertefullt men fiksering kan være stressende. Unngå suturer i huden. Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak
Perifert arteriekateter:	Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak inkludert smokk og sukkervann. Eventuelt EMLA til barn over termin. Lokalanestetikum, eventuelt Opioider ved behov.
<b>Perifert venøs kateter (Venefloninnleggelse):</b>	Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak inkludert smokk og sukkervann. Eventuelt EMLA til barn over termin. Viktig å varme opp hånd/fot på forhånd!
<b>Pleuradrenasje:</b>	Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak. Viktig med godt leie og stabilisering av dren. Lokalanestetika og evt. opioider v/innleggelse. Paracetamol som base, og evt opioider under behandling.  Når dren fjernes; samme strategi eventuelt i kombinasjon med narresmokk og sukkervann.
<b>Pågående smerte og stress, f.eks:</b> Postoperativ smerte Ødemer Infeksjoner Forløsningstraume NEC  Meningitt Artritt	Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak inkludert smokk og sukkervann. Paracetamol som base. Opioider.
<b>Respiratorbehandling:</b>	Overveie opioidinfusjon, eventuelt sedativa. Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak. Adekvat respiratorinnstilling.
Blodprøvetaking kapillært:	Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak inkludert smokk og sukkervann.
Blærepunksjon:	Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak inkludert smokk og sukkervann. Eventuelt EMLA til barn over termin.
<b>Endotrakealsuging:</b>	Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak inkludert smokk og sukkervann. Eventuelt opioider.
Fjerning av tape, plaster, elektroder etc:	Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak inkludert smokk og sukkervann. Soyaolje (kan også brukes til de minste barna). Obs! Bruk duoderm under plaster.
Frilegging av perifer vene:	Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak inkludert smokk og sukkervann. Paracetamol.  Lokalanestetikum, eventuelt Opioider.

Håndtering i forbindelse med f.eks røntgen, ultra- lyd etc:	Adferdsstøttende tiltak inkludert smokk og sukkervann. Sedering ved lange MR undersøkelser
<b>Intubasjon:</b>	Antikolinergikum: Atropin Analgetika: Leptanal (Fentanyl) Muskelrelaksantia: Curacit Doseringer og blandingsforhold; se flippover
Lumbalpunksjon:	Optimalisert omsorgsmiljø. Adferdsstøttende tiltak inkludert smokk og sukkervann. Eventuelt EMLA til barn over termin. Lokalanestetikum, eventuelt opioider ved behov.

### **Optimalisert omsorgsmiljø**

Utviklingsstøttende pleie forenlig med NIDCAP

Beskytte barnet mot direkte lys.

Om mulig planlegge forstyrrelser etter barnets rytme og behov for hjelp til støtte.

Minimere forstyrrende stimuli som lyd og aktivitetsnivå på avdelinga.

Minimere antallet smertefulle inngrep, ta kun prøver som har klar diagnostisk verdi.

Samordne prøvetakninger.

### **Adferdsstøttende tiltak**

Hjelp barnet til å samle seg under og etter prosedyrer.

Støtte egenkontroll ved å holde barnets hånd mot han/hennes munn, la barnet gripe tak i noe, og støtte føttene.

Massere, vugge. Spilledåser kan brukes til modne, stabile barn. Ikke-nutritiv suging (narresmokk eller hånd).

Sukker vann. 1-2 ml 30% sukkervann til terminbarn. 0.1-0.4 ml til premature barn. Kan gis i små oppdelte doser, gjerne i kombinasjon med narresmokk. C-pap eller respiratorbehandling utgjør ingen hindring.

Sukker skal kun gis som smertebehandling.

Utelukk andre årsaker til smerte eks. full blære, venefloner etc.

(St. Olavs Hospital, 2005).

## VEDLEGG 4: INVASIVE PROSEDYRER

*Intubering* er ofte nødvendig i akutte situasjoner, og da kan det hende at det ikke alltid er mulighet for å gi smertestillende i forkant av prosedyren

(Tandberg & Steinnes, Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn, 2009, s. 195). I planlagte eller semi – akutte situasjoner skal smertelindring administreres og muskelrelaskjon skal gis rett før intubering.

Det er forklart at dersom det er tid til å pre-medisinere barnet, skal dette gjøres. Bakgrunnen for dette er at intubering er smertefullt for barnet (Tandberg & Steinnes, Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn, 2009, s. 195)

*Thoraxdren* blir benyttet i situasjoner ved luftlekkasje/pneumothorax<sup>60</sup> og etter kirurgiske inngrep for å drenere pleuravæske. Ved mistanke om pneumothorax må legen tilkalles umiddelbart og diagnosen stilles ved røntgen thorax eller mer upresist ved gjennomlysning av affisert lunge. Kliniske symptomer og hemodynamiske målinger er også viktig å kjenne til, som blant annet asymmetri av thorax (Tandberg & Steinnes, Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn, 2009, s. 196).

*Perifer venekanyle- veneflon*<sup>61</sup> (PVK).

Navlevenekateter er alltid anbefalt fremfor PVK rett etter fødsel ved behov for rask infusjon (Klingenberg & Nordhov, 2017, s. 41).

*Perifer arteriekanyle (Arteriekran)* er en av flere prosedyrer som utføres i løpet av de første levetimene til det premature barnet, og ofte gjennomgår disse barne denne spesifikke prosedyren flere ganger i løpet av deres intensivopphold. Innleggelse av arteriekanyle er forklart i Metode i nyfødtmedisin (2017, s. 40), delkapittel 3.2, og EMBLA krem og/eller analgesi med morfin/fentanyl er forklart som en del av forberedende i prosedyre.

Komplikasjoner etter innleggelse kan være redusert sirkulasjon distalt for arteriekanylen som kan medføre nekrose.

---

<sup>60</sup> Luftlekkasje som kan oppstå spontant etter fødsel eller som komplikasjon til overtrykksventilering. Dette er den hyppigste formen for luftlekkasje og kan medføre delvis eller total kollaps av ene eller begge lungene.

<sup>61</sup> Perifer venekanyle er en plastslange legges inn i en vene, eksempelvis på hånden eller underarmen. En måte å administrere intravenøse væsker eller legemidler.

## VEDLEGG 5: ALPS-NEO

Et kartleggingsverktøy for å validere og evaluere adferd hos et nyfødt barn. Dette er en ny smerte vurderingsskala opprettet for kontinuerlig vurdere smerte og stress hos premature og syke nyfødte barn. Barna som er innlagt på en nyfødt intensivavdeling blir ofte utsatt for gjentatte smertefulle prosedyrer og inngrep som kan medføre langvarig smerte og stress (Lundqvist, et al., 2014).

Astrid Lindgren and Lund Children's Hospitals Pain and Stress Assessment Scale for Preterm and sick Newborn Infants

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b><u>ANSIKTSUTTRYKK</u></b>	Fredelig	Bekymret uttrykk Kan grimasere lett	Spent uttrykk, kan gråte Haken henger pga lav tonus
<b><u>PUSTEMØNSTER</u></b>	Puster rolig og uanstrengt	Lett anstrengt pust Pustepauser	Anstrengt/rask pust Apnéer
<b><u>EKSTREMITETSTONUS</u></b>	Normal tonus	Vekslende tonus	Spent eller slapp
<b><u>HÅND/FOT MOTORIKK</u></b>	Avslappet	Lett knyttet Kan forsøke å gripe Hånd over ansiktet	Hardt knyttet Spriker med fingre/tær Slapp
<b><u>AKTIVITETSNIVÅ</u></b>	Våken rolig/ Sover rolig	Lett motorisk uro	Vedvarende motorisk uro Utmattet

**Björn A Larsson**, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukehuset, Stockholm

**Agneta Kleberg**, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukehuset, Stockholm

**Pia Lundqvist**, Institutionen för hälsa, vård och samhälle, Medisinska fakulteten, Lunds universitet Version 2013-03-11

**Unni Tomren, Eva Thor**, Norsk oversettelse, revisjon 2013-06-13. NIDCAP Norway, Neonatal intensiv seksjon, Ålesund Sjukehus.

(Lang & Steinnes, Besøksdato 18. august, 2019).

VEDLEGG 6: COMFORTNEO

Side 1 av 2.



## Vi tager børns smerter alvorligt



**Ny smerteskala:  
COMFORTneo**

COMFORT neo Scale		
<b>Vågenhed</b>	Dyb søvn (Lukkede øjne, ingen ansigtsbevægelser)	1-0
	Lett søvn (Lukkede øjne, ansigtsbevægelser)	2-0
	Slette vågenhed (Åbne øjne, ingen ansigtsbevægelser)	3-0
	Aktiv vågenhed (Åbne øjne, ansigtsbevægelser)	4-0
	Vågnet og hyperreaktivitet	5-0
<b>Kvæmsværdier</b>	Rullig (Vækker hals og nakke)	1-0
	Lidt anspændt (Viser lidt anspændelse)	2-0
	Ergenselig (Vækker særlig, men forbliver i balance)	3-0
	Ikke anspændt (Vækker meget særlig, kan knase bevæge selvkontroll)	4-0
	Paniklignende (Ikke sikker med tab af selvkontrol)	5-0
<b>Respiratorisk respons</b> <i>(Vær opmærksom på: respiratorforholdstid)</i>	Ingen spontan respirator	1-0
	Spontan respirator på respirator	2-0
	Eks eller modstand mod respirator	3-0
	Aktiv vopretning mod respiratoren eller hoste jævnligt	4-0
	Kemper mod respiratoren	5-0
<b>Gråd</b> <i>(Vær opmærksom på: modværdig barn)</i>	Ingen gråd	1-0
	Svag gråd	2-0
	Dæmpet gråd eller klynken	3-0
	Kraftig gråd	4-0
	Ikke gråd eller skrig	5-0
<b>Kropsbevægelser</b>	Ingen eller minimal bevægelser	1-0
	1-3 lette bevægelser af armer og/eller ben	2-0
	> 3 lette bevægelser af armer og/eller ben	3-0
	1-3 kraftige bevægelser af armer og/eller ben	4-0
	> 3 kraftige bevægelser af armer og/eller ben - eller hele kroppen	5-0
<b>Ånsigtsrødder</b>	Helt afslappet ansigtsmuskulatur, afsløppet åben mund	1-0
	Normal ansigtsrødder	2-0
	Periorbitar sammentrykkende lukkede øjne og rykket pande	3-0
	Vidvandede sammentrykkende lukkede øjne og rykket pande	4-0
	Fortykket ansigtsmuskler og grimaserer (sammensmækkede øjne, rykket pande, åben mund, nasal-lukketinger)	5-0
<b>Muskulatur</b> <i>(Kun observeres)</i>	Helt afslappet muskler (Åbne hænder, særlig, åben mund)	1-0
	Normal muskulatur, mindre modstand end normalt	2-0
	Normal muskulatur	3-0
	Ugent muskulatur (Krytende hænder og/eller krytende, hujede læber)	4-0
	Eksrem muskulatur (Stivhed og højning af finger og/eller læber)	5-0
<b>Total score</b>		

**Smertescoring  
x 1  
i hver vagt**

**Plejeplan  
til børn i risiko  
for smerter**


**Farmakologiske  
tiltag fx:  
▪ Paracetamol  
▪ Morfin**


**Non  
Farmakologiske  
tiltag fx:  
▪ Sukkervand  
▪ NIDCAP**

LSM 2012

(Lang & Steinnes, Besøksdato 18. august, 2019)

**COMFORT SCALE**

 RIKSHOSPITALET  
SIRSERVISEN

<p><b>VÅKENHET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ SOVER DYPT 1</li> <li>➤ SOVER LETT 2</li> <li>➤ SOVING 3</li> <li>➤ VÅKEN OG OPPMERKSOM 4</li> <li>➤ VÅKEN OG OPPJAGET 5</li> </ul>	<p><b>RESPIRATORISK RESPONS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ INGEN HOSTE OG INGEN SPONTAN RESPIRASJON 1</li> <li>➤ SPONTAN RESPIRASJON MED LITEN ELLER INGEN BETYDNING FOR VENTILERINGEN 2</li> <li>➤ HOSER AV OG TIL ELLER YTER MOTSTAND MOT RESPIRATOREN 3</li> <li>➤ PUSTER AKTIVT IMOT RESPIRATOREN ELLER HOSER OFTE 4</li> <li>➤ KJEMPER IMOT RESPIRATOREN, HOSER ELLER HAR LUFTHUNGER 5</li> </ul>	<p><b>ANSIKTSUTTRYKK/SPENNING</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ANSIKTMUSKLENE ER TOTALT AVSLAPPET 1</li> <li>➤ NORMAL MUSKELTONUS I ANSIKET – INGEN SYNLIGE MUSKELSPENNINGER 2</li> <li>➤ SYNLIGE SPENNINGER I ENKELTE ANSIKTMUSKLER 3</li> <li>➤ SYNLIGE SPENNINGER I ALLE ANSIKTMUSKLENE 4</li> <li>➤ ANSIKTMUSKLENE ER FORDREID OG BARNET LAGER GRIMASER 5</li> </ul>
<p><b>ROLIGHET/AGITASJON</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ROLIG 1</li> <li>➤ LITT ENGSTELIG 2</li> <li>➤ ENGSTELIG 3</li> <li>➤ SVÆRT ENGSTELIG 4</li> <li>➤ PANISK 5</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>ALTERNATIVT:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GRÅT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PUSTER ROLIG, INGEN GRÅT 1</li> <li>➤ SUTRER ELLER SMÅGRÅTER AV OG TIL 2</li> <li>➤ KLYNKER/GAMRER KONTINJERLIG 3</li> <li>➤ GRÅTER 4</li> <li>➤ SKRIKER 5</li> </ul>	<p><b>MUSKELTONUS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ TOTALT AVSLAPPET MUSKULATUR – INGEN MUSKELTONUS 1</li> <li>➤ REDUSERT MUSKELTONUS – MINDRE MOTSTAND ENN NORMALT 2</li> <li>➤ NORMAL MUSKELTONUS 3</li> <li>➤ ØKT MUSKELTONUS OG FLEKSJON I FINGRE OG TÆR 4</li> <li>➤ EKSTREM MUSKEL RIGIDITET OG FLEKSJON I FINGRE OG TÆR 5</li> </ul>
<p><b>FYSISK BEVEGELSE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ INGEN BEVEGELSER 1</li> <li>➤ AV OG TIL SVAKE ELLER SMÅ BEVEGELSER 2</li> <li>➤ REGELMESSIGE, SMÅ, ROLIGE BEVEGELSER 3</li> <li>➤ LITLIGE BEVEGELSER BEGRENSET TIL EKSTREMITETER 4</li> <li>➤ LITLIGE BEVEGELSER INKLUDERT HODE OG KROPP 5</li> </ul>	<p><b>NUMERISK SKALA</b></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>  <p style="text-align: center;">INGEN SMERTE <span style="float: right;">VERST TENKELIG SMERTE</span></p>	

Norsk Versjon Av Comfort Scale © CS-GRUPPEN BARNEKUNSTEN/RH

(Sørensen & Wøien, 2011, s. 82).

Side 2 av 2.

## VEDLEGG 7: APGAR SCORE

Vedlegg har 3 sider:

Da tabell henger sammen kan ikke sidetall føres over eller under tabell på gjeldende sider.

	0 poeng	1 poeng	2 poeng
<b>(A) Activity Muskeltonus</b>	Slapp	Noen få bevegelser	Aktive bevegelser
<b>(P) Pulse Hjertefrekvens</b>	Ingen puls	Under 100 slag i minuttet	Over 100 slag i minuttet
<b>(G) Grimace Reaksjon</b>	Mangler	Svak, kun grimaser	Nyser, hoster eller gråter
<b>(A) Appearance Hudfarge</b>	Blålig eller blek	Kroppen er rosa, men armer og ben er blå	Hele kroppen er rosa eller rødlig
<b>(R) Respiration Pust</b>	Puster ikke selv	Overfladisk og uregelmessig	Puster godt og gråter

(Eriksen & Leirvik, 2019).

<u>Hvordan brukes Apgar Score?</u>
<p>Når et barn er født, like etter fødselen, stimuleres barnet til å skrike. Jordmor vil etter det første minuttet vurdere barnets helsetilstand, deretter fem og ti minutter etter fødselen. Dette gjøres ut ifra de fem kriteriene i Apgar testen. For å utføre denne testen er det ikke behov for å ta blodprøver eller andre tester. Det er kun jordmors observasjon som ligger til grunnlag for testen.</p> <p>Dersom poengsummen er lavere enn ønsket, og ikke stiger, vil dette indikere mer</p>



	<p>enn noen små «startvansker». På dette tidspunktet vil barnelegen overta. (Eriksen &amp; Leirvik, 2019)</p>
<p><b><u>Hvordan vurderes poengsummen?</u></b></p>	<p>For hvert av punktene kan barna få 0 – 2 poeng. 0 er den laveste totale summen og 10 er den høyeste.</p> <p>Testresultatene kan variere ut ifra hvem som tar testen, og alle barn får ikke to poeng på alle testene, men de aller fleste barna scorer totalt mellom 7 og 10 poeng. Det som kan føre til slike forskjeller av observasjon, er hudfarge og pust. Det er fordi det ikke er alltid like godt å se hvor godt barna puster, mens det er lett å skille mellom et barn som puster, og et barn som ikke puster.</p> <p>Hvis et barn scorer under 3 poeng kan det være aktuelt med resuscitering.</p> <p>Poengsum mellom 3 og 6, følges barnet tettere opp og testen gjentas hyppig og en vil vurdere tiltak.</p> <p>Premature og barn født med keisersnitt etter høyrisiko svangerskap med komplikasjoner samt barna som er født etter fødselskomplikasjoner, scorer ofte lavere. (Eriksen &amp; Leirvik, 2019)</p>
<p><b><u>Hvilken betydning har poengsummen?</u></b></p>	<p>Apgar Score er en grov vurdering om et barn er friskt eller ikke. Denne testen er kun</p>

	<p>en indikator og stiller ikke en diagnose. Svært lave poengsummer over de første fem til ti minuttene, øker risiko for komplikasjoner, men det trenger nødvendigvis ikke bety at det vil skje (Eriksen &amp; Leirvik, 2019).</p> <p>Ofte kan lav score det bety at barnet trenger litt ekstra oksygentilførsel i begynnelsen, men langvarig lav Apgar Score kan bety at det er økt risiko for cerebral parese (Eriksen &amp; Leirvik, 2019).</p>
--	--

## VEDLEGG 8: REGISTRANTANALYSE

Vedlegg har 14 sider: Da tabell henger sammen kan ikke sidetall føres over eller under tabell på gjeldende sider.

Forskningsspørsmål jeg har stilt til registranten er følgende:

- Hvordan posisjoner de ulike sykepleierne og legene seg i behandlingen til premature barn, og hvilke disposisjoner har den enkelte aktøren med seg for å posisjonere seg slik som de gjør i forhold til barns smerteopplevelse ved invasive prosedyrer.
- Hva er posisjoneringen til de ulike aktørene i tidsskrift og hva er deres kampsak?
- Hvordan mener de ulike posisjonene at tilbudet til de ekstremt premature bør være?
- Hvordan kommer de ulike meningene til uttrykk i litteraturen? (I *Tidsskriftet for den Norske legeforening*, *Tidsskriftet Sykepleien*, *Tidsskriftet PAIDOS* og *Tidsskriftet Norske Barnesmerteforening*)

**Leger, forskere og spesialister i barnemedisin og pediatri fra Tidsskriftet Den Norske Legeforening 2001 -2018**

I dette tidsskriftet har masterstudenten funnet gode kilder til masteroppgaven og meget interessante temaer som handler om behandlingsbegrensninger, risikofaktorer ved å være ekstremt for tidlig født, medikamentbruk på nyfødte, behandlingsetikk og kostnader. Tok med en artikkel med historisering av prematurbehandling gjennom de siste 40 årene, som viser hvor stor utvikling prematur behandling har gjennomgått og hvilke spørsmål dette setter i behandlingsetikken. Det gir også masteroppgaven en god innsikt i hvor langt den medisinske utviklingen har nådd, men det skaper også flere spørsmål om hvor vidt smertelindringspraktikker ikke skal følge resten av utviklingen. Det er flere prosedyrer, undersøkelser, intravenøse tilganger, arteriekraner, pustehjelp og blodprøver. De ekstremt premature barna gjennomgår de ulike invasive prosedyrene mange ganger i løpet av sitt opphold fordi det er livsnødvendig, men er ikke smertelindringen på lik linje livsnødvendig?

Eksempler på kampområder fra DNL fra 2001 til 2016 er:

*«ønske om å optimalisere tverrfaglig samarbeid/behandling av svangerskap med truende fødsel før GA 23» (2001), «det er ønskelig med økt informasjon omkring medikamentell bruk, metabolisme og virkning hos nyfødte med ulik modning, ulik alder og ulik grad av sykdom slik at det kan legges til rette for praktisk bruk i en klinisk hverdag» (2003), «Framfor å bruke ytterligere ressurser på å utvide grenselandet, bør disse ressursene brukes i den behandlingen vi allerede tilbyr/gir» (2016)<sup>62</sup>.*

---

<sup>62</sup> Jf. vedlegg 8: Registrantanalyse som viser kampsaker til innhentet empiri fra ulike agenter.

<u>Årsta</u> <u>II</u>	<u>Agentene og</u> <u>deres</u> <u>Posisjon?</u>	<u>Tittel og</u> <u>referanse</u>	<u>Hva handler</u> <u>det om?</u>	<u>Kampsak?</u> <u>Hovedfunn?</u>
2001	<b>Halvard Reigstad,</b> seksjonsoverlege og forsker ved Barneklubben, Haukeland Universitetssykehus.  <b>Trond Markestad,</b> professor i barnemedisin ved Haukeland universitetssykehus	Behandling av ekstremt premature born – kva grenser og kva problem?  (Reigstad & Markestad, 2001)	Optimal behandling; avhengig mellom allmennpraktiker, lokalsykehus og avdeling.  Forfatterne skriver om hvordan en skal behandle barnet, hvor tidlig en skal behandle og risikofaktorer ved behandling av ekstremt premature barn.	Optimal tverrfaglig behandling av svangerskap med truende fødsel før GA 28. Behandling bør rettes etter utvikling av behandling og framtidsutsikter/livskvalitet. Viktig med å føre fødselsregister for ekstremt premature for å bedre kvalitetskontroll.
2003	<b>Thor Willy Ruud Hansen,</b> Barnelege/overlege, professor dr.med., Nyfødtavdelingen, Barne- og ungdomsklinikken Oslo Universitetssykehus, og leder for Norsk barnelegeforening.  <b>Betty Kalikstad,</b> Lege med spesialisering i pediatri, Oslo Barneklinnikk.	Medikamentell behandling av nyfødte – et sjansespill?  (Kalikstad & Ruud Hansen, Medikamentell behandling av nyfødte – et sjansespill?, 2003).	Forfatterne skriver en kronikk som omhandler bruken av medikamenter på nyfødte og barn innlagt på intensiv. De beskriver en manglende forskning på medikamenter hos nyfødte og at 2 av 3 barn mottar ikke-godkjent legemiddelbehandling.	Medikamentell behandling av nyfødte og barn som mottar intensiv behandling som er ikke godkjent for bruk hos denne pasientgruppen. Det er ønskelig med økt informasjon omkring medikamentell bruk, metabolisme og virkning hos nyfødte med ulik modning, ulik alder og ulik grad av sykdom slik at det kan legges til rette for praktisk bruk i en klinisk hverdag.
2010	<b>Dag Bratlid,</b> Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer	Behandlingen av svært for tidlig fødte barn de siste 40 år.	Store forandringer av prematurbehandling gjennom de siste tiårene da den hadde sitt opphav i 1970.	Hovedfunn: Intensivbehandling av svært for tidlig fødte barn har hatt en betydelig utvikling her i landet de siste 40 år

	<p>Det medisinske fakultet Medisinsk- teknisk forskningscenter Norges teknisk- naturvitenskapel ige universitet.</p> <p>Anja Nordermoen, Det medisinske fakultet Medisinsk- teknisk forskningscenter Norges teknisk- naturvitenskapel ige universitet</p>	(Bratlid & Nordermoen, 2010).		<p>Siden 1989 har barn født etter bare 23 ukers svangerskapslengde overlevde. Utviklingen skyldes antakelig like mye bedret pre- og perinatal behandling som bedret behandling av barnet etter fødselen</p> <p>De mest umodne barna representerer imidlertid fortsatt store behandlingsmessige og ressursmessige utfordringer</p>
2014	<p><b>Paal H. H. Lindenskov,</b> Overlege ved Avdeling for anestesiologi, Akuttklinikken Oslo universitetssyke hus, Rikshospitalet</p>	<p>Respiratorbehandli ng av premature.  (Lindenskov, 2014).</p>	<p>Behandling med høyfrekvent respirator ga bedre lungefunksjon og skoleprestasjon enn med konvensjonell respirator. Disse resultatene er på bakgrunn av respiratorteknolog ien ved årtusenskiftet.</p>	<p>Optimal respiratorbehandli ng for å motvirke negativ påvirkning av hjernens utvikling.</p>
2016	<p><b>Dag Bratlid,</b> Institutt for laboratoriemedi sin, barne- og kvinnesykdomm er Det medisinske fakultet Medisinsk- teknisk forskningscenter</p>	<p>Premature og behandlingsgrens er- etikk og prioritering.  (Bratlid, 2016).</p>	<p>Forholdet mellom behandlingsetikk, kostnader prioriteringer har ikke blitt lettere.</p>	<p>Framfor å bruke ytterligere ressurser på å utvide grenselandet, bør disse ressursene brukes i den behandlingen vi allerede tilbyr/gir.</p>

	Norges teknisk- naturvitenskapel ige universitet.			
--	---	--	--	--

**Studier og masteroppgaver av spesialsykepleiere i intensiv – og barnesykepleie fra Sykepleien Forskning.**

Sykepleiere med spesialkompetanse gjennom mange tiår med smertebehandling til premature og syke nyfødte. Velger å ta med de ulike studiene og artiklene som handler om smertere registrering, det å øke bevissthet rundt temaet smerte samt utfordringene som sykepleier har til daglig i en klinisk hverdag. Intervjuer inkluderes fordi slike artikler og studier viser til hvordan den enkelte sykepleier opplever praksis omkring det som problemstillingen omtaler og søker svar på. Dette for å fremstille praksis så realistisk som mulig fra de ulike perspektivene i det sosiale rom, som lege og som sykepleier, med de holdninger, synspunkt, utdanningsgrunnlag og kampsaker.

Eksempler fra *Sykepleie Forskning og Barnesykepleierforbundet – Norsk sykepleierforbund. Tidsskrift for barnesykepleiere* fra 2009 til 2016 er:

«Fremme god og trygg smertelindring til premature barn ved å øke kunnskap og fokus på hva som oppleves som problematisk og utfordrende – synliggjøre det problematiske for å synliggjøre hvor riktige tiltak kan iverksettes» (2007), «fremme refleksjon og diskusjoner rundt smertelindring og hvorvidt smerter blir oppdaget og behandlet» (2007), «Å beskrive forholdet mellom sykepleiere og leger på kirurgisk sengepost for barn. Dette basert på forsker sitt hovedinntrykk fra erfaring» (2014), «Oversette viktige arbeidsverktøy og dokumenter som er sentrale i NIDCAP arbeidet» (2014)<sup>63</sup>.

---

<sup>63</sup> Jf. vedlegg 8 - Registrantanalyse for å vise til enkelte utvalgte eksempler for registranten som viser noen av studiens kampsaker. Dette er kun enkelte utvalgte eksempler. For flere og mer utfyllende eksempler vises det til vedlegg 8 i sin helhet.



<u>Årstall</u>	<u>Agentene og deres posisjon?</u>	<u>Tittel og referanse</u>	<u>Hva handler det om?</u>	<u>Kampsak? Hovedfokus?</u>
2007	<b>Anette Winger</b> <b>Spesialsykepleier,</b> Førstemanuensis, OsloMet, Institutt for sykepleiere og helsefremmede arbeid. Har i senere tid tatt PhD (2016).	«Se meg». Sykepleiere i møte med smertelindring til premature barn.  (Winger, 2007).	Basert på intervju av åtte sykepleiere som jobber ved to neonatalavdelinger: Aktørene innenfor feltet forklarer en praktikk med sterke beskrivelser som tortur og overgrep når smertelindringen ikke erfares som optimal eller tilfredsstillende. Ulike aktører (sykepleiere og leger) beskrives som å jobbe ved siden av hverandre i stedet for med hverandre. Det beskrives også at aktørene som jobber innenfor dette spesielle medisinske feltet, forventes å ha kunnskaper og ferdigheter for å kunne ha tilstrekkelig oversikt over barnets ulike og unike tilstans.	Fremme god og trygg smertelindring til premature barn ved å øke kunnskap og fokus på hva som oppleves som problematisk og utfordrende – synliggjøre det problematiske for å synliggjøre hvor riktige tiltak kan iverksettes.
2007	<b>Inger P. Landsem,</b> Spesialsykepleier på nyfødt intensiv avdeling over 14 år. Var med på å starte opp Barnesmerteforeningen og barnesykepleierforbundets smerteprojekt.	Sykepleierens tilgang til det smertefulle hos det svært fortidligfødte barnet.  (Landsem, 2007).	Hvordan sykepleiere gjenkjenner noe som svært smertefullt hos de ekstremt premature barna under behandling	Det oppfattes slik at det som er viktig for aktøren er å fremme refleksjon og diskusjoner rundt smertelindring og hvorvidt smerter blir oppdaget og behandlet.

			ved neonatale intensivavdelinger.	
2009	<b>Anne Marit Føreland</b> , Barnesykepleier, Sørlandet Sykehus.	Øvelse gir mestring.  (Føreland, 2018).	Forfatter skriver at erfaringsbasert kunnskap fra aktuelle sykehus beskriver mangel på erfaring og kunnskap rundt akutt situasjoner og behandling av det nyfødte barnet når en må gjenopprette vitale funksjoner. Årsaken rundt problemstillingen beskrives til å ligge i mangelfull trening på akutt situasjoner grunnet for mange deltidsstillinger, begrenset antall slike hendelser og utskifting av personalet. Forfatters ønske er at ledelse, personale og	Økt bidrag til simulering av akutt situasjoner og HLR på Nyfødteintensivavdelinger. Økt kunnskap og trygghet rundt akutt situasjoner.
2016	<b>Bente Johanne Vederhus</b> Spesialsykepleier på Nyfødteintensiv, PhD. Seksjon for nyfødte, Barneklubben, Haukeland Universitetssykehus og Høgskolen i Bergen.	Helserelatert livskvalitet, emosjonelle problemer og atferdsvansker og opplevelse av smerte etter ekstrem prematur fødsel.  (Vederhus, Health-related quality of life, emotional and behavioural difficulties and perception of pain after	Doktorgraden tar for seg helserelaterte utfordringer, som livskvalitet, emosjonelle og atferdsmessige problemer, samt smertetoleranse og smerteopplevelse hos prematurt fødte helt opp til 24 års alder.	Øke kunnskap om subjektiv helse og velvære etter prematur fødsel og se utvikling over tid.

		extreme preterm-birth : a population- based longitudinal cohort study, 2015).		
--	--	---	--	--

**Barnesykepleierforbundet – Norsk sykepleierforbund.****Tidsskrift for barnesykepleiere.**

Innunder denne delen velger jeg å ta med ulike artikler som fremmer barnesykepleiernes kampsak og deres fokusområder rundt barn og smerte. Ikke alle omtaler premature, men velger å inkludere artikkel av Andrè Grundevig (2009) (2017) da ekstremt premature står i risikogruppe for å utvikle Cerebral parese ved lav GA og grunnet underutviklet hjerne ved fødsel. Hjerneblødning er forklart i Cerebral Parese- foreningen (Andresen, u.å) som den hyppigste årsaken for utvikling av CP.

<u>Årstall</u>	<u>Agentene og deres posisjon?</u>	<u>Tittel og referanse</u>	<u>Hva handler det om?</u>	<u>Kampsak? Hovedfokus?</u>
2009	<b>Kari Gloppestad</b> Cand. Polit. tidligere Forskningssykepleier ved Barneklubben, Rikshospitalet.	Etablering av tidlig hud til hud kontakt (kenguru omsorg) for premature barn og deres foreldre ved nyfødtsseksjonen, Barneklubben, rikshospitalet  (Gloppestad, 2009).	Artikkelen bygges på et intervju på neonatal sykepleierdag i 2008; Ønske om at helsepersonale som posisjonerer seg i felt rundt premature skal bidra til tidlig binding/tilrettelegge for tidlig hud-til-hud kontakt,	På bakgrunn av en personlig kjennskap til prematuritet, tidlig hud- til – hud kontakt og gjennom arbeidet over flere tiår har aktør ønske om å fremme innsikt for behovet for tidlig bånd mellom det ekstremt premature barnet og foreldre.
2009	<b>Andrè Grundevig</b> Barnesykepleier, Barne- avdelingen Universitetssykehuset Nord Norge	Smerter hos barn med komplekse problemstillinger.  (Grundevig A. , 2009).	Et utdrag fra en fordypningsoppgave i barnesykepleie; belyser kroniske smerter hos barn med Cerebral Parese (CP) <sup>64</sup> , samt verktøy som kan brukes for å avdekke slik smerte.	Tettere og bedre oppfølging av smertevurdering og smertebehandling hos barn med spesielle behov, som CP.
2014	<b>Unni Tomren,</b> Barnesykepleier,	Kommunikasjon gjennom	Et oversettelsesprosjekt	Oversette viktige arbeidsverktøy og

<sup>64</sup> Cerebral Parese (CP) er en samlebetegnelse på tilstander med endret motorisk funksjon, og skyldes en skade i den umodne hjerne (fra fosterliv til fylte 2 år).

	NIDCAP trener, Neonatal Intensiv seksjon, BUA, Ålesund sykehus.	krosspråk-NIDCAP tolker det premature barnets adferd.  (Tomren, 2014).	som har gitt norsk helsepersonell tilgang til manualer og arbeidsverktøy i avdelinger som anvender NIDCAP.	dokumenter som er sentrale i NIDCAP arbeidet. Det var ønskelig for å utdanne mer helsepersonell som er interessert innenfor denne metoden ved norske sykehus.
2014	<b>Peter Forde Hougaard</b> , Barnesykepleier, stipendiat, senter for profesjonsstudier, Høyskolen i Oslo og Akershus.	Sykepleiere og legers samhandling på en sengepost for barn.  (Hougaard, 2014).	Artikkel som bygger på en norsk studie hvor forskeren utførte deltagende observasjon av sykepleier og leger søker å finne/beskrive kjennetegnene ved samhandling mellom sykepleiere og leger i det daglige arbeidet (og i situasjoner), på kirurgisk sengepost for barn.  Ett av funnene (som er av relevans for min studie) er at det var en kombinasjon av hierarkiske relasjoner mellom sykepleiere og leger samt tidspress hadde innvirkning på mangelfull tverrfaglig behandling.	Å beskrive forholdet mellom sykepleiere og leger på kirurgisk sengepost for barn. Dette basert på forsker sitt hovedinntrykk fra erfaring.
2017	<b>Lene Tandle Lyngstad</b> Barnesykepleier og fagutviklingssykepleier, Drammen sykehus, Vestre Viken.  <b>Solfrid Steinnes</b> Høyskolelektor og Intensivsykepleier Lovisenberg Diakonale Høgskole, og Nyfødtintensiv, Oslo Universitetssykehus.	Smerteprojektet COMFORTneo  (Lyngstad & Steinnes, 2017).	Premature og syke nyfødte som gjennomgår mange smertefulle prosedyrer og stressende handlinger i løpet av oppholdet på nyfødtintensiv avdeling, og COMFORTneo n avdekke smerter og stress hos premature og syke nyfødte kan avdekkes ved å bruke	Implementering av smerteregistrerings skjema COMFORTneo for at syke nyfødte og premature blir rutinemessig vurdert for pågående stress og smerte.

			dette verktøyet i en praktisk hverdag.	
--	--	--	---	--

**Leger, forskere og spesialister i barnemedisin og pediatri fra Paidos 2001 - 2018**

Velger å ta med Paidos for å fremstille legenes disposisjoner fra det enkeltes perspektiv til de ulike utfordringene og problemstillingene. Det er ikke kun konstruert frem artikler fra tidsskrift relatert til smerter, men jeg tenker at det er viktig å ta frem disposisjoner som holdninger og hvordan disse holdningene kommer til syne. Dette for å fremstille praksis så realistisk som mulig fra de ulike perspektivene i det sosiale rom, som lege og sykepleier, med de ulike holdninger, synspunkter, utdanningsgrunnlag og kampsaker.

<u>Årstall</u>	<u>Agentene og deres posisjon</u>	<u>Tittel og referanse</u>	<u>Hva handler det om?</u>	<u>Kampsak? Hovedfokus?</u>
2016	<b>Thor Willy Ruud Hansen</b> Overlege, professor dr.med., Nyfødtavdelingen, Barne – og ungdomsklinikken Oslo Universitetssykehus.	En rutinejobb, eller det nye livets mirakel?  (Ruud Hansen, En rutinejobb, eller det nye livets mirakel?, 2016).	En selvbiografi av forfatter hvor han beskriver seg selv i sin kliniske arbeidshverdag med sin habitus som følge. Forfatter forklarer, slik jeg forstår det, er at en betydning og glede for arbeidshverdagen ligger i hvor mye en selv velger å investere i det aktuelle barnet, foreldre og eventuelle søsken.	<b>Kampsak:</b> Å se verdien i den rutinemessige kliniske hverdagen.  <b>Hovedfokus:</b> Se gleden i de små tingene i arbeidshverdagen, de som ikke får adrenalinet til å toppe seg eller hvor dramaet og «blålys-faktoren» er sterkt tilstede.
2017	<b>Ida Joolaei, Marit C. Konradsen, Stine Larsen, May-lill Johansen og Claus Klingenberg</b>  Det helsevitenskapelige fakultet, UIT – Norges Artiske Universitet	Holdninger til ekstremt premature barn hos leger og sykepleiere på nyfødtintensivavdelinger.  (Ruud Hansen, T. W., En rutinejobb, eller det nye livets mirakel?, 2016).	Intervjuer av spesialsykepleiere og overleger i Norge og Sverige om når en skal starte opp intensivbehandling av premature barn i «gråsonen- på grensen til levedyktighet».	Kartlegging av holdninger til helsepersonell som jobber ved nyfødtintensiv avdeling har til prognose, behandling og videre oppfølging av ekstremt premature barn.

<b>2018</b>	<b>Thor willy Ruud Hansen</b> Professor emeritus i pediatri (UiO) og leder Klinisk Etikk – komitè, Oslo Universitetssykehus.	Grensesetting, grenseoverskridelse og grenseflytting- noen etiske betraktninger.  (Ruud Hansen, T. W., 2018).	Forfatter beskriver medisinsk karakter som banebrytende og etisk utfordrende Pediatrien omfatter store etiske utfordringer	Kampsak: Bevisstgjøring og tydeliggjøring av verdivalg. Hovedfokus: Medisinsk kunnskap, slik refleksjon lydhørhet pasienten pårørendes synspunkter, er våre verktøy på veien.
-------------	---	---	---	--



## VEDLEGG 9: MASTERSTUDENTEN SIN HABITUS

Vedlegg har 7 sider:

Da tabell henger sammen kan ikke sidetall føres over eller under tabell på gjeldende sider.

Masterstudenten sin habitus, en konstruksjon					
Posisjon	Disposisjon	Kulturell kapital	Økonomisk kapital	Sosial kapital	Posisjoneringer
Kvinne i et kvinne-dominerende yrke, masterstudent ved HVL og sykepleier. Sterkt engasjement for pasienter som ikke har evne til å verbalt uttrykke smerter - nyfødte og (ekstremt) premature. Har ingen personlig erfaring eller relasjon til premature barn.	Født desember i 1986. Har 7 søsken, 4 yngre og 3 eldre. Min eldste bror døde som følge av hjertestans i 2019. Foreldre er begge ugift og bor i ulike landsdeler. Far har jobbet offshore siden 1989 og mor har ingen utdanning og er i dag uføretrygdet. Mor side; mor jobbet på sjøen og senere hjemme med barn Var uføre de siste årene grunnet lungesykdom. Far sjømann, men også ufør de siste årene grunnet sykdom.  Far side; mor oppvokst på Askøy og jobbet som farmasøyt. Sluttet i arbeid etter hun ble gift og fikk barn. Hjemmeværende med 5 barn. Senere jobbet i renhold for større privat firma i Bergen samt nærbutikken.	Bachelor i sykepleie, jobbet som sminkør, bartender og servitør før påbegynt utdanning i 2009. Jobbet fast på helg og som vikar på sykehjem til 2015 i perioden jeg tok opp videregående, generell studiekompetanse og Ambulansefag. sykehus og 50% på natt i bofellesskap med psykisk og fysisk syke gjennom 3 års bachelorutdanning.  Jobbet to år på ortopedisk avdeling ved universitetssykehus etter ferdigutdannet sykepleier. Videreutdanning i klinisk sykepleie, Intensivsykepleie over 1,5 år. Intensivsykepleie med mastergrad	Grunnlønn som sykepleier ligger på ca. 410 – 538 000kr/år , øker med ansiennitet og som spesial-sykepleier. Eier egen bil, og har eid egen bolig. Salg av bolig, og nå sparing til større bolig.	Har stor familie som jeg har god kontakt med på daglig basis. Er ikke gift, men har samboer. Har tre egne barn og to «bonus» barn som samboer har fra tidligere ekteskap .  Har flere barndom svenner som jeg har kontakt med, og flere gode venner som jeg har fått i voksen alder gjennom studier	Ekstremt premature blir overlatt til helsepersonell den første levetiden og etterhvert blir foreldrene en større del av behandlingen. Ekstremt premature kan få helseutfordringer i større eller mindre grad senere i livet som følge av å være født mye for tidlig. Barn som er født premature/ ekstremt prematur får oppfølgingskontroller sammen med foreldrene på barnesykehus, poliklinisk. Min posisjonering: Mine disposisjoner fra oppvekst på 1990 og 2000 – tallet, kulturell kapital fra

	<p>Far sjømann på båt. Hjemme på helgepermer få ganger ilet de første leveårene til barna. De siste ca. 20 arbeidsaktive årene jobbet han på Hurtigrutene i Bergen og gikk av i tidlig pensjon. Har de senere årene brukt tiden sin på å reise til Solund, hvor han er født og vokst opp.</p> <p>Jeg har vokst opp i et hjem med en mor som enslig forsørger og 5 søsken. Store deler av oppvekst var jeg annen hver helg og i ferier hos besteforeldre på farsiden. Min farmor var en av min barndoms viktigste omsorgspersoner. Besteforeldre har ved sykdom i stor grad vært overlatt til omsorgstjenester, men det har kun vært kortvarig ved akutte sykdomsforløp. Av mine 7 søsken er 4 utdannet på videregående nivå/yrkesutdanning, og 1 utenom meg selv har høyere utdanning.</p>	<p>som mål er et viktig forsøk på å heve min kulturelle kapital og min status som sykepleier. Har også tatt Offshoresykepleie som videreutdanning, deltid over 1 år, 30 studiepoeng. Dette for å øke muligheter på sikt for eventuelle jobbmuligheter. Frivillig i Røde Kors Ambulansen siden 2014. Er styremedlem i NSFLIS Hordaland. Har reist og bodd store deler av tenårene i utlandet, Spania og England. Stor språkinteresse og språkkunnskap, engelsk og spansk.</p>		<p>og nabo-forhold. Har bodd på mange ulike steder og min far bor i Stavanger. Bodd til og fra i Spania i løpet av ungdomsårene, og nesten tre år i England.</p>	<p>utdanning med samfunnsvitenskaplig forankring og kritisk tenkning samt sosial kapital hvor jeg har barn og gode sosiale og relasjonelle forhold til menneskene jeg møter, tenker jeg har en viss sammenheng. I forhold til tematikken av masteroppgaven tenker jeg at det er i hovedsak mine oppvekstvilkår som har ført meg hit og som har ledet meg til min posisjonering og hvorfor masteroppgaven påpeker mangelfull smertelindring av ekstremt premature.</p>
--	--	--	--	--	---

	<p>Min eldste bror, som nå har gått bort, slet i mange år med rusmisbruk. Mellomste sønnen til min mor lider av psykisk sykdom, og bor fast med min mor som er pårørende og omsorgsperson. Jeg har også deltatt i varierende grad etterhvert som jeg ble eldre og har medisinsk kompetanse. Jeg har blitt en tillittsperson for min psykisk syke bror.</p> <p>Besteforeldre har vært en stor del av min oppvekst, på både morsside og farsside. Min oldemor lever den dag i dag i omsorgsbolig og klarer seg for det meste selvstendig. Hun blir 95 år i år. Oppveksten min har vært preget av lite stabilitet økonomisk og sosialt. Vi har flyttet mye og jeg har gått på 11 ulike barneskoler fra 1 – (9) 10klasse, både i Norge og utlands. Mye av min oppvekst har vært preget av usikkerhet og lite stabilitet av</p>				
--	--	--	--	--	--

	<p>omsorgspersoner, hyppig bytte av sosialt nettverk. Jeg tenker at mine valg senere i livet er preget og kan forklares av mine oppvekstvilkår. Valget om å jobbe innenfor helse var enkelt da dette har appellert til meg siden barndommen. For å gå videre på masterutdanning har mine disposisjoner innen sjømenn og offshore arbeid fra farssiden bidratt til økt interesse og tanker om å sikre en økonomisk trygg fremtid. Gjennom deler av grunnutdanningen som sykepleier og praksis oppsto det ofte situasjoner som har ikke tatt hensyn til viktige verdier som autonomiprinsippet, ikke – skade prinsippet og velgjørenhet. Min tilegnede faglige kunnskap kom i konflikt med faglige og etiske valg om hva som veier tyngst i de ulike og unike pasientsituasjonene. Ofte omhandlet slike situasjoner</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>tema som smerter, ubehag, blotting og eksponering av pasienter uten å ta hensyn til deres subjektive opplevelse. For å forstå hvorfor bestemte sosiale fenomener ser ut som de gjør, og hvordan det har blitt slik at en gjør som en gjør, kan forklares gjennom å sette prosesser i et historisk perspektiv. Det har vært en drivkraft i meg fra barneårene å være til nytte for andre, være god og snill og stå opp for dem som ikke har en egen stemme. Dette har kommet til uttrykk i min bacheloroppgave hvor jeg skriver om smertelindring til ortogeriatriske pasienter i en postoperativ fase etter Femur Colli Fractur (FCF). På flere tidspunkter i livet har jeg selv hatt smerter som har blitt undervurdert, bagatellisert eller oversett av helsepersonell. Jeg har også erfart å være pårørende til en pasient med</p>				
--	--	--	--	--	--

	<p>smerte som hovedutfordring. Jeg opplevde at personen ble krenket, stigmatisert og vedkommendes utfordringer ble ikke tatt på alvor, eller tatt tak i av helsepersonell. Jeg opplevde også at jeg som pårørende ble snakket til nedlatende og smerteutfordringene ble forklart som selvpåført som følge av livsstilsvalg. Mine erfaringer fra feltet «smerte» har vært flersididige, både faglig og personlig. Fra praksis med syke nyfødte og (ekstremt) premature var jeg i en ny posisjon som student og jeg hadde kun en besøksrett. Mine erfaringer var fra et observerende perspektiv i et nytt medisinsk felt hvor praksiser var ukjent. Mine observasjoner og etterhvert praksisbaserte erfaringer gjorde meg observant på at praksis i forhold til smertelindring ved invasive prosedyrer ikke</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>stemte overens med prosedyrer eller retningslinjer. Smertefulle invasive prosedyrer ble gjennomført flere ganger på samme barnet ved opplæring av LIS leger og uten smertelindring. Det som overgikk min forståelse var at slike prosedyrer ble utført uten smertelindring, selv ved planlagte prosedyrer. Mine disposisjoner som omsorgsperson ovenfor egne barn samt familiemedlemmer kan være en mulig forklaring på mitt valg av tema. Posisjoneringen min til temaet og pasientgruppen kan også mulig forklares av en generell empati for mennesket uten en verbal ytringsmulighet, av ulik årsak.</p>				
--	--	--	--	--	--

## VEDLEGG 10: HELSEPERSONELLETS HABITUS

Vedlegg har 4 sider:

Da tabell henger sammen kan ikke sidetall føres over eller under tabell på gjeldende sider.

Posisjonen lege sin habitus sin habitus, en konstruksjon					
Posisjon	Disposisjon	Kulturell kapital	Økonomisk kapital	Sosial kapital	Posisjoneringer
Behandlere i helsetjenesten , arbeider for å fremme og ivareta folkehelse. Høyt respektert yrke med en dominerende posisjon inn i det medisinske feltet.	Opphav ofte fra samfunnslag med høyere status.  Historisk sett har yrket en høy hierarkisk plassering med mannlige leger som dominerende kjønn.	I helse befinner vi oss i et konstant hierarki, hvor utdanning, spesialisering og hvor i spesialiseringen den enkelte befinner er av betydning. Kan spesialiseres innenfor medisin, blant disse pediatri/nyfødt/prematur medisin.  Prematur medisin har høy prestisje inn i det medisinske feltet.	Grunnlønn som lege ligger på ca. 470 – 480000kr/år, øker med ansiennitet og som legespesialist utdanning –LIS lege, legespesialist utdanning og overlege stilling. Overlege tjener 793 500 kr – 855 986 kr (minimumslønnen) <sup>65</sup> .  Økonomisk kapital legges også om aktøren eier hus, bil, hytte etc.	Sosial kapital kan betegnes i familie og kontakt med rundt deg. Har familien et godt nettverk kan dette overføres til aktørens sosiale kapital.  Har egen forening og stiftelse.	Ekstremt premature blir overlatt til helsepersonell den første levetiden og etterhvert blir foreldrene en større del av behandlingen. Ekstremt premature kan få helseutfordringer i større eller mindre grad senere i livet som følge av å være født mye for tidlig.  Barn som er født premature/ ekstremt prematur får oppfølgingskontroller sammen med foreldrene på barnesykehus, poliklinisk. Aktørens posisjonering:

<sup>65</sup> Kilde: Legeforeningen: <https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/avtaler-for/leger-ansatt-pa-sykehus/offentlige-sykehus/minimumslonn-sykehus/>



					<p>Aktørens disposisjoner fra oppvekst på 1950 - 1990 – tallet, kulturell kapital fra utdanning med samfunnsvitenskapelig forankring og kritisk tenkning. Sosial kapital hvor man har barn og gode sosiale og relasjonelle forhold til menneskene man møter, tenkes å ha en viss sammenheng.</p>
--	--	--	--	--	--

Posisjonen sykepleier sin habitus, en konstruksjon					
Posisjon	Disposisjon	Kulturell kapital	Økonomisk kapital	Sosial kapital	Posisjoneringer
<p>Egen profesjon, helsepersonell. Kvinnedominerende sett fra et nåværende og historisk perspektiv.</p> <p>Økende posisjon i helsevesenet og har stadig overtatt flere oppgaver som legene ikke lengre har mulighet å prioritere.</p> <p>Politisk: Handlingsplaner, høyere oppmerksomhet og øremerkede midler.</p>	<p>Historisk sett har sykepleier hatt en utvikling fra legens assistent til selvstendig profesjon.</p> <p>Diakonisse bevegelsen og den gode og verdslige sykepleieren. Sykepleier har gjennom de siste årene mistet en del av ansvarsområdene til andre profesjoner<sup>66</sup>, men dette har vært viktig for utviklingen og dagens mangfoldige ansvarsområder.</p>	<p>Videreutdanning har de siste tiårene blitt svært nødvendig da sykepleier jobber tverrfaglig og med mange ulike pasientgrupper med forskjellige behov i og utenfor sykehus. Intensivsykepleier og nyfødtsykepleier er eksempler på slike videreutdanninger.</p> <p>Av annet er det yrkeserfaring, hvem en har jobbet med (hatt opplæring av), hvor har den enkelte jobbet og hvilke prosedyrer og erfaringer har en gjort</p>	<p>Grunnlønn som sykepleier ligger på ca. 410 – 538 000 kr/år, øker med ansiennitet og som spesialsykepleier<sup>67</sup>.</p> <p>Aktørens formue kan også betegnes som økonomisk kapital.</p> <p>Yrket preges av mange deltidsstillinger.</p>	<p>Har eget forbund og eget tidsskrift. Sykepleier med videreutdanning knyttes ofte opp mot feltet en jobber i, som nyfødtsykepleier opp mot nyfødt intensiv.</p> <p>Spesialisert/videreutdannet sykepleier ønsker å jobbe tettere på legen og inn mot et spesielt fagfelt som ofte er av stor interesse og engasjement. Gir økt lønn, høyere status samt spesialisert stillingsbeskrivelse.</p>	<p>Ekstremt premature blir overlatt til helsepersonell den første levetiden og etterhvert blir foreldrene en større del av behandlingen. Ekstremt premature kan få helseutfordringer i større eller mindre grad senere i livet som følge av å være født mye for tidlig. Barn som er født premature/ekstremt prematur får oppfølgingskontroller sammen med foreldrene på barnesykehus, poliklinisk. Aktørens posisjonering: Aktørens disposisjoner fra oppvekst på 1950 - 1990 – tallet, kulturell kapital fra</p>

<sup>66</sup> Personell som helsefagarbeidere, bioingeniører, sosionomer, vaskepersonell, matverter m.m.

<sup>67</sup> Norsk sykepleierforbund: <https://www.nsf.no/lonn-og-tariff/spekter>

		seg underveis.  Har aktøren kjennskap til språk er dette også en kulturell kapital som kan brukes i yrket for å kommunisere og forstå pasientene dine som er fremmedsprå klige.			utdanning med samfunns- vitenskapelig forankring og kritisk tenkning. Sosial kapital hvor man har barn og gode sosiale og relasjonelle forhold til menneskene man møter, tenkes å ha en viss sammenheng.
--	--	---	--	--	---

Det finnes flere posisjoneringer i det medisinske feltet, og videre inn i prematur medisin som påvirker måten vi i dag behandler blant annet de ekstremt premature barna. Blant disse er posisjonen Det politiske feltet. Jeg velger å ikke beskrive dette feltet ytterligere da oppgavens størrelse begrenser meg, men for en videre studie er dette absolutt en inklusjon som kan være nyttig for innsikt i kronemerke midler, forventninger til familie og rettigheter hos nærmeste pårørende.

Side 4 av 4.