



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	26-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MKS591 1 O 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	464
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	15236
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja

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

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

LYSTGASS I BEHANDLING AV BARN

*EN PRAXEOLOGISK STUDIE OM LYSTGASS SIN VEI INN I
BARNEMEDISINEN*

A PRAXEOLOGICAL STUDY OF NITROUS OXIDE'S PATH INTO PEDIATRICS

LENE T. JAKOBSEN & JANNICKE MØGSTER

MASTER I KLINISK SYKEPLEIE– BARNESYKEPLEIE

INSTITUTT FOR HELSE-OG-OMSORGSVITENSKAP

VEILEDER: ROLF HORNE

INNLEVERINGSDATO: 09.06.2021

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

Under masterstudiet har vi gjort oss en rik oppdagelse ved å se flere nyanser i den sosiale virkeligheten. Dette har ført til å kjenne oss selv og omgivelsene våre enda bedre, både på godt og vondt. Det har vært en personlig utvikling som har styrket oss. En lærerik prosess som vi ikke ville vært foruten. Vi vil fortsette å ta med oss perspektivene og Bourdieu sine nyttige samfunnsteorier inn i ulike arenaer, både som barnesykepleiere og i hverdagen.

Det er flere vi er takknemlig for og som fortjener en stor takk for at vi har kommet hit til å ferdigstille studien vår. Først vil vi rette en stor takk til veilederen vår, Rolf Horne. Vi setter umåtelig stor pris på din tilgjengelighet og evne til å veilede på en konstruktiv og konkret måte. Dine kloke ord og kunnskap har vært uvurderlig for oss. Engasjementet ditt gjennom prosessen har vært oppløftende. Det har bidratt til at vi som masterstudenter har hatt troen på at masteroppgaven kan fullføres på den korte tiden vi har hatt. Tusen takk for at du har heiet på oss. Ikke minst takk for at vi har blitt inkludert i praxeologi gruppen i Bergen som vi synes er et spennende forskermiljø. Når vi har satt fast har vi fått feedback med gode diskusjoner på våre spørsmål. Dette har rustet oss videre til å forme og avgrense oppgaven.

Tusen takk til gode venner og familiene våre for støtte og hjelp. Spesielt takk til Veronica, Torfinn og Kenneth som har tatt seg tid til å rette et kritisk blikk på oppgaven og bidra med nyttige tilbakemeldinger. Spesielt takk til Susanne som har hjulpet med engelsk formulering. Ikke minst vil jeg, Lene, takke mine barn og mann som har vært tålmodig i denne prosessen. Takk til svigerforeldre som har stilt opp på den måten de har gjort i en hektisk hverdag. Vi setter stor pris på dere alle!

Til slutt vil vi takke hverandre for et godt samarbeid og rausheten vi har gitt hverandre i denne prosessen. Masteroppgaven hadde ikke blitt til uten vårt gode vennskap.

Lene & Jannicke, juni 2021

Sammendrag

Vi er to masterstudenter i klinisk sykepleie med spesialisering i barnesykepleie, som har vært i praksis på barneklirikken ved Haukeland universitetssykehus (HUS), hvor denne masteroppgaven har sitt utspring. Vi var deltagende i smertefulle behandlingsprosedyrer til barn hvor en blant annet brukte tvang i form av fastholding, for å gjennomføre aktuelle prosedyrer. Lystgass har tidligere vært i bruk på klinikken som et prøveprosjekt, med god erfaring. Nysgjerrigheten på lystgass som et behandlingsalternativ har resultert i denne studien hvor vi har undersøkt hvor lystgass kommer fra og hvordan det kan ha seg at lystgass er blitt en aktuell behandling for barn i norske sykehus. Det er ingen tidligere studier som kan svare på disse spørsmålene.

Studien er gjort i lys av den franske sosiologen Pierre Bourdieu sin teori om symbolsk makt og praktikkteori med tilhørende begrep. Hensikten med studien er å forstå og forklare de bakenforliggende sosiale forhold som har introdusert lystgass i medisinsk praksis til barn ved smertefulle prosedyrer. Studien er basert på en registrantanalyse fra seks norske tidsskrift for leger og sykepleiere, fra perioden 1983-2020. Ved å se på lystgass i et historisk perspektiv og hvordan sentrale posisjoner har posisjonert seg om lystgass i det medisinske felt, vil det kunne bidra til å forklare nåtidens praktikker. Vi har analysert frem tidsskrift forfatterens posisjoner, posisjoneringer og disposisjoner i det sosiale rom og felt.

Studien viser at lystgass kommer inn som et behandlings alternativ i Norge i tidsepoken 2000-2010. Det kan forklares ut ifra en sammenheng om ny kunnskap om barns smertefysiologi, og hvor doxa om behandling av smerter til barn har endret seg. Det har altså vært et brudd mellom 1990-2000. Som betyr at lystgass kommer inn som en praktikk. Ivaretagelsen av barns rettigheter ved god smertelindring og unngå tvang i behandling argumenteres for at lystgass er et behandlingsalternativ som er effektivt. Anestesilegene posisjonerer seg dobbelt så mange ganger enn barnelegene.

Nøkkelord: lystgass, barneavdeling, barnesykepleie, Bourdieu, praxeologi, symbolsk makt, registrantanalyse.

Abstract

We are two grad students in clinical nursing with specialization in pediatric nursing, with practice at the pediatric clinic at HUS, where this master's thesis originates. We participated in painful treatment procedures for children where, among other things, coercion in the form of restraint was used to carry out relevant procedures. Nitrous oxide has previously been used at the clinic as a pilot project, with good results. The curiosity about nitrous oxide as a treatment alternative has resulted in this study where we have investigated where nitrous oxide comes from and how it may be that it has become a relevant treatment for children in Norwegian hospitals. There are no previous studies that can answer these questions.

The study is made in light of the French sociologist Pierre Bourdieu's theory of symbolic power and practice theory with associated concepts. The purpose of the study is to understand and explain the underlying social conditions (conditions) that have introduced nitrous oxide in medical practice to children during painful procedures. The study is based on a registrant analysis from six Norwegian journals for doctors and nurses, from the period 1983 - 2020. By looking at nitrous oxide in a historical perspective and how key positions have positioned themselves on nitrous oxide in the medical field, it could help to explain current practices. We have analyzed journal authors' positions, positionings and dispositions in the social space and field.

The study shows that nitrous oxide comes in as a treatment alternative for children in Norway in the era 2000-2010. This can be explained in the context of a new knowledge of children's pain physiology, where doxa on the treatment of pain in children is changing. There has been a breach between 1990-2000. Which means that nitrous oxide come in as a practice. The protection of children's rights through good pain relief and avoid of coercion in treatment, is argued that nitrous oxide is a treatment alternative which is effective. The anesthesiologists position themselves double as much as pediatrics doctors.

Keywords: nitrous oxide, pediatric ward, pediatric nursing, Bourdieu, praxeology, symbolic power, registrant analysis.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	8
1.1 Innledning	8
1.2 Bakgrunn.....	8
1.3 Undring	9
1.4 Avgrensninger	9
2.0 Lystgass i behandling av barn.....	9
2.1 Behandling av barn hvor lystgass er relevant.....	10
2.2 Idealer om hvordan barn bør behandles	11
2.3 Utbredelse av lystgassbruk til barn på sykehus i Norge.....	11
2.5 Forskningsspørsmål	12
2.6 Tidligere forskning	13
2.8 Lystgassens historie og vei inn barnemedisinen	14
3.0 Teoretisk forankring.....	19
3.1 Vitenskapelig posisjon	19
3.2 Agent	20
3.3 Praktikk teori og praktisk sans.....	20
3.4 Kapital og symbolsk makt	21
3.5 Felt og sosialt rom	22
3.6 Habitus teori.....	23
- sosial posisjon, disposisjon og posisjoneringer.....	23
3.7 Doxa, heterodoxa og ortodoxa.....	23
4.0 Metode.....	24
4.1 Registrantanalyse	24
4.2 Tidligere praxeologiske studier	26
4.3 Etske refleksjoner	26
4.4 Teknikk ved innsamling av data om sosialt rom og felt.....	26
4.5 Teknikk ved innsamling av posisjoneringer av dokumenter i tidsskriftene.....	28
5.0 Analyse del I: Forfatterne auto- sosioanalyse	30
5.1 Forfatterne felles disposisjon og posisjoneringer	30
5.1.2 Forfatter 1: Auto- sosioanalyse: Jakobsen, Lene:	31
5.1.3 Forfatter 2, Auto- sosioanalyse: Møgster, Jannicke.....	34

6.0 Analyse del II.....	37
6.1 Tidsskrift dokumentenes posisjon og disposisjon	37
6.2 Hvordan agentene posisjonerer seg om lystgass i tidsskriftene	39
6.2.1 1983 - 1999: Negative virkninger av lystgass fremkommer.....	40
6.2.2 Tidsskriftforfatternes posisjoneringer om lystgass fra 1983-1999.....	40
6.2.3 Konstruksjon av tidsskriftforfatternes posisjon i det sosiale rommet.....	41
6.2.4 Analyse og konstruksjon av en teori om bruk av lystgass i barnemedisinen	41
1983-1999.....	41
6.3 2000-2010: Omtalen av lystgass øker nasjonalt	43
6.3.1 Tidsskriftforfatternes posisjoneringer om lystgass fra 2000-2010.....	43
6.3.2. Konstruksjon av tidsskriftforfatternes posisjon i det sosiale rommet.....	44
6.3.3 Analyse og konstruksjon av en teori om bruk av lystgass i barnemedisinen	45
2000- 2010.....	45
6.4 2011-2020: Nasjonal økning i bruk av lystgass	48
6.4.1 Tidsskriftforfatternes posisjoneringer om lystgass fra 2011-2020.....	48
6.4.2 Konstruksjon av tidsskriftforfatternes posisjon i det sosiale rommet.....	50
6.4.3 Analyse og konstruksjon av en teori om bruk av lystgass i barnemedisinen	
2011-2020.....	52
7.0 Avsluttende kommentar	56
Referanseliste.....	58
Vedlegg 1: Registrant-tabeller av posisjoneringer om lystgass i de ulike tidsskriftene.....	65
Vedlegg 2: Klassifisering av dokumentenes samlede kapital verdi	69
Vedlegg 3: Studiens søkehistorikk	72
Vedlegg 4: Gjennomgang av lærebøker	73

Oversikt figurer

Figur 1 Illustrasjon av tidslinjen14

Figur 2: Illustrasjon av sosialt rom hvor agenter posisjoner seg om lystgass38

Oversikt tabeller

Tabell 1 Moment for registranttabell.....25

Tabell 2 Oversiktstabell av tidsskriftene.....29

Tabell 3: Spørsmål til dokumentene29

Tabell 4: Posisjon og disposisjoner, forfatter 1.....31

Tabell 5: Posisjon og disposisjoner, forfatter 2.....34

Tabell 6: Indikatorer for agentenes kapitalformer37

Tabell 7: Indikatorer for dokumentenes kapitalvolum og definisjonsmakt.....38

1.0 Introduksjon

1.1 Innledning

Dette er en studie om lystgass, om hvordan sentrale aktører posisjonerer seg overfor bruken av lystgass i behandlingen av barn i sykehus, og hvorfor de posisjonerer seg slik de gjør. Studien gjennomføres av to nyutdannede barnesykepleiere som skriver sammen. Hensikten med denne studien er å beskrive, forstå og forklare hvordan det kan være at lystgass har blitt et behandlingsalternativ overfor barn som gjennomgår ubehagelige og smertefulle behandlingsprosedyrer under innleggelse i sykehusene.

1.2 Bakgrunn

Interessen for lystgassbruk overfor barn ble vekket under kliniske studier i barnesykepleie. Vi hadde ikke lært noe om bruk av lystgass verken i bachelorutdanningen eller i barnesykepleie utdanningen, så dette var nytt for oss. Bruk og forebygging av tvang er også tema som er lite belyst i barnesykepleie utdanningen. I møte med de syke barna i klinikken så vi at barn ble utsatt for mange smertefulle behandlingsprosedyrer. Noen av barna taklet det fint, andre ble redde og noen ble holdt helt eller delvis fast for å gjennomføre behandlingen. I iveren etter å finne måter å håndtere de krevende situasjonene for barna, ble vi fortalt at det i 2013-2015 ble gjennomført et prøveprosjekt ved Barneklubben i Bergen, hvor lystgass ble brukt for å dempe uro og smerter under gjennomføring av behandlingsprosedyrer. Noe som sammenfaller godt med dagens viten og syn på barns smerter og idealet om å beskytte barn mot bruk av tvang (NOU 2019: 14; Smeland & Reinertsen, 2012, s. 8). Vi fikk også vite at det er ulik praksis rundt i landet om bruk av lystgass. Sykepleierne som deltok i prosjektet, forteller om mindre bruk av tvang i prøveperioden og erfarte bruken av lystgass som positivt. Lystgass ble likevel ikke videreført ved dette sykehuset mens det er i aktivt bruk ved andre sykehus.

1.3 Undring

Studien er basert på en nysgjerrighet for hvordan det kan ha seg at lystgass er blitt så aktuelt å ta i bruk til barn ved behandlingsprosedyrer på noen norske sykehus. Det fremstår store variasjoner nasjonalt av hvilke lystgasspraktiker som utøves ved norske barneavdelinger. Vi undrer oss spesielt over hvordan lystgass har kommet inn i barnemedisinen og sykehusene da den historisk sett har vært brukt i industrien og i odontologien.

1.4 Avgrensninger

Studien er gjennomført i lys av den franske sosiologen Pierre Bourdieus teori om symbolsk makt og praktikkteori (jf.kap. ?). Analysene er basert på et praxeologisk design med tilhørende konstruksjon av tidsskriftsforfatters posisjon og posisjoneringer i det sosiale rommet. Studien handler ikke om lystgass sin påvirkning av klima eller miljø, eller om barn som får lystgass hos tannlegen. Nevrokirurgiske, operasjon og intensiv barnepasienter er ekskludert fra studien. Dette grunnet studiens omfang. Det handler ikke om å foreskrive hvordan lystgass bør eller ikke bør brukes, heller ikke om å konstruere anbefalinger for praksis.

2.0 Lystgass i behandling av barn

Lystgass (N_2O) eller Livopan¹ er en gass som inhaleres via nese og munn for å oppnå en beroligende og smertedempende effekt (FHI -folkehelseinstituttet, 2018, september). Behandlingen² brukes ved innleggelse av for eksempel venekanyler, spinalpunksjoner,

¹ Livopan er registreringsnavnet til lystgass, N_2O , til medisinsk bruk. Livopan er en blanding av 50% N_2O og 50% O_2 (Felleskatalogen, 2020). Produktet produseres i Tyskland, og det er monopol på å levere gass til Norge og Sverige, blant annet (Rudengren,2021).

² Å administrere lystgass krever ingen spesiell anesthesi kompetanse, men overvåkning, god opplæring og godt beredskap (Olsen. et. al., 2019, s. 1160).

blodprøver etc ³. Gassen blandes med oksygen og virker på sentralnervesystemet ved å blokkere smerteimpulser som virker smertedempende og beroligende (Felleskatalogen, 2020).

Lystgassen ble oppdaget allerede i 1772 av den britiske kjemikeren Joseph Priestly. Historisk er gassen brukt i industrien for blant annet å bevare næringsmiddel og øke ytelsen til motorer (Rudengren, 2020). Fra 1790-1850 tallet ble det registrert bruk av lystgass som rusmiddel og tannlegene startet eksperimentell bruk (Kongsgaard et. al., 2020) før lystgassen ble anerkjent som behandling i odontologien i 1870 årene (Solhaug et. al., 2007, s. 14). I medisinen er lystgass brukt som sedasjon⁴ når barnet er engstelig og må stille under behandlingen.

2.1 Behandling av barn hvor lystgass er relevant

Sykepleiere og barnesykepleiere er sterkt involvert i behandlingen av barn, og står ofte i situasjoner der barn blir utsatt for ubehag, smerter og tvang i forbindelse med gjennomføring av behandlingsprosedyrer. Bruk av tvang er for øvrig ikke nevnt i rammeplanen med forskrift for videreutdanning i barnesykepleie (Utdannings og forskningsdepartementet, 2005). Forskriften sier derimot noe om at barnesykepleiere skal tilegne seg kunnskaper om medisinske gasser og gassteknisk utstyr (Utdannings og forskningsdepartementet, 2005, s. 12).

I realiteten er tvang integrert i praksis med barn. Tvang⁵ er krenkelse på individet (Knutzen et. al., 2019). I 2019 kom regjeringen med et lovutkast for en felles tvangsbegrensningslov for hele helse- og omsorgstjenesten. Det viser seg at loven retter mindre fokus på barns

³ Smertefulle prosedyrer er ofte nødvendig i forbindelse med utredning, diagnostikk og enkelte typer behandling. Å utsette barn for smertefulle prosedyrer kan føre til skader i nervesystemet som gjør dem mer mottakelige for smerte senere. Det kan påvirke negativt ved neste prosedyre (Hernæs, 2007, s. 24; Olsen et. al., 2019, s. 1159).

⁴ Sedasjon kommer fra latin sedatio, som betyr å fremkalle ro, som er å gå fra døsigheit til dyp søvn (Berntzen et al., 2016, s. 332).

⁵ Tvang kan være flere av former. Fysisk tvang innebærer at en voksen holder et barn fast mot sin vilje ved eksempel undersøkelser eller blodprøvetaking. I denne sammenheng gjøres det for å sikre nødvendig helsehjelp (Svendsen, et.al., 2017; Svendsen, 2018).

sikkerhet enn for voksne. En årsak til dette er at den reelle tvangsbruken dekkes over i tilfeller der samtykke fra foreldrene eller andre med foreldreansvaret gir rettslig grunnlag for å gjennomføre tiltak barn motsetter seg (NOU 2019: 14, s. 74).

Det er kjent at barn som påføres smerter og angst under behandlingsprosedyrer ved sykdom påvirker smerteopplevelse i voksen alder (Olsen. et. al., 2019, s. 1160). Utilstrekkelig smertelindring fører altså til konsekvenser hos barna, både på kort sikt og lang sikt. Konsekvenser av ubehandlet, akutt smerte kan bli økt sykkelighet, langsommere rehabilitering, lengre sykehusopphold og økte kostnader, både samfunnsmessige og på individnivå (Smeland & Reinertsen, 2012, s. 8).

2.2 Idealer om hvordan barn bør behandles

For 30- 40 år siden var helsepersonell overbevist om at små barn ikke følte noe særlig smerte (Smeland & Reinertsen, 2012, s. 8). Barnesykepleiere som jobber med barn i dag, har en annen kunnskap. Kunnskapen er basert på en uttalt medisinsk, psykologisk og fysiologisk forskning på området med påfølgende forskning relatert til intervensjoner for å redusere smerte, dempe angst og unngå tvang. Tiltak for å redusere bruken av tvang og arbeidet med å redusere ubehag og få barna til å akseptere behandlingsprosedyrene, er tidkrevende og dermed et ressursproblem (Olsen et. al., 2019, s. 1160). Lystgass har kortere restitusjonstid, som innebærer at gjennomførelsen av behandlingsprosedyren tar kortere tid og kan effektivisere gjennomførelse av prosedyrer til barn (FHI, 2018, s.2).

2.3 Utbredelse av lystgassbruk til barn på sykehus i Norge

Lystgass brukes i dag til barn og unge ved seks sykehus i Norge (Helsebiblioteket, 2020). For eksempel har Sykehuset Østfold brukt lystgass i behandlingen av barn helt siden 2013, og forsket på effekten av lystgass bruken. Rikshospitalet har også vært en sentral aktør og har arbeidet systematisk med bruken av lystgass, noe som resulterte i at de i 2019 vant årets innovasjonspris for lystgassbehandling (Oslo Universitetssykehus, 2020).

Det arbeides for tiden med å utarbeide en nasjonal fagprosedyre om lystgass til barn for helsepersonell som skal administrere det. På tross av denne utarbeidelsen og økende nasjonal interesse er det kun barneavdelinger og poliklinikker på 6 av 22 sykehus med barneavdelinger i landet som har tatt i bruk lystgass (Helsebiblioteket, 2020; Norsk Helsenet, 2021).

Prøveprosjektet på barneklubben i Bergen (BUK) som er nevnt tidligere viser at lystgass ikke var en fast etablert behandlingsmetode. På denne tiden ble det også stilt kritiske spørsmål i media om sikkerheten til de ansatte (Lia, 2014). Noe som viser at det var posisjoner utenfor sykehusene, som også var opptatt av lystgass. Etter prøveperioden ble det fremsatt et krav fra daværende klinikkdirektør på BUK om en sikkerhets- og metodevurdering⁶ både overfor pasienter og personalet, en oppgave som FHI påtok seg (FHI, 2018).

2.5 Forskningsspørsmål

Studien undersøker følgende spørsmål:

- Hvor kommer det fra (genesen) at lystgass kommer inn som en behandlingsform overfor barn og unge i norske sykehus?
- Hvordan kan det være at tidsskriftforfattere posisjonerer seg slik de gjør overfor lystgass i behandling av barn?

For å besvare forskningsspørsmålene har vi brukt kilder som omhandler lystgass i medisinsk bruk og det som kan svare på historien. Vi har undersøkt lystgass bruken historisk og hvordan det blir omtalt i fagtidsskrifter for leger og sykepleiere. Ved å se på sammenhenger mellom posisjoner og posisjoneringer i bruken av lystgass, kommer vi nærmere og finne forklaringer på hvorfor de posisjonerer seg slik de gjør og hvordan lystgass har oppstått som en behandlingsform i Norge.

⁶ En metodevurdering er en litteraturgjennomgang av nasjonal og internasjonal forskning (De regionale helseforetakene, 2020)

2.6 Tidligere forskning

Vilkår for innføring om bruk av lystgass i Norge er lite eller mangelfullt undersøkt. Etter søk i databaser er det ingen treff på forskningsrapporter som belyser dette. Men, det foreligger mye forskning relatert til virkningene og effekt av lystgass, skadevirkning om smerte, bruk av tvang og hvilke konsekvenser det har for barn under utredning og behandling ved sykdom. I følge Svendsen (2018, s. 17) viser det seg at tvang kan påføre barn fysiske, psykiske, sosiale og utviklingsmessige belastninger. Det kan gi fremtidig angst og nedsatt evne til å danne tillitsfulle relasjoner.

I det følgende presenteres eksempler på forskningsresultater om lystgass i bruk til barn. En studie fra Australia så på effekt i bruk av lystgass til barn med kreft på sykehus som gjennomgikk hyppige smertefulle prosedyrer i forbindelse med utredning og behandling. De undersøkte lystgassens effekt på angst og smertelindring, helsepersonell og foreldrenes erfaring av det. Resultatene viste at lystgass var både trygt og effektivt. Pasienter, foreldre og sykepleiere opplevde det som en god behandlingsmetode de kunne ha nytte av igjen (Kornman, et al., 2020, s. 22-34).

En oversiktsartikkel fra Danmark (Pedersen, Bayat, Steen & Jacobsson, 2013) undersøkte studier som vurderte sikkerhet og effekt av lystgass til barn, som konkluderte med at det var trygt og effektivt, men lite brukt i Danmark på tidspunktet.

Enkeltstudier konkluderer med det samme. Lystgass har effekt ved å berolige barn og reduserer smerte, men påpeker viktigheten av å gi annen god medikamentell smertelindring i tillegg (Annequin et al., 2000; Ekbom, 2011; Schmalbach & Horneff, 2011). Barn som har fått lystgass ved behandling av smertefulle prosedyrer tenderer ønske om å få det igjen (Berg, 2014, s. 59).

Øvrige studier vi fikk treff på, omhandlet lystgass i bruk som smertelindring i forbindelse med tannlegebehandling til voksne og barn, og i fødsler (Ogle & Hertz, 2012; Skowronski, 2015).

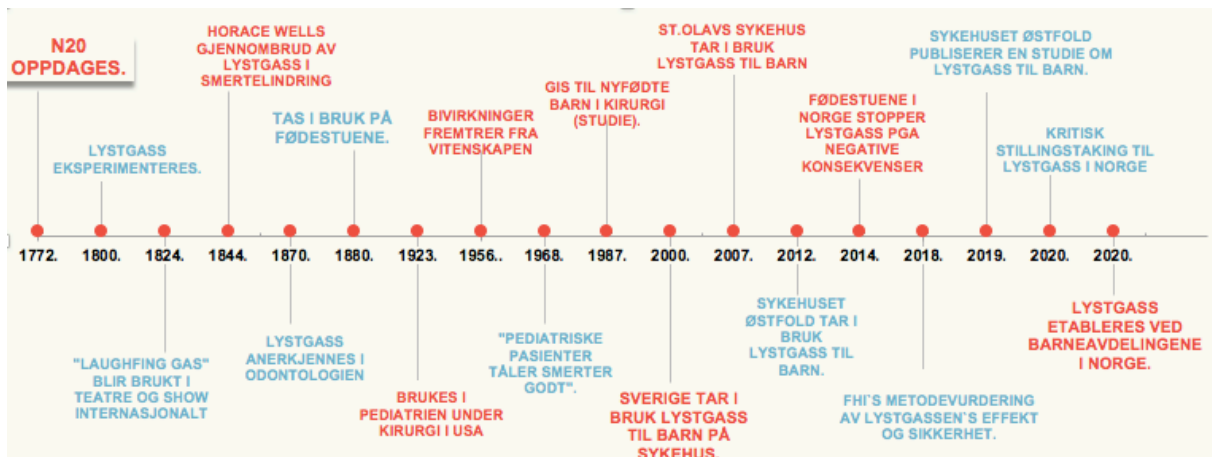
Artiklene til Smith (1965) inneholder lystgassens historie og bidrar til å kunne svare på forskningsspørsmålene/genesen.

Neste punkt svarer på forskningsspørsmålet om lystgassens historie.

2.8 Lystgassens historie og vei inn barnemedisinen

Før konstruering av teorien starter, har vi laget en illustrasjon av lystgassens barndom til i dag for å visualisere de historiske endringene. De røde markeringene er indikator for betydelige endringer eller brudd som er av stor betydning for å ta i bruk lystgass i medisinen og videre i behandling av barn. De blå markeringene er andre viktige "krusninger" gjennom historien.

Figur 1 Illustrasjon av tidslinjen



Lystgass, dinitrogenoksid med den kjemiske betegnelsen N₂O, ble oppdaget i 1772 av Joseph Priestley, en britisk kjemiker og vitenskapsmann (Kongsgaard et. al., 2020, s, 12-13; Smith, 1965, s. 790-798). Gassen ble eksperimentert med av ulike personer i det medisinske miljøet på seg selv, dyr og venner ved universiteter i England. En selvlært kjemiker, ved navnet Humphry Davy, studerte gassens virkninger og effekt i slutten av 1790 årene ved et privat

institutt som studerte nyoppdagede gasser sitt potensiale i medisinen. Davy ble foreleser ved et universitet i London, hvor forelesningene ble populære og han steg raskt i gradene til laboratorieleder og professoren. Han identifiserte at det å inhalere lystgass hadde en smertelindrende og beroligende effekt, som har betydning for lystgass sitt inntog i medisinen. Davy ga ut en bok av erfaringene fra eksperimentene han gjorde. Det tok 40 år fra Davys eksperimenter til gassen ble tatt i bruk som bedøvelsesmiddel i kirurgi (Smith, 1965, s. 790-7; Smith, 1965, s. 871-874; Strømskag, 2004, s.53).

I mellomtiden ble lystgass forsket på og brukt som rusmiddel. Før den ble allment kjent som underholdningsverdi, ble det arrangert offentlige "show" og teaterforestillinger. I 1824 reklamerte avisene for oppvisning om lystgass, gassen ble den gang omtalt som "laughing gas" i de britiske og amerikanske avisene. Mot et gebyr kunne folk få inhalere den berusende gassen, le og oppføre seg dumme (Smith, 1965, s. 871-874; Kongsgaard et. al., 2020, s, 12-13).

I 1844 deltok den amerikanske tannlegen Horace Wells, på et av showene. Han la merke til at en mann med virkning av lystgass, skadet foten sin og var fullstendig uviten, fordi han ikke følte smerte. Dr. Wells ville umiddelbart ta i bruk gassen som smertestillende og beroligende medikament i sitt arbeid. Han inviterte så Colton, (mannen som administrerte og viste frem lystgassen), med på et eksperiment om å trekke en tann. Hvor Colton administrerte lystgass på Dr.Wells, mens en annen tannlege trakk ut en av Wells tenner. Wells opplevde ingen smerte under inngrepet. Dette ble gjennombruddet for lystgass som et smertelindrende og beroligende middel hos tannlegene og i human medisinsk bruk. På denne tiden blir det stort behov for smertelindring under kirurgiske inngrep. En smertepåvirket pasient var en begrensning for kirurgiens utvikling. I 1870 anerkjennes lystgass i Storbritannia (Smith, 1965, s. 871-874; Strømskag, 2004, s. 53).

Tidlig på 1880 tallet ble lystgass introdusert som fødselsanalgetikum og ble raskt populært i fødestuene internasjonalt (Dahl, 2002, s. 1688). I USA tas lystgass i bruk under fødsel i 1921 (Boyle, 1934, s. 154). Videre blir lystgass brukt som anestesimiddel fra 1923, til barn ned i 6 måneders alder under kirurgiske operasjoner. Lystgass ble da brukt sammen med oksygen

for å unngå hypoksi⁷, det var i varierende grad hvor mye lystgass % som ble brukt til de ulike barna. Anestesilegene lærte at det var bedre å gi for lite enn for mye lystgass, grunnet fare for kvelning. Anbefalingene i forkant av dette var den gang å ikke bruke det til barn før de var 10-12 år, grunnet uferdig lungemodning (Wood, 1927, s. 68).

I 1956 oppdages lystgassens bivirkninger ved langvarig bruk. Det ble oppdaget skader som var irreversible. Det publiseres av en britisk anestesilege og beskrives i tidsskriftet "tidsskrift for den Norske Lægeforening" (Hole, 1983, s. 1946). I 1961 kom den moderne introduksjon av lystgass til medisinsk bruk. En blanding av 50% oksygen og 50% lystgass i en flyttbar kolbe, den gang med navn "EMONO" eller "Entonox", det som i dag heter Livopan i Norge . Hensikten med å bruke denne blandingen var å kunne bruke lystgass utenfor operasjonssalene i milde til moderate smertefulle prosedyrer, både hos barn og voksne (Anneguin et. al, 2000, s. 2; Baskett & Bennett, 1971, s. 509 & Dahl, 2002, s. 1688). EMONO beskrives til og ikke være anerkjent internasjonalt den gang, men ble brukt av noen få land som Australia, Sør-Afrika og USA. I Europa tidlig på 1971-tallet er Storbritannia/England tilsynelatende først ut med bruk av lystgass til barn fra 6 år under smertefulle prosedyrer (Anneguin et, al., 2000, s. 2; Baskett & Bennett, 1971, s. 510).

Mot slutten av 1980- tallet øker bruken av lystgass øker i Europa. Det etableres ved legevakter og fødestuer i Frankrike og England. I 1990 introduseres det til barn ved sykehus i Frankrike. Franskmennene endrer på bruken av inhalasjon systemet for å tilpasse bruken til barn, som eksempelvis farge på maskene og ulike søte dufter som barna kunne velge selv.

EMONO innføringen medførte en endring i ansvar for administreringen av lystgass, ettersom sykepleiere utover anestesi personalet fikk ta ansvar for administrering av den. Den økende bruken av preparatet og det at anestesipersonalet ikke skulle ha ansvar for de beroligende gasser lengre, viste seg å bli møtt med en negativ stillingstaking av flere (Anneguin et. al., 2000, s. 2; Baskett & Bennett, 1971, s. 509-510).

⁷ Hypoksi er en tilstand med for lavt innhold av oksygen i blodet (Almås, et. al.,2010, s. 115).

I 1987 publiserte en barnelege en artikkel om sykdom og død hos nyfødte. Den ene gruppen fikk lystgass og beroligende i kirurgi, mens den andre gruppen fikk opioider i tillegg. Resultatene viste at operasjoner uten opioider, bidro til økt sykkelighet og dødelighet (Hofstad, 2020, s. 14). Det var revolusjonerende viten at barn reagerte på stress og smerter, og fikk den såkalte kirurgiske stressresponsen (Anand & Ansley-Green, 1987; Hall & Anand, 2014, s. 13). En norsk smerte professor henviser til at det senest i 1997 ble utført kirurgi til nyfødte under omskjæring uten smertelindring eller beroligende medikamenter. Det var skepsis om smertebehandlingens bivirkninger, som eksempel kunne få barna til å slutte å puste. Det tok altså tid før fagmiljøet tok til seg ny kunnskap om barns smertefysiologi (Hofstad, 2020, s. 14).

I det videre brukes lystgass som gassanestesi i kombinasjon med andre medikamenter under narkose og i vedlikeholdsanestesi i operasjonsrommet (Gjertholm, et. al, 2016, s. 56). I 2000 tas lystgass i bruk ved «*Astrid Lindgrens Barnsjukhus*» i Sverige. Svenskene er først ut i Skandinavia, hvor ortopedisk poliklinikk tok det i bruk under kortvarige prosedyrer (Nilsen, 2007). I Norge trådte det i 2001 i kraft en forskrift om krav om tillatelse til bruk av lystgassanalgesi ved tannbehandling, fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det stilles krav til vilkår som utdanning og bestått eksamen for tannleger for å kunne administrere lystgass i tannlegevirksomheten (Forskrift om lystgass ved tannbehandling, 2000, § 4).

Det publiseres en forskningsartikkel i Sverige fra 2007, som konkluderer med at lystgass bør inngås som fast behandlingsmetode i smertefulle prosedyrer. Lystgassbehandlingen opplevdes positivt for pasientene, og det var effektivt og tidsbesparende for personalet. Studien var finansiert av Linde gas, som er leverandør av preparatet (Holmberg & Brunsson, 2007, s. 2517).

I 2007 er St. Olavs hospital det første sykehuset i Norge som tar i bruk lystgass istedenfor narkose ved planlagte dag-kirurgiske og ortopediske inngrep hos barn, etter inspirasjon fra Sverige. Fordelene ved bruk av lystgass beskrives og gjøre prosedyrene enklere og raskere å kunne gjennomføre. Barna unngår narkose som videre gir mindre komplikasjoner og bivirkninger. Det medfører også kortere ventetid og behandlingstid for operasjon i narkose for inneliggende pasienter, noe som frigjør operasjonskapasiteten for inneliggende pasienter (Nilsen, 2007).

Mot slutten av dette tiåret blir det fart på lystgassens omtale i medisinsk bruk til barn nasjonalt. I 2013 tar Barne- og Ungdomsklinikken ved Sykehuset Østfold Kalnes i bruk lystgass som alternativt beroligende middel i prosedyrer som kan gjennomføres uten narkose (Oslo universitetssykehus, 2020). Dette inspirert av erfaringer fra barneavdelinger i Hammerfest og København, og tidligere studier (Langmoen, 2020.; Olsen, et. al., 2019).

I 2014 stoppes lystgass bruken i fødestuer etter påleggelse av arbeidstilsynet på bakgrunn av høy konsentrasjon av lystgass i miljøet og helserisiko til de ansatte. Det gjaldt også andre fødestuer nasjonalt (Lia, 2014). Noe som kan trekkes paralleller til lystgassens prøveprosjekt ved barneklubben på HUS, som ble avsluttet da klinikkledelsen fremsatte et krav om sikkerhets- og metodevurdering. Like etter i 2015 innførte ortopedisk skadepoliklinikk ved Oslo universitetssykehus lystgass metoden etter opplæring av sykepleiere fra Barne- og ungdomsklinikken i ved Sykehuset Østfold Kalnes (Olsen et. al., 2019, s. 1160).

FHI publiserer i 2018 metodevurderingen om lystgassens effekt til barn og behandlere. Som konkluderte med at det var trygt og at helsepersonell ikke var utsatt ved lav eksponeringsgrad (FHI, 2018). Lystgass i bruk hos barn omtales på samme tidspunkt i fag tidsskriftet for sykepleiere (Hernæs, 2018, s. 26-31).

Sykehuset Østfold publiserer i 2019 en forskningsartikkel med resultater fra en studie utført av dem. Resultatene er positive om både effekt og bruken av det til barn (Olsen, et.al., 2019).

I 2020 publiseres fagartikkelen "bruk av lystgass som rusmiddel" av anestesileger i tidsskrift for Norsk anesthesiologisk forening. Det fremgår en kritisk stillingstaking om bruken av lystgass i medisinsk behandling både til voksne og barn (Kongsgaard et. al., 2020, s, 12-13).

3.0 Teoretisk forankring

Vi vil gjøre rede for studiens vitenskapsteoretiske posisjon og teoretiske univers, med tilhørende begreper som er brukt for å analysere og reflektivt vurdere det empiriske materialet som er anvendt. Den praktiske teoretiske tilgangen som er valgt vil vi argumentere for å være relevant for forskningsspørsmål som skal besvares (jf. kap. 2.5). Dette er fordi om en skal forstå det sosiale, så må en også forstå praksis (Harrits, 2017, s. 25). Det er dette den franske sosiologen Pierre Bourdieu baserer teorien sin på, som er vår inspirasjon i det teoretiske rammeverket.

Bourdieu interesserte seg for historie og hvordan fortiden kan forklare nåtiden, som inkluderer hvordan et gitt felt er sammensatt av dets struktur, poler, motsetninger og spenninger (Larsen og Esmark, 2010, s. 148). Han var spesielt opptatt av samfunnsmessig makt, og særlig hvordan maktforhold virket i det skjulte (Callewaert, 1996, s. 112). I denne studien har det relevans for å se hvilke posisjoner som har vært i spill, og hvordan stillingstakning i dette spillet har bidratt til praksiser som kan forklare at lystgass er på vei til å bli etablert i smertebehandlingen av barn og unge i norske sykehus.

3.1 Vitenskapelig posisjon

Bourdieu argumenterer for at det er tre former for teoretisk viten innen samfunnsvitenskapen når en skal forstå menneskers sosiale praktikker: den fenomenologiske, objektivistiske og den praxeologiske.

Fenomenologien tar utgangspunkt i individets subjektive erfaringer uten å ta hensyn til konteksten som handlingene fant sted i (Thornquist, 2018, s. 108). Det vil i denne studien si hvordan ulike posisjoner posisjonerer seg gjennom for eksempel forskning, dokumenter og tekster i fagtidsskrifter for barneleger, leger og sykepleiere. Objektivismen forklarte menneskelig handling i lys av objektive strukturer. Det vil her si under hvilke vilkår, institusjonelle så vel som samfunnsmessige vilkår, innføres lystgass som en legitim behandlingsform. I samfunnsvitenskapelig forskning forsøkte Pierre Bourdieu og bygge bro mellom subjektivisme og objektivisme (Bourdieu, 2008, s. 31). Det legger denne studien

opp til ved å både inkludere de involverte posisjonenes stillingstakning og de vilkår dette skjer under.

Bourdieu mente at fenomenologi og objektivisme hver for seg ikke var tilstrekkelig for å forklare den sosiale virkeligheten. Derav den tredje vei som han kalte det, det vil si den praxeologiske, som kombinerer den fenomenologiske og de objektive forhold for å produsere viten som kan forklare sosiale forhold, ikke bare beskrive og avdekke dem (Petersen & Callewaert, 2013, s. 95-96).

Teorien om symbolsk makt og praktikkteorien med relevante analysebegreper blir beskrevet i det videre. Metoden og analysestrategien som vi har valgt er inspirert og i forlengelse av Bourdieu, som vi gjør rede for i kapittel 4.0 og 6.0.

3.2 Agent

Bourdieu beskriver en agent som aktiv og handlende i samfunnet. Det kan være grupper, institusjoner, individer eller som representasjoner gjennom tekster. Agentene i denne studien er de som posisjonerer seg, fremstiller og utbrer forestillinger i dokumenter om bruken av lystgass i sykehus. Videre om begrepet uttrykker Bourdieu at det forekommer maktrelasjoner mellom agentene (Bourdieu, 2008, s. 8-9, 54-55).

3.3 Praktikk teori og praktisk sans

Praktikkteori handler om å forstå og forklare hvorfor mennesker handler som de gjør i sosiale sammenhenger (Callewaert, 1996, s. 145). I følge Bourdieu har alle mennesker en praktisk sans forankret i ens habitus, et ervervede system av ulike preferanser og historie, og som orienterer agentene for sine handlinger (agents praktikker) i sosiale sammenhenger (jf. kap. 3.6; Bourdieu, 2008, s.44-45). Praksis er med andre ord det vi gjør hele tiden som en del av de praktiske sammenhenger som vi befinner oss i.

Bourdieu studerte læreprosesser på bakgrunn av sosiale betingelser, og mente at prosessen mot læring skjer gjennom praktikk. Han var tydelig på at det ikke var en læringsteori. Han mente at enhver læreprosess er en forutsetning for enhver sosialiseringsteori. Altså ikke

gjennom kollektive regler eller belæring, men gjennom selv levde praktiske erfaringer. Han mente at en praktiker måtte erfare noe gjennom praktisk erfaring selv. Det var dette som måtte til for at noe skulle feste seg i bakhodet og bli lagret i underbevisstheten som det eneste naturlige (Olesen, 2000, s. 54-55).

En barnesykepleier skal ifølge rammeplanen utvikle et klinisk blikk og et godt og sikkert håndlag i sykepleie til barn. Det er et eksempel for en praktikk (Utdannings og forskningsdepartementet, 2005, s. 6).

3.4 Kapital og symbolsk makt

I maktens felt har agenter til felles at de besitter en mengde spesifikk kapital. Kapital vil si økonomisk, kulturell eller sosial kapital, som bidrar at en kan innta en dominerende posisjon i et respektivt felt. Når kapital bringes inn og anerkjennes i en sosial kontekst får kapitalen agentene bærer med seg tilskrevet verdi og dermed symbolsk makt. For eksempel kan den rette utdanningen, sosiale kontakter og omdømme bli konvertert til maktfull symbolsk kapitalmakt (Esmark, 2009, s. 196).

Kulturell kapital oppnås gjennom å ta høyere utdanning. Sosial kapital dreier seg om sosiale nettverk og kontakter, som kan mobiliseres dersom man ønsker å påvirke beslutninger. Økonomisk kapital kan brukes til å forsyne ens barn med kulturell kapital, gjennom å sørge for mye utdanning og utdanning av høy kvalitet, til dannelsesreiser i utlandet, til smakfull møblering av hjemmet og kjøp av kunstgjenstander (Hansen et. al., 2014, s. 26).

Det finnes dominerende klasser, som har mengder av kapital og sosial status, og det finnes dominerte klasser som har svært lite av noe som helst. Sosial dominans er et indirekte resultat av et kompleks sett av handlinger som oppstår mellom agenter (Bourdieu, 2018, s. 56; Wilken, 2015, s. 67). De involverte agentene vil ha ulik type og mengde kapital og dermed ulik innflytelse og muligheter for å vinne dominans i feltet (Larsen, 2009, s. 46). I denne sammenheng vil noen agenter ha sterkere innflytelse på om lystgass skal brukes eller ikke.

I det sosiale rom (jf. kap. 3.5) kommer posisjoneringer (hva en sier og gjør) til uttrykk på bakgrunn av agentenes samlet kapital, deres såkalte disposisjoner eller habitus (jf. kap. 3.6), som er et mellomledd for posisjoneringer i det sosiale rom (Bourdieu, 2018, s. 23).

3.5 Felt og sosialt rom

Feltbegrepet er de sosiale arenaene som praksis utspiller seg innenfor. Felt er et analytisk begrep som kan bidra til å konstruere en teori om relasjoner mellom ulike agenter og styrkeforholdet mellom dem (Larsen, 2009, s. 44). Eksempel på felt er det medisinske felt, det økonomiske felt og det politiske felt. Kriteriet for å definere noe som et felt er at det har sin egen logikk og en relativ autonomi, og at agentene finner det som foregår der verdt å kjempe for. Dette er såkalte sosiale kamper, som for eksempel om lystgass skal innføres eller ikke i det medisinske felt, herunder sub-feltet barnemedisinen (Wilken, 2015, s. 38-40).

I det sosiale rom finnes det flere felt. Det sosiale rom er ikke et fysisk rom, men et abstrakt begrep hvor agenter, altså mennesker og sosiale grupper, inntar en relasjonell posisjon i forhold til hverandre gjennom sosial verditilskrivning av ulike kapitalformer. Dermed oppnår de sosial status og makt. Desto mer agentene har til felles, jo tettere befinner de seg hverandre, og desto mindre de har til felles, jo større avstand er det mellom dem (Bourdieu, 2018, s. 21). Det vil si at de kan befinne seg tett på hverandre, ved siden av, fjernt fra hverandre, over eller under hverandre i et hierarki (Wilken, 2015, s. 9). Mennesker i samfunnet tilhører ulike klasser i samfunnshierarkiet. De som befinner seg i de øvre klassene, har mer makt enn de som befinner seg i de nedre klassene (Hansen et. al., 2014, s. 30).

Sosialt rom kan fremstilles som en modell med to effektive poler. Den ene polen er dominert av økonomisk kapital i et hierarki, og den andre polen er dominert av kulturell kapital i et hierarki. Dette gjør det mulig å undersøke sosiale grupper og hvordan de transformeres til sosiale klasser og på hvilke premisser denne konverteringen av kapital foregår, og hvor og når det kan skape konflikt (Bourdieu, 2018, s. 21-23; Wilken, 2015, s. 55). Bourdieu argumenterer at en som forsker må konstruere det sosiale rom for å få frem gruppen sin

habitus.

3.6 Habitus teori

- sosial posisjon, disposisjon og posisjoneringer

Slik Bourdieu bruker begrepet utvikles habitusen til individet gjennom all sosialisering som skjer i livet, og er viktig i dannelsen for disposisjonene som individer handler og orienteres etter. Det vil si hvilke kapitaler man erverver seg i form av kulturell, økonomisk og sosial kapital. Et eksempel på hva som kan bidra å forme habitus er sosial-kulturell arv gjennom generasjoner fra foreldre til barn. Man vil i oppveksten tilegne seg en forståelse på hva som er rett og galt, og hvordan en ter seg i ulike situasjoner, allerede her pågår det en ubevisst internalisering av objektive strukturer i mennesket (Olesen, 2000, s. 54-55; Wilken, 2015, s. 36-38).

Sosial posisjon er den stillingen en person kan erobre eller innta i et sosialt rom, med hensyn til hvilke disposisjoner en besitter i form av kulturell, økonomisk og sosial kapital, og hvordan man kan konvertere og få anerkjent kapitalen i det feltet man trer inn i. Agentenes mening, holdninger og handlinger kommer til uttrykk i deres måte å forholde seg til andre posisjoner i rommet, og i forhold til de aktiviteter som dette rommet handler om. Det vil si hvordan agenten med sine disposisjoner posisjonerer seg (Callewaert, 1996, s. 175; Wilken, 2015, s. 55-60).

Posisjoneringer består både av indre og ytre disposisjoner. En praktiker uttrykker seg bestående av ord, tanker og handling som posisjonen iverksetter (Petersen og Callewaert, 2013, s. 23-24). Bourdieu mente at menneskers konkrete handlinger derfor ofte ikke er et resultat av bevisste valg (Bourdieu, 2008, s. 21-25).

3.7 Doxa, heterodoxa og ortodoxa

Doxa er betegnelsen på de implisitte, dominerende reglene eller grunntankene i feltet som ikke trengs begrunnes, fordi de oppleves som en selvfølge av alle deltakerne i rommet

(Mathiesen, 2010, s. 63). Doxa skiller mellom de som aksepterer og forsvarer doxa, som ikke ønsker en forandring (de konservative, ortodokse), og dem som utfordrer doxa (heterodokse). Det vil her si kampen om retten til å definere hvilke regler som råder og hvilke praktikker om lystgass som er legitime i feltet (Wilken, 2008, s. 43).

Vi har nå gjort rede for studiens teoretiske forankring med begrepsavklaring. Etterfølgende kapittel presenterer registrantanalyse som metode, før vi gjennomgår hvordan forskningsprosessen har blitt gjennomført, herunder produksjon og innhenting av data sammen med en teoretisk-empirisk refleksiv analyse (Wacquant, 2012, s. 40).

4.0 Metode

For å besvare forskningsspørsmålene har vi gjort en analyse av offentlige dokumenter og tekster i tidsskrift som omhandler lystgass og hvordan posisjoneringen overfor lystgass har vært historisk og frem til idag (Kropp, 2009, s. 173-174).

Vi har undersøkt tidsskriftforfatternes posisjoneringer om lystgass i dokumenter fra seks ulike tidsskrift. Disposisjoner og posisjoneringer til agentenes data, er basert på tidligere studier og erfaringer som kommer til uttrykk i dokumenter og tekster som artikler, tidligere vitenskap og ytringer i artikler som omhandler lystgass sin plass i behandling fra 1983-2020. Utfra dette har vi gjort en rekonstruksjon av lystgassens historie ved bruk av registrant analyse som metode.

4.1 Registrantanalyse

Formålet med registranten er å systematisk registrere hvilke posisjoner som uttaler seg, hva de ulike posisjoner sier og hvordan de posisjonerer seg om lystgass i de ulike dokumentene. For deretter å gjennomføre en refleksiv analyse ved hjelp av Bourdieus teoriunivers med tilhørende begreper. Ved å se på historiske prosesser som preger feltet, og videre se det i lys av agentenes posisjoneringer, kan en finne en forklaring på hvorfor og hvordan bruken av

lystgass har gjort sin inntreden og vært under forandring. Det vil bidra til å forstå dagens praksis i lys av fortidige praksiser (Kropp, 2009, s. 173-182).

Registrantanalyse er en prosess hvor man leser og registrerer posisjoneringer av viktige hendelser systematisk i en kronologisk rekkefølge. Dette settes inn i en registrant.

Registranten er altså en tabell hvor en stiller de samme spørsmålene til alle dokumentene, som: hvem er agentene, hva er initiativets karakter og hva som kan forstås det kjempes om.

Videre i prosessen skriver forskeren korte referater og sammendrag av tekstene i dokumentene som er blitt inkludert i registranten. På den måten dannes det et overblikk over innsamlet data. Det empiriske materialet vil så leses og registreres systematisk i to omganger (Kropp, 2009, s. 173-174). Et annet formål er å analysere frem ulike posisjoner i det aktuelle feltet; både de eksplisitte agentene som trer frem i de ulike tekstene, altså de dominerende. Posisjonene som er av de implisitte, de dominerte/ tause, vil en også få frem (Kropp, 2009, s. 180).

Tabell 1 Moment for registranttabell

År	Type dokument	Posisjon	Posisjoneringer

Bourdieu mente at man på forhånd ikke kan kontrollere prosessen og betydningen av valg av datamaterialet en bruker, det må tas høyde for at det utvikles underveis. Det betyr at det kan komme til andre kilder og dokumenter som har relevans når en kommer lengre i prosessen. Man kan først forstå og forklare de vitenskapelige valgs betydning underveis i arbeidet med å konstruere forskningsobjektet. Så selv om fremstillingen bygger på en viss grad av etterrasjonalisering, vil arbeidet med en registrant presentere overveielser, i større grad enn å komme med patentløsninger på forhåndsdefinerte problemer (Kropp, 2009, s. 175).

4.2 Tidligere praxeologiske studier

Den praxeologiske tradisjonen å arbeide i har vi hentet inspirasjon fra tidligere praxeologiske studier. Studiene har hjulpet oss til å forstå Bourdieus begreper og teoriunivers på en forenklet måte (Kristiansen, 2020; Bjørndal Dahl, 2020). Doktoravhandlingen til Rolf Horne (2016) om habilitering av hjelpetrengende barn og unge har også bidratt til økt forståelse av teorigrunnet, likeså hvordan gå frem i forskningsprosessen.

4.3 Etske refleksjoner

Empirien i denne studien består av litteratur og dokumenter som er offentlig tilgjengelige på internett. Personvern blir av den grunn ikke utfordret og det vil ikke være behov for å innhente samtykke fra forfatterne. Det har heller ikke vært aktuelt å søke Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, 2020) eller fra Norsk senter for forskningsdata (NSD, 2020).

4.4 Teknisk ved innsamling av data om sosialt rom og felt

Vi har undersøkt lystgassens vei inn i barnemedisinen i lys av Bourdieus teori om symbolsk makt og praktikk teori (jf. kap. 3.0), praxeologisk metodologi og registrantanalyse (jf. kap. 4.1). Vi gjennomførte først forberedende konstruksjoner basert på tidligere vitenskapelig arbeid. Dette arbeidet gjorde vi før registrantanalysen av dokumenter hentet fra tidsskrift. En prekonstruksjon av det sosiale rom bidrar til og gi et innblikk i hvilke sosiale kamper som har preget feltet. En vil da få oversikt over hvem som har dominert og hvem som har definisjonsmakt i feltet (jf. kap. 3.4).

I prekonstruksjonen av fagområdet gjorde vi et dypdykk i både pensumlitteratur og forskning for å få overblikk over tidligere publisert kunnskap om lystgass i behandling av barn. I starten av datainnsamlingen gikk vi inn i pensumbøkene fra siste kull ved bachelorutdanningen i sykepleie, samt lærebøker fra spesialiseringen til barnesykepleierne fra 1998-2019 ved Høgskulen på Vestlandet (HVL). Da oppdaget vi at lystgass så vidt blir omtalt både i

lærebøkene fra grunntutdanningen og i pediatri bøkene. På grunn av studiens omfang og fraværende stillingstakning i pensumbøkene, avgrenset vi oss ifra å inkludere de i registranten. Ettersom lystgass ikke er et tema verken i pediatri bøkene eller på forelesninger under studieforløpet, mener vi dette også er et argument for å gjøre denne studien (Jf.vedlegg 4).

Videre utførte vi søk etter tidligere forskning (jf. vedlegg 3) om hvordan lystgass blir omtalt i vitenskapelige publikasjoner. Vi søkte i nasjonale og internasjonale databaser som Svemed+, Oria, Norart (Norske og nordiske tidsskrifter fra nasjonalbiblioteket) og Pubmed. Dette er databaser som avdekker eldre og nyere helsevitenskapelige studier. Vi fant studier som gav oss oversikt over lystgass praktikkens effekt i behandling av barn, både nasjonalt og internasjonalt, historisk og frem til i dag (jf. kap. 2.6). Agentene som har publisert vitenskapen har ulike helsefaglig bakgrunn.

Det er som nevnt ingen studier som kan svare på den sosiale bakgrunnen for innføring av lystgass til barn i Norge. Denne studien er derimot rettet mot agenter som har posisjonert seg om lystgass. Det omhandler barneleger, anestesileger, barnesykepleiere og andre aktuelle agenter som er sentrale i feltet. Som empiri i vår studie har vi altså innhentet dokumenter og tekster fra posisjoneringer fra seks ulike fagtidsskrift, tidsskrift for: anesthesi- og intensivsykepleiere, Norsk anesthesiologisk forening (DNLF), Norsk barnelegeforening (PAIDOS), sykepleien, Den norske legeforening og barnesykepleiere (jf. vedlegg. 1). For at dokumenter skulle bli inkludert i studien vår, måtte den omhandle temaet lystgass og historie eller lystgass og barn.

For å underbygge og supplere forskningen som ble benyttet i analysen har vi inkludert relevante elektroniske kilder som har vist seg å kunne bidra til å svare på forskningsspørsmålene. Dette har fungert som støttelitteratur. Eksempelvis er Langmoen (2020), Lia (2014) og Oslo universitetssykehus (2020).

4.5 Teknikk ved innsamling av posisjoneringer av dokumenter i tidsskriftene

Studien har inkludert 22 treff fra seks fagtidsskrift (jf. vedlegg 1). Vi har gjennomgått totalt 1659 tidsskrift utgaver (jf. tabell 2). Dette omfatter kilder som er offentlig tilgjengelig elektronisk og fysiske utgaver fra bibliotekets arkiv ved HVL.

Ettersom lystgass ble tatt i bruk etter inspirasjon fra Sverige på 2000 tallet (Nilsen, 2007) var ønsket vårt å søke tilbake til 1980-tallet i tidsskriftene. Det er flere årsaker til at vi måtte begrense tidsperioden for datainnsamlingen. Flere av hjemmesidene var helt eller delvis utilgjengelige i tidsrommet da datainnsamlingen pågikk, grunnet utbedring av hjemmesidene.

NAForum (Tidsskrift for Norsk anesthesiologisk forening) var ikke tiltenkt i starten. Når vi så at det var få treff om lystgass i de andre tidsskriftene og at det var flere posisjoneringer fra anesthesiologisk helsepersonell, valgte vi å inkludere de.

Det har vært begrenset tilgang til annen relevant litteratur grunnet coronapandemien og stengte bibliotek. Vi måtte dermed ta i bruk ulike metoder for å innhente empiri.

I tillegg til håndøk i tidsskriftene til barnesykepleierne og legeforeningen har vi benyttet elektroniske kilder. Noen har gjort visse papirutgaver av tidsskrifter elektronisk fra 1980. En av dem er Tidsskrift for Den norske legeforening som publiserte en artikkel som omhandlet bruk av lystgass i 1983. Derfor starter registreringen av kildene i registranten fra det året. Øvrige tidsskrift har ikke vært tilgjengelig så langt tilbake. Gjennomgang og søk i tidsskriftene er fra 1995 og fremover (jf. tabell 2).

I de elektroniske utgavene har vi brukt søketermer som: lystgass/nitrous oxide/N2O/ livopan, barn /child* og historie/history. Dette for å få med så mange posisjoneringer om lystgass som mulig og som kan bidra til å svare på forskningsspørsmålene. Vi inkluderte 28 dokumenter fra tidsskriftene, hvor vi til slutt satt igjen med 22 dokumenter når vi hadde tatt stilling til avgrensningene.

Nedenfor har vi utformet en oversiktstabell (jf. tabell 2) som viser hvilke tidsperioder vi har søkt i og hatt tilgang til, og hvor dokumentene er hentet fra.

Tabell 2 Oversiktstabell av tidsskriftene

NAVN PÅ TIDSSKRIFT	ÅR	ANTALL UTGAVER	TREFF
INSPIRA - Tidsskrift for anestesi- og intensivsykepleiere	2009 - 2020	48	1
NAForum - Tidsskrift for Norsk anesthesiologisk forening, DNLF	2002 - 2020	658	6
PAIDOS - Tidsskrift for norsk barnelegeforening	2002 - 2021	64	4
Sykepleien - Tidsskrift for sykepleier	1995 - 2020	188	6
Tidsskriftet Den norske legeforening	1980 - 2021	658	4
Tidsskrift for Barnesykepleiere	2001 - 2018	43	1
Totalt gjennomgått utgaver:		1659	
Total treff inn i registranten:			22

Ved gjennomgang av dokumentene skrev vi sammendrag som vi gjorde om til korte referat om agentenes posisjoneringer (jf. vedlegg 1.). Alle dokumentene stilte vi følgende spørsmål:

Tabell 3: Spørsmål til dokumentene

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Dokumentet type og tittel.2. Hvilket årstall ble dokumentet publisert?3. Hvem har skrevet dokumentet? (posisjon)4. Hvilken stilling tar posisjonen til lystgass? (for / imot?) |
|--|

På bakgrunn av spørsmålene har vi generert data om agentenes posisjoneringer til lystgassens historie og i behandling av barn.

Metoden kan være med på og gi et blikk på de symbolske og sosiale relasjoner, altså hvor de sosiale praksisformer oppstår og utøves (Kropp, 2009, s.189).

5.0 Analyse del I: Forfatternes auto- sosioanalyse

Auto- sosioanalyse handler om hvordan en kritisk reflekterer over ens egen posisjon i forskning. Det vil si en analyse som muliggjør erkjennelse av egne prekonstruksjoner og underlegge dem for de samme analyser som forskningsobjektet.

Som masterstudenter har våre posisjoner og disposisjoner betydning for forskningsprosessen ettersom en skal være transparent. Vi er et produkt av den sosiale verden og preges av våre prekonstruksjoner. En reflektiv analyse av vår sosiale bakgrunn og livshistorie, kan bidra med en bedre forståelse av oss selv. Det kan bidra med et brudd med egne forforståelser som kan prege studien.

Vi vil i første kapittel av studiens analyse gjøre rede for våre disposisjoner og posisjoneringer. Vi vil forklare hvordan vår habitus har bidratt til vår vei inn i sykepleieryrket, det akademiske felt og det sosiale rom.

Vi vil argumentere for at det er fordeler med at vi er to som utfører studien. Ettersom vi begge har lest og analysert tekstene hver for oss, har vi sett med to par øyne, uavhengig av hverandre. Basert på hver vår refleksivitet har vi kunnet oppdage likheter og ulikheter, og dannet egne fortolkninger. Dette har bidratt til en sterk refleksiv prosess.

5.1 Forfatternes felles disposisjon og posisjoneringer

Til felles opplever vi oss selv som to individer som er undrende. Vi stiller spørsmål til hvorfor ting er som de er og leter aktivt etter svar. Det er viktig for oss og finne svar på detaljer. Gjennom videreutdannelsen har vi oppdaget sider ved oss selv som har bidratt til høy grad av selvrefleksjon som vi skriver frem.

Alt i fra hvordan mennesker opptrer i det sosiale rom, til hvorfor helsevesenet og samfunnet struktureres som det gjør. Dette har vært en del av oss før vi ble kjent på videreutdannelsen i barnesykepleie. Vi er sosiale agenter som inntar en relasjonell posisjon i forhold til hverandre i det sosiale rom (Bourdieu, 2008, s. 21). Det som viste seg når vi skrev fram denne delen av analysen, er at vi begge har hatt sosiologi og sosialantropologi som valgfag når vi gikk allmenn påbygg på videregående skole. Vi er altså tett på hverandre i det sosiale rom og på forhånd vært disponert til å nærme oss hverandre i utdanningen og samarbeidet

om masteroppgaven. At vi er på bølgelengde gjør at vi forstår hverandre og har sympati for hverandre (Bourdieu, 2008, s. 27). Når vi diskuterer undervisningen i videreutdannelsen, står to forelesninger frem som vekket særlig interesse og skapte stort engasjement hos begge. Dette var undervisning om kroppsvaskens historie av Jeanne Boge, og undervisningen om barn og ungdoms oppdragelse i et historisk perspektiv av Rolf Horne. Da så vi virkelig betydningen av historisering for å forstå nåtidens praksis. Dette mener vi har betydning for hvordan vi har blitt inspirert, og hvordan det kan ha seg at vi endte opp med å skrive masteroppgave sammen, i en praxeologisk tradisjon.

Neste punkt tar for seg hvert vårt underpunkt med auto- sosioanalyse hvor kapitalene og disposisjonene våre er satt inn i en tabell. På grunn av studiens omfang er det ikke mulig å gjøre en fullstendig auto- sosioanalyse.

5.1.2 Forfatter 1: Auto- sosioanalyse: Jakobsen, Lene:

Tabell 4: Posisjon og disposisjoner, forfatter 1

<p>Posisjon og disposisjon</p>	<p>Født i 1989 og oppvokst i Bergen. Har samboer og to barn. Barnesykepleier (posisjon) Master i klinisk barnesykepleie (posisjon). Skilte foreldre. Eldst av 5 søsken (1 søster og 4 brødre). Far jobbet med selvstendig næringsdrivende i flytetransport. Mor jobbet som frisør og treningsinstruktør. Har bodd med mor gjennom store deler av livet. Hun var for det meste alenemor og husmor med hovedansvar for 3 barn. I skole og kultur sammenheng var det far eller en tante som stort sett fulgte meg opp. Måtte bli selvstendig i tidlig alder. Farfar som var lærer var engasjert i barnebarns progresjon i skolen. I nærmiljøet og idrettsmiljø hadde jeg mange venner. Svært sosial som barn. Var skolemiljørepresentant eller varer i mange år. Har vært foreldrerepresentant i barnehagen i flere perioder. Nærmeste søster og bror er tannlegesekretær og barne og ungdomsarbeider.</p>
<p>Kulturell kapital</p>	<p>Frisørutdanning. Bodd i hybel under min farmor og farfar fra jeg var 15 år. Farfar var pådriver for utdanning og opptatt av det. Likte å utfordre oss i kunnskapsspørsmål. Bodd sammen med en kusine som var opptatt av skole og som inspirerte og motiverte meg. Fullført 1,5 årig vernepliktstjeneste i sanitetsbataljonen. Fikk lederansvar når jeg ble sanitetsansvarlig ombord på en kystvaktbåt, ble kursholder for nye menige. Gikk derfra til sykepleien. Ville bli politi, men det endret seg. Utdannet sykepleier.</p>

Økonomisk kapital	Eier rekkehus og bil. Normalt boliglån og total gjeld. Nære familiemedlemmer og venner med familie, reiser vi sammen med til hytter og ferieleiligheter som de disponerer og låner ut.
Sosial kapital	Stort sosialt venner og familie nettverk. Vennekrets har vært viktig i oppveksten. Flere i nær vennekrets og familie har fagbrev, bachelor eller master innen helsefag eller i lærerutdannelsen. Erfaring fra ulike tjenester i helsevesenet. Som hjemmesykepleien, psykisk helsevern for barn og unge. I praksis på barneklubben som bachelorstudent.

Min posisjon og disposisjoner

Jeg er en kvinne født i 1989. Oppvokst i et arbeiderklassehjem utenfor Bergen med mor, stefar og to mindre søsken. Vi bodde i en romslig leilighet i et barnevennlig område. Tidlig tidlig barndom oppvekst var preget av trygghet. Mor var mye hjemme å tilstede. Når mor og stefar skiltes lag endret rammene seg. Jeg måtte tidlig bli voksen, ta ansvar og hjelpe med søsken. Likte å være «barnepike» for nabobarna.

Da jeg var 18 år begynte jeg å jobbe som assistent i hjemmesykepleien og i bofelleskap for psykisk utviklingshemmede. Gikk inn i førstegangstjenesten med ønske om å tjenestegjøre i militærpolitiet. Endte opp i sanitetstjenesten. Gikk fra forsvaret og til utdanningen på sykepleien. Ble utdannet sykepleier i juni 2015. Jobbet i psykisk helsevern for barn i to år. I desember 2020 fullførte jeg videreutdannelsen som barnesykepleier.

Jeg har samboer og sammen har vi to barn på 3 og 5 år.

Mine posisjoneringer

Ettersom jeg tidlig måtte bli voksen og ta ansvar, ble jeg en omsorgsperson for mine søsken i ung alder. Jeg har alltid hatt et godt og trygt forhold til mine besteforeldre, som har preget barndommen min stor grad. Min mor er oppvokst sentralt i Bergen med 6 søsken under trange kår hvor min mormor ble alenemor. Min far er oppvekst med ressurssterke foreldre, Far er opptatt av orden og ryddighet og drev flyttetransport for seg selv. Min farfar er lektor. Min oldefar drev butikker på 50 tallet hvor farmor jobbet. Jeg ble tidlig opplært i at en måtte jobbe og ta ansvar for både økonomi og utdanning av andre nærstående familiemedlemmer.

Utfra mine disposisjoner og habitus er jeg blitt ubevisst blitt påvirket til å gjøre en oppstigning i det akademiske felt. I tidlig barndom ble jeg opptatt av omsorg og rettferdighet. På barneskolen følte jeg meg underlegen av autoritære lærere. Jeg observerte at barn med forskjellig sosial bakgrunn ble behandlet ulik. Mange barn inkludert meg selv, følte jeg ble satt i bås. Som om det forutbestemt hvordan veien videre lå ann for dem. Dominansforholdet og makten fra lærere opplevde jeg som urettferdig, og jeg «hjalp» gjerne andre barn og sa ifra om jeg observerte slikt.

Jeg husker at jeg tidlig var bestemt på at jeg skulle ha en utdanning hvor målet var en bachelor. Ingen på mor eller fars side hadde en slik utdanning, foruten min farfar. Farfar var en pådriver for utdanning og ga meg belønning når jeg fikk gode resultater.

Fra tidlig barndom har jeg selv opplevd tvang og ubehag i smertefulle prosedyre på sykehus. Noe jeg ikke har tenkt over før jeg fikk kjenne på det i praksis på videreutdannelsen. Etter en spesifikk pasientsituasjon som gjorde sterkt inntrykk på meg. I etterkant av dette ble jeg opptatt av smertelindring, makt og tvang ovenfor barn i prosedyrer som virker skremmende. Jeg grublet mye og undret meg over hvorfor jeg fikk en så sterk reaksjon og engasjement videre om dette.

Dette med at jeg er opptatt av rettferdighet uavhengig av hvilken klasse en er fra, ligger altså habituet for meg. Jeg har kjent på ubehaget av maktforhold selv og ved å observere det. Hvorfor jeg endte opp med å utføre en masteroppgave om lystgass med fokus på det vi skriver om, er et resultat av min habitus og disposisjoner. Det er noe jeg har vært opptatt av. Det sosiale jeg har opplevd har satt seg i kroppen. Det er blitt en iboende praksis sans for meg på bakgrunn av min ervervede kapital, forståelser og det som er blitt kroppsliggjort. Habitusen min har trolig vært en drivkraft for å innta en høyere sosial posisjon enn for eksempel mine foreldre. Dette har medført at jeg kommet i posisjon til å innta en høyrere stilling i det medisinske og akademiske felt.

5.1.3 Forfatter 2, Auto- sosioanalyse: Møgster, Jannicke

Tabell 5: Posisjon og disposisjoner, forfatter 2

Posisjon og disposisjon	Barnesykepleier (posisjon). Masterstudent i klinisk barnesykepleie (posisjon). Født i 1987. Gifte foreldre. En eldre søster og en yngre bror. Far utdannet maskinarbeider med ettårig teknisk fagskolebakgrunn. Mor har tatt husmorskolen, og jobber i bofellesskap for psykisk utviklingshemmede. Begge foreldre har arbeidet under hele oppveksten og arbeider fremdeles. Mine foreldre har vært sammen om omsorgen og ansvaret for barna gjennom oppveksten. Min mor tok hovedansvaret for det huslige, og min far tok hovedsakelig ansvar for leksehjelpen og støttet meg i ulike kultur sammenhenger. I nærmiljøet under oppveksten var det mange barn i ulike aldersgrupper og jeg hadde alltid noen å være sammen med. Søsteren min har en mastergrad i møbeldesign og interiørarkitektur. Broren min er utdannet filmskaper, og i dag byens fremste colorist innen film.
Kulturell kapital	Liker å lese og være fysisk aktiv. I voksen alder bodde jeg med en onkel som er utdannet sosionom, under hans tverrfaglige videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge. Han delte stadig ny kunnskap som han tilegnet seg fra ferske forelesninger om forståelsen om barns psykologiske og sosiale tilknytning og tilhørighet.
Økonomisk kapital	Eier egen bolig og bil. Relativt lavt boliglån og total gjeld. Begge foreldrene mine kommer fra landet, og jeg har tilgang på to hus fra deres hjemkommune. Husene har også vært en del av mitt liv siden barndommen, i ett av dem bodde mine besteforeldre. Fremdeles har jeg tilknytning til husene på landstedene og jeg reiser dit i helger og ferier, for å søke rolige omstendigheter og omgås familie og slekt.
Sosial kapital	11 års erfaring fra medisinsk avdeling på Barne- og ungdomsklinikken. Nettverk: nært knyttet til søsken. Har gode vennerelasjoner.

Min posisjon og disposisjoner

Jeg er en kvinne født på slutten av 80- tallet. Jeg vokste opp i et arbeiderklassehjem, i en blokkbebyggelse i en bydel utenfor Bergen. Vi var en kjernefamilie på fem i en leilighet på 74 kvm. Mine foreldre er gift, og jeg har en eldre søster og en yngre bror. Oppveksten var preget av trygge rammer med begge foreldre som jobbet skiftarbeid. Jeg er ugift og bor alene i en leilighet som jeg eier. Jeg jobbet som sykepleier i ti år på avdeling for infeksjon-, lunge- og akuttmedisinske barnepasienter, før jeg begynte på videreutdannelsen i barnesykepleie. Under studiet arbeidet jeg også på samme avdeling. Jeg ble ferdig utdannet

barnesykepleier i desember 2020, og i juni 2021 starter jeg i full stilling i denne profesjonen.

Mine posisjoneringer

Jeg ble tidlig stimulert til et omsorgsyrke. På morssiden har habitusen om det huslige stått sterkt gjennom flere generasjoner. Min mor og hennes søstre gikk, som del av en siste generasjon, på husmorskolen og dette har preget meg i barndommen. Det har vært fokus på hus og hjem som blant annet ryddighet og orden, sunn og riktig mat. Far er oppvokst på en øy, noe som kan ha bidratt med å trigge hans praktiske sans fordi han måtte lære seg å ta tak i utfordringer med egne hender. At jeg har valgt et yrke som omhandler omsorg og som er praktisk er ikke tilfeldig. Både den praktiske sans og omsorgshabitusen har gått i arv. Foreldrene mine er gode på praktiske løsninger som gjør hverdagen enklere. De har sammen skapt nærhet i familien, trygghet og en god oppvekst både sosialt og økonomisk.

Fra tidlig i min ungdom var jeg barnepike. Dette har nok vært en spire til min sykepleierkarriere. En bekjent av familien som var leder på barneavdelingen hvor jeg har min arbeidserfaring fra, forstod at jeg var egnet til å jobbe med barn. Høsten etter at jeg fullførte min bachelorgrad i sykepleie kontaktet hun meg og ville ha meg på intervju på Barneklubben. Jeg søkte altså ikke aktivt selv. Jeg har alltid trivdes godt på Barneklubben og en av årsakene til det er at man som sykepleier tilbringer mye tid sammen med pasientene. Arbeidsoppgavene er meningsfulle, man har et tett samarbeid med legene som lytter til sykepleierne og opplevelsen av hierarki har vært lite tilstedeværende for min del.

Før jeg begynte på videreutdanningen i barnesykepleie skjedde det et brudd som bidro til at jeg endte med denne spesialistutdanningen. Fra jeg var 12 år gammel bestemte jeg meg for å bli jordmor. Å bli sykepleier i seg selv var ikke mitt mål. Jeg ble sykepleier fordi det var et krav for å ta fatt på jordmor utdannelsen. Jeg hadde jobbet som sykepleier i tre år da jeg begynte på jordmorstudiet. Det viste seg etter få uker å være feil retning.

Å avslutte studiet ble et vendepunkt for meg. Det var først da jeg fikk lagt dette kapittelet bak meg at jeg verdsatte sykepleieryrket ytterligere, og kjente på yrkesstoltheten av å være sykepleier og jobbe med barn. Å arbeide med barn og foreldre innebærer å skape en trygghet for hele familien. Å være i øyeblikket med barn og få ta del i å fremme det

positive i barnet, er svært givende for meg fordi det gjenspeiler en glede og takknemlighet hos dem. Barnesykepleie handler om sykdom, medisin, kultur og sosiale relasjoner. Mye mellom liv og død. Profesjonen er spesialisert og rettet inn mot en sårbar, men også kompleks gruppe, og spesialkompetansen gjør en istand til å kunne møte disse utfordringene både faglig, men også menneskelig.

For å forklare min vei inn mot å innta en posisjon, som resulterte i barnesykepleier, vil jeg også trekke frem noen holdninger og egenskaper fra mine foreldre som har preget min lidenskap. Mine foreldre var tydelig på at det var viktig å gjøre det godt på skolen, slik at man hadde mulighet til å ta utdanning, få en jobb man kan trives i og klare seg økonomisk. At dette er noe man må jobbe for, tok jeg tidlig på alvor og brukte dermed mye av min fritid til skolearbeid da jeg gikk på grunnskolen og videregående skole. Jeg kunne bruke bortimot 30 timer i uken på leksearbeid.

Jeg reflekterer over at mine disposisjoner har gjort det utfordrende for meg å ta en posisjon inn i det akademiske felt. Det at jeg kommer fra arbeiderklassen har bidratt til at jeg har måtte gjøre et større arbeid for å komme meg opp i utdanningsfeltet, i motsetning til om man kommer fra overklassen og har andre disposisjoner. Mine foreldre er mer praktisk anlagt fremfor teoretisk, og har ikke tatt høyere utdanning. Jeg er oppdratt i et hjem hvor hardt arbeid er verdsatt hvor man må lære seg å jobbe hardt for å nå fremover. Disse ervervede, positive kreftene fra mine foreldre har gjort det mulig for meg å gjøre en sosial oppstigning, i forhold til dem.

Jeg vil trekke også frem noen eksempler på egenskaper fra mine foreldre som jeg har arvet og tatt videre inn i min livsbane. Mor er pertentlig med renhold og loggfører inntekt og utgifter for å ha oversikt over familieøkonomien. Det har bidratt til min systematikk, at jeg systematisk starter arbeidsdagen med å få total oversikt over pasientens sykdomsbilde. Far er nøyaktig i sin hobby med bygging av modellbåter, og har hele tiden prioritert oss barn for at vi skal ha det godt. Det har bidratt til min pålitelighet, at jeg er til å stoles på. Det gjør at jeg tilbringer tid og er der for mine fadderbarn. Dette er egenskaper som kan forklare min praktiske sans i det sosiale rom, både i arbeidslivet og min hverdag.

6.0 Analyse del II

I studiens andre analysedel har vi analysert tidsskriftdokumentenes posisjoneringer om lystgass. Analysedelen tar først for seg analyser av dokumentenes disposisjon og posisjon (jf. kap. 6.1). Disse analysene ble brukt som grunnlag for å kartlegge de ulike tidsskriftdokumentenes posisjoneringer. Videre ble posisjoneringene analysert i tidsepoker. Dette ble gjort for å fremheve hvordan det kan være at dokumentenes posisjoneringer om lystgasspraktikken økte utover i tidsperioden.

6.1 Tidsskrift dokumentenes posisjon og disposisjon

For å kartlegge de 22 tidsskrift dokumentene sin posisjon og disposisjon, hentet vi inspirasjon fra Miriam Bjørndal Dahl (2020) sin masteroppgave om statlige føringer for dagkirurgi. I hennes studie delte hun inn dokumentene etter hvilken kapital de besitter. Dokumentene ble deretter rangert som høy, middels eller lav på bakgrunn av samlet mengde kapital.

Før vi rangerte dokumentenes samlede kapitalvolum, skisserte vi en tabelloversikt (jf. tabell 6) over agentenes samlede kapitalvolum. Da kunne vi differensiere kapitalformene til alle agentene, og gi dem et samlet kapitalvolum av kulturell, økonomisk og sosial kapital. For å kategorisere disposisjonene klassifiserte vi dem innenfor en rangering bestående av lav, middels eller høy verdi. Dette gjorde vi ved å gå inn på utdanning.no, hvor vi fant informasjon om årslønn, utdanningsløp og varighet på de ulike profesjonenes utdanninger.

Tabell 6: Indikatorer for agentenes kapitalformer

DISPOSISJON_	INDIKATORER
--------------	-------------

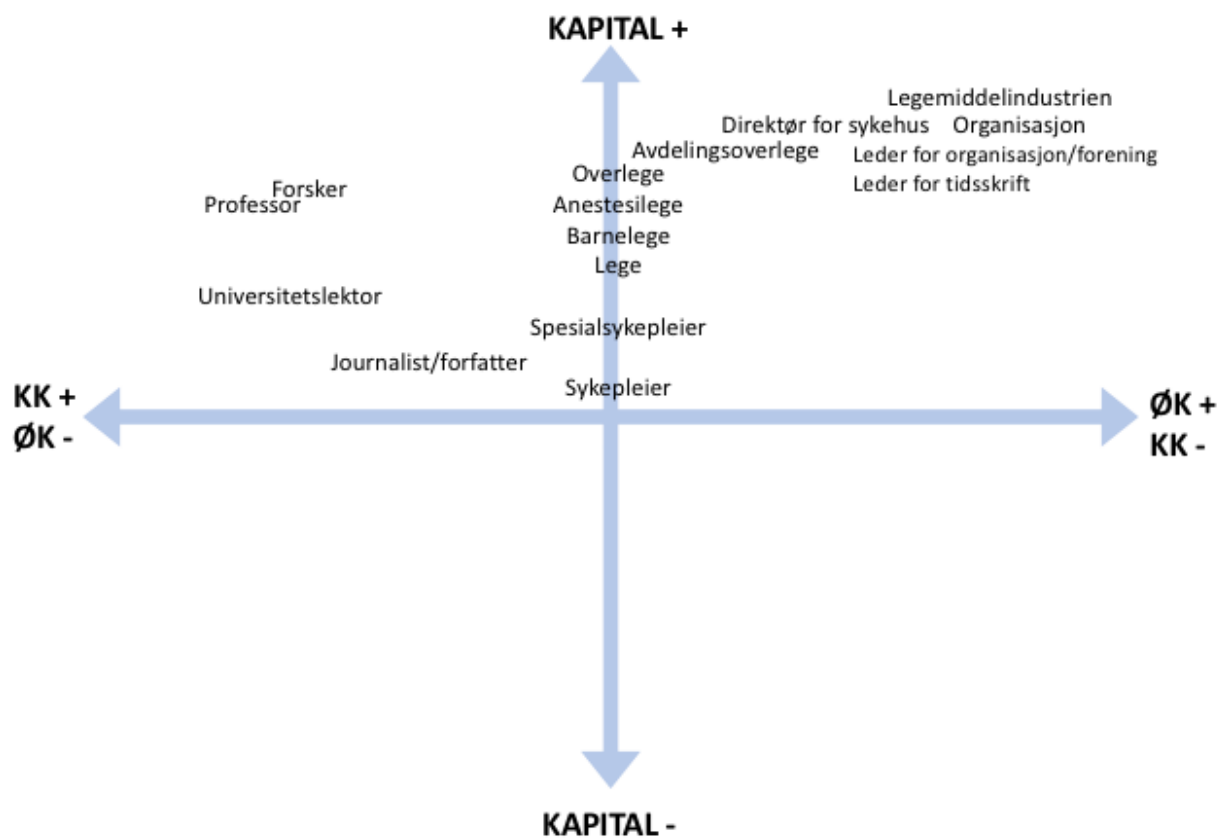
Kulturell kapital (Utdanningsnivå)	Lav (opptil 3 år) Bachelorgrad	Middels (3 - 7 år) Videreutdanning og/eller mastergrad	Høy (over 7 år) Professor - Professor emeritus, Phd
Økonomisk kapital (Årsinntekt)	Lav (opptil 400 000 kr/år).	Middels (400 000 - 700 000 kr /år).	Høy (over 700 000 kr /år).
Sosial kapital	Lav Alene forfattere.	Middels Lektor, redaktør, medforfattere og medlemmer av organisasjoner.	Høy Ledere, bidragsyttere til stiftelse av organisasjoner og ansatte i organisasjoner med høy medlemsmasse.

Overblikket av tabellen gjorde det visuelt og tydelig for oss. Dette ble et forarbeid for å lage indikatorer til dokumentene (jf. tabell 7). Dette er av betydning for å se hvem som er de dominerende agentene basert på høyest kapital, anerkjennelse og dermed makt i feltet (Hansen et al., 2014, s. 28). Ut i fra agentenes samlet kapitale volum, får dokumentene ulik mulighet til å påvirke praksis.

Tabell 7: Indikatorer for dokumentenes kapitalvolum og definisjonsmakt

DISPOSISJON	INDIKATORER
Kulturell kapital (ku)	<u>Ku. høy:</u> Dokumenter som kan påvirke lystgass praktikken i stor grad. <u>Ku. middels:</u> Dokumenter som kan påvirke lystgass praktikken i middels grad. <u>Ku. lav:</u> Dokumenter som kan påvirke lystgass praktikken i liten grad.
Økonomisk kapital (øk)	<u>Øk. høy:</u> Dokumenter som kan påvirke lystgass praktikken i stor grad. <u>Øk. middels:</u> Dokumenter som kan påvirke lystgass praktikken i middels grad. <u>Øk. lav:</u> Dokumenter som kan påvirke lystgass praktikken i liten grad.
Sosial kapital (so)	<u>So. høy:</u> Dokumenter som kan påvirke lystgass praktikken i stor grad. <u>So. middels:</u> Dokumenter som kan påvirke lystgass praktikken i middels grad. <u>So. lav:</u> Dokumenter som kan påvirke lystgass praktikken i liten grad.

Figur 2: Illustrasjon av sosialt rom hvor agenter posisjoner seg om lystgass



6.2 Hvordan agentene posisjonerer seg om lystgass i tidsskriftene

Dette kapittelet i studien deles inn i tre kapitler med undertitler. Følgelig tar det for seg tre ulike tidsepoker som svarer på forskningsspørsmålet om hvordan helsepersonell i tidsskrift dokumenter posisjonerer seg om lystgass i medisinsk bruk.

Det første kapitlet handler om epoken da det fremkom negative virkninger av lystgass (1983-1999). Det andre kapitlet handler om økt omtale om bruken av lystgass i Norge (2000-2010).

Det siste kapitlet handler om den nasjonale økningen ved bruk av lystgass til bruk hos barn ved smertefulle prosedyrer (2011-2020).

Kapitlene er bygd opp på følgende måte:

- *Posisjoneringer om lystgass
- *Konstruksjon av tidsskrift forfatternes posisjon i det sosiale rommet
- *Analyse og konstruksjon av en teori om bruk av lystgass i barnemedisinen

6.2.1 1983 - 1999: Negative virkninger av lystgass fremkommer

Det er to ulike posisjoner som uttaler seg generelt om lystgass i medisinsk bruk mellom 1983-1999, uten å spesifisere barn. Nedenfor har vi gjort rede for posisjoneringene av lystgass i forhold til positiv virkning og hvordan beskytte pasienten mot bivirkninger. Deretter forklarer vi posisjoneringene i lys av og tidsskriftforfatterens posisjon i det sosiale rommet (jf. kap. 3.5).

6.2.2 Tidsskriftforfatterens posisjoneringer om lystgass fra 1983-1999

Første posisjonering er skrevet av en anestesilege i 1983 som er imot lystgass som behandling. Posisjonen publiserte en fagartikkel i det som den gang het "Tidsskrift for den Norske Lægeforening". Anestesilegen Hole argumenter for at lystgass kan gi bivirkninger som hematologisk og nevrologisk skade som ikke er reversible. Bivirkninger som inaktivering av B12 syntesen er i hovedfokus. Posisjonen argumenterer ved å henvise til eldre studier internasjonalt. Studiene støtter bivirkning påstandene. Det påpekes og være viktig å kontrollere avsug og apparater for å forhindre forurensning i miljøet som kan gi nevrologiske skader på mennesker. Det er ikke grunn for å advare mot lystgass som anestesimiddel til vanlig bruk, men langvarig bruk betraktes som uforsvarlig praksis (Hole, 1983, s. 1946). Det skjer en endring i posisjonering fra å være imot lystgass, til å innta en føre var stilling på grunnlag av positive effekter som et smertelindrende og beroligende middel. I 1987 publiserte professor Ueland i farmakologi en oversiktsartikkel i legenes tidsskrift. Posisjonen inntar en føre var stilling om bivirkninger med fokus på problematiske fysiologiske effekter, men understreker dog lystgassen sine positive virkninger. Han posisjonere seg ved å si at det råder stor uenighet internasjonalt om hvilke konsekvenser bivirkningene har for den kliniske bruken av lystgass. Han refererer til fagmiljø i USA som er sterkt tvilende til godkjenning av legemidlet. Posisjonen henviser til lederen av det britiske tidsskriftet for anestesileger som samme år har uttrykt at lystgass må brukes med forsiktighet og da kan betraktes som et meget verdifullt smertestillende og beroligende middel (Ueland, 1987, s. 2305-2308).

6.2.3 Konstruksjon av tidsskriftforfatternes posisjon i det sosiale rommet

Etter å ha sett nærmere på posisjoneringer i dokumentene til Hole (1983) og Ueland (1987) har vi forsøkt å forklare agentenes plassering i forhold til hverandre i det sosiale rom. Forklaringer er ut fra deres disposisjoner og samlet kapitalvolum (jf. kap.6.1). Foruten disse to dokumentene er det ingen flere publikasjoner om lystgass fra denne perioden.

Både Hole og Ueland innehar høy grad av mulighet til å påvirke lystgasspraktikken på daværende tidspunkt. Dette på bakgrunn av posisjonenes høye verdier av økonomisk og kulturell kapital. Det som skiller dem er samlet kapitalvolum, ettersom Ueland høyner sin sosiale kapital overfor Hole ved å referere til posisjoner internasjonalt. Ueland stiller dermed over Hole i det sosiale rommet, og fordi han er professor og innehar noe mer kulturell kapital enn Hole (jf. figur 2; vedlegg 1, s. 3; Bourdieu, 2018, s. 22).

I tidsperioden 1983 til 1999 blir det publisert bare en oversiktsartikkel i legetidsskriftet om virkninger av lystgass. Forskningsartikkelen til Ueland overgår dermed fagartikkelen til Hole fordi den har større påvirkningskraft. Den allierer seg indirekte med andre profesjoner med høy grad av samlet kapitalvolum og Ueland øker dermed sin sosiale kapital. Publikasjonen presenterer også ny kunnskap hvorav forklaringen om at en endring skjer på bakgrunn av ny kunnskap, publiseres.

Videre i neste punkt legges det frem en konstruksjon av teori som kan bidra til å forstå og forklare agentenes posisjoneringer om lystgass.

6.2.4 Analyse og konstruksjon av en teori om bruk av lystgass i barnemedisinen 1983-1999

I dette kapittelet har vi sett at posisjoneringene i Tidsskriftet Den norske legeforening i perioden 1983-1999 endrer seg fra å være imot lystgass i generell bruk, til å innta en føre var stilling på grunnlag av positive effekter. Det kan det være flere forklaringer på.

Det første er at det drøftes om bivirkninger i 1983. Det kan være en måte å holde igjen lystgasspraktikken på, de heterodokse krefter er altså i spill (jf. kap. 3.7). Hole er kritisk til bruken på bakgrunn av sikkerhetsmessige årsaker. I 1987 endres posisjoneringene til å kunne innføre middelet i behandling på grunn av en smertelindrende og beroligende virkning.

Mot slutten av 1980- tallet øker bruken av lystgass i Europa. Det etableres ved legevakter og fødestuer i Frankrike og England. På dette tidspunktet har ikke land i Skandinavia tatt i bruk lystgass til barn i prosedyrer på sykehus enda (jf. kap.2.7). I barnemedisinen er det andre ting som kom frem i lyset. Nemlig kunnskapen om barns smertefysiologi, noe som har manglet. I 1968, omtrent 20 år før publikasjonene av Hole og Ueland, konkluderte en studie fra Norge om at barn tåler smerte godt (Smeland & Reinertsen, 2012, s. 8). Kunnskap om barns smerte ble tatt godt imot og gjorde opp med myten om at jo yngre barn er, jo mindre smerte føler det. I en lærebok fra 60- tallet beskrives det at barn sjeldent trengte medisiner for smertebehandling, fordi de tålte smerte godt (Kalikstad & Aaserud, 2009, s. 167). Analysen av empirien viser dermed at det var mangel på kunnskap som var orienterende for datidens praksis. Lystgass var ikke blitt et relevant alternativ. Å bruke lystgass i behandling ved smertefulle prosedyrer til barn var altså ikke ervervet i helsepersonells habitus eller en del av deres praktiske sans enda (jf.kap. 3.2 & 3.6) fordi kunnskapen om barns smerter var mangelfull.

En annen betydning av agentenes posisjoneringer og hvordan det påvirket lystgass praktikken, er den historiske forklaringen om at legene har hatt makt i det medisinske feltet (Hansen et. al., 2014, s. 27-30). Som er av betydning ved Holes posisjoneringer om lystgassens bivirkninger. Når han indirekte taler til medlemmene av legeforeningen gjennom tidsskriftet, bidrar posisjoneringen til at hans skepsis brer seg i det medisinske feltet. Posisjoneringer fra leger som sitter høyt oppe i hierarkiet, som Hole og Ueland, blir avgjørende for hvilke doxa som blir rådende (jf.kap. 3.7). Dermed har de heterodokse som vil innføre lystgass ikke fått gjennomslag overfor de ortodokse lystgass motstanderne i Norge. Bourdieus teori om den praktiske sans, habitus og hvordan samfunnet er som det er; om habitus skal endre seg, så må samfunnet endre seg (jf. kap.3.6).

6.3 2000-2010: Omtalen av lystgass øker nasjonalt

Det er åtte ulike posisjoner som uttaler seg om lystgassens historie, lystgass i medisinsk bruk eller kritikk om smertebehandling av barn i Norge i perioden 2000-2010. I de neste punkt gjør vi rede for posisjoneringene som er for og imot lystgass. Deretter forklarer vi posisjoneringene i lys av tidsskriftforfatterens posisjon i det sosiale rommet (jf. kap. 3.5). Avslutningsvis kommer konstruksjonen av en teori som forklarer hvordan det kan ha seg at agentene posisjonerer seg som de gjør om lystgass.

6.3.1 Tidsskriftforfatterens posisjoneringer om lystgass fra 2000-2010

Første posisjoneringene i tiåret publiseres i en fagartikkel og i en nyhetsartikkel fra 2002. I tidsskriftet for Den norske legeforening posisjonerer anestesilegen Dahl seg for lystgass i en fagartikkel ved å si at det er trygt og at det har vært i bruk i over 100 år. Posisjonen argumenterer med at lystgass ble ytterligere tryggere etter introduksjonen av 50% lystgass og 50% oksygen. På andre siden trekker posisjonen frem ulempen med lystgass at det gir dårlig smertelindrende effekt og at det er i søkelyset som miljøforurensere (Dahl, 2002, s. 1688-1690).

Tre anestesileger i forsvaret inntar en kritisk stillingstaking mot lystgass i tidsskriftet for Norsk anesthesiologisk forening (DNLF) (Sundnes, et. al., 2002, s.29). Posisjonene argumenterer imot lystgass grunnet fare for negative virkninger, bivirkninger og sikkerhet omkring bruken.

I 2003 publiseres en kommentarartikkel med navn "Fra styret- lederens spalte" i barnelegenes tidsskrift (PAIDOS). Bangstad som er barnelege, kommer med barnelegenes første posisjonering i studien. Posisjonen er leder for barnelegeforeningen og for tidsskriftet. Han skriver indirekte en opplevelse av at barnelegene er undertrykt i rangeringen mellom legene. Videre uttrykker posisjonen at barnelegene må fronte sakene sine tydeligere og make å sette fokus på saker som kampen mot steile gass importører (Bangstad, 2003, s. 60).

Året etter legger PAIDOS ut en programartikkel til en fagdag for helsepersonell som arbeider med barn. Dokumentet kritiserer smertebehandling av barn i Norge som ufullstendig. Posisjonen som står for innholdet i programartikkelen er barnelege og styreleder for Norsk barnesmerteforening (Alme, 2005, s. 75).

I 2007, to år etter publiseres det en nyhetsartikkel med informasjon om programmet til årets nordiske kongress. Kongressens tema omhandler smerte hos barn. Posisjonen er Norsk barnesmerteforening med styrelederen Henrichsen i front, som taler for organisasjonen. Teksten taler for bruken av lystgass ved å argumentere med positive erfaringer fra Sverige (Henrichsen & Andersen, 2007, s. 18). Styrelederen som også er barnelege, er posisjonen som uttaler seg i programartikkelen fra Norsk barnesmerteforening i 2005.

I 2008 publiseres en nyhetsartikkel i tidsskriftet for sykepleiere (Helmers, 2008).

Posisjoneringen er fra lederen av tannlegeforeningens posisjoneringer. Posisjonen Lyngstad, er altså en tannlege som er skeptisk til at narkose skal defineres som tvangstiltak i et nytt kapittel i pasientrettighetsloven til Helsedirektoratet. Han foreslår lystgass som alternativ.

Det publiseres så en fagartikkel i 2010 i DNLF. Professor Breivik, en overlege i anesthesiologi som var med å grunnlegge Norsk smerteforening, er posisjonen. Han henviser til lystgassens historie kort innledningsvis. Teksten tar ikke stillingstakning til lystgass, men handler om smertebehandling og anestesilegenes viktige posisjon i smertebehandling (Breivik, 2010, s. 9-12). Han posisjonerer seg ved å fremme anestesilegenes viktige posisjon innenfor flere felt når det gjelder pasienters komplekse smerteproblematikk. Han uttaler at blant ulike legespesialister, er det flest anestesileger som er medlem av nasjonale, skandinaviske og internasjonale smerte- organisasjoner. Han posisjonerer seg ved å si at smerteforskning og smertebehandling er en økende del av faget deres.

6.3.2. Konstruksjon av tidsskriftforfatterens posisjon i det sosiale rommet

Av syv ulike dokument og posisjoneringer fra agenter, så er det fire dokumenter som trer frem med størst grad av mulighet til å påvirke lystgasspraktikken i dette tiåret. Disse agentene er Bangstad, Breivik, Henrichsen og Lyngstad (jf. kap. 6.3.1) og som innehar høyest verdi av kulturell og økonomisk kapital (jf. vedlegg 2). Til felles er de ledere for en

organisasjon, som gjør at de plasserer seg høyt oppe i hierarkiet hvor en inntar en dominerende posisjon (jf. figur 2). De plasserer seg altså i den horisontale polen som er dominert av økonomisk kapital, og legger seg videre høyt oppe i hierarkiet i det medisinske felt, på bakgrunn av høyt samlet kapitalvolum (jf. figur 2; kap. 3.4 & 6.1).

Anestesileger fra forsvaret (heretter benevnt som Sundnes) og Dahl er de øvrige agentene som posisjonerer seg om lystgass i denne tidsepoken. Disse agentene plasserer seg midt imellom de to polene som er dominert av kulturell og økonomisk kapital. De stiller seg høyt oppe i den vertikale linjen som illustrerer høy grad av kapitalvolum (jf. kart).

Posisjoneringene fra Sundnes er tre anestesileger som står i en faglig allianse, dermed innehar dette dokumentet høyere grad av sosial kapital og påvirkning, sammenlignet med Dahl.

Videre i neste punkt skriver vi frem en konstruksjon av teori som kan bidra til å forstå og forklare agentenes posisjoneringer om lystgass.

6.3.3 Analyse og konstruksjon av en teori om bruk av lystgass i barnemedisinen

2000- 2010

Gjennom de forrige punktene har vi sett ulike posisjoneringer gjennom denne tidsepoken. Vi får vite at det var posisjoner utenfor sykehusene som også var opptatt av lystgass. Sundnes fra 2002 opprettholdt samme kritiske stillingstakningen, av samme årsak som Hole i 1983. Det viser at doxaen om og ikke bruke lystgass grunnet negative konsekvenser, er blitt bevart i nesten 20 år. Noe som har påvirket barnemedisinen nasjonalt ettersom det ikke ble implementert til barn på sykehus i Norge før 2007. Anestesilegene fra forsvaret viser at posisjoner utenfor det medisinske felt også engasjerer seg i saken om lystgass.

Posisjoneringene til Dahl (kap. 6.3.1) fremmer lystgass positivt ut fra et historisk perspektiv. Miljøforurensning nevnes som en negativ faktor, dermed taler teksten både for og imot

lystgass. Miljøfaktoren ble også nevnt i Holes (jf. vedlegg 1, s.3) posisjoneringer i fagartikkelen fra 1983, hele 19 år tidligere. Dette viser at feltet også har vært kritisk til bruken grunnet forurensing i miljøet. Disse posisjoneringene kan ha påvirkning for hvordan og når lystgass får innpass i barnemedisinen.

I 2003 setter barnelegen Bangstad som er lederen for barnelegeforeningen og PAIDOS, søkelys mot barneleger som må komme til syne for å kunne øke påvirkningskraften sin. Dette uttrykker han på bakgrunn av at barneleger selv har en oppfattelse av at nyheter og saker de publiserer, ikke er like spennende som publikasjoner fra andre legespesialister. Bangstad gir en klar melding til korpset sitt om at de (barnelegene) må posisjonere seg i legeforeningens tidsskrift for å få anerkjennelse og mulighet til å påvirke, for å kunne heve seg i hierarkiet av legene (jf. Bangstad 2003 i vedlegg 1, s.2). Først da vil de kunne påvirke i helsepolitiske arenaer, noe de tradisjonelt ikke har vært med på. Bangstad sier herved at barnelegene er underdanige den gang.

Dette støtter en norsk studie oppunder. Studien viser at prestisje av medisinske spesialiteter er ordnet hierarkisk og spesialister som jobber med organer i øvre deler av kroppen, får betydelig symbolsk verdi og er av høy prestisje (Album & Westin, 2007, s.182-188). Barnelegene er altså de dominerte i hierarkiet for legene i det medisinske felt på daværende tidspunkt.

Bangstads posisjonering har betydning for hvordan korpset i PAIDOS lar seg påvirke ettersom han sitter i en høy posisjon i det sosiale rom. Dette spesielt ettersom øverste leder av tidsskriftet er valgt fram av sine egne medlemmer, det gir han symbolsk makt. Når barnelegene leser lederens kommentarartikkel, vil en tenke seg at det påvirker dem.

I genesen får vi kjennskap om at Sverige var inspirasjonskilden til barnemedisinsk avdeling ved St. Olavs Hospital i utprøving av lystgass (Nilsen, 2007). I forkant av dette i 2005, viser posisjoneringer fra en barnelege i PAIDOS at smertelindring til barn i Norge var mangelfullt. Temaet om barn og smerter presenteres i en programartikkel for å informere om kommende fagdag, som skal nå ut til flere helsepersonell som arbeider med barn. Dette dokumentet tok ikke for seg lystgass som tema, men bidro til økt fokus på smertebehandling hos barn. Denne

tråden tas opp igjen to år etter i 2007, i samme tidsskrift og av samme posisjon, i nyhetsartikkelen om den nordiske Kongressen om barn og smerter.

Dette viser at agenten kan nå ut både nasjonalt og internasjonalt, og sørge for en større korps effekt av hans posisjoneringer (Fredriksen, 2016, s. 64). Forklaringene på disse posisjoneringene og påvirkning til barnemedisinen handler altså her om smertelindring, det har skjedd en endring eller et brudd. Fra å sette smertebehandling til barn på dagsorden, til å konkretisere alternative måter å gjøre smertefulle prosedyrer på, hvor lystgass kommer inn som en praktikk (jf. kap 3.2) i behandling av barn.

Tannlegeforeningens leder, Lyngstad, foreslår at lystgass kan være et alternativ for å unngå narkose når barn ikke samtykker, altså som behandling når en skal bruke tvang. Doxa på dette tidspunktet er bruk av narkose, hvor Lyngstads posisjoneringer for lystgass er et heterodoks utsagn (jf. kap. 3.7). Bakgrunnen for posisjoneringen er at Lyngstad er imot at narkose skal assosieres med benevnelsen tvang. Lyngstad til trolig ikke at tannlegene skal forbindes med tvang i behandling av pasienter ettersom dette er tabubelagt, mens i realiteten blir det praktisert (Knutzen, et.al., 2019).

Videre forklaringer på Lyngstads posisjoneringer er at han har lang erfaring fra det odontologiske felt, hvor han har positiv erfaring med lystgass. Når lederen av tannlegeforeningen posisjonerer seg i tidsskriftet for sykepleiere, vil det kunne ha stor påvirkning ettersom det er odontologien som har brukt legemiddelet lengst (jf. kap. 2.8). Lyngstad er leder og har dermed høyt kapital volum i det sosiale rom (jf. figur 2). Han har fått innpass til å uttale seg i Sykepleien. Det er trolig ikke tilfeldig at det er lederen fra tannlegeforeningen som er med i denne debatten. Lyngstad inntar dermed en dominerende posisjon, og oppnår symbolsk makt (jf. kap. 3.4).

Når agenter som er ledere eller har definisjonsmakt i det medisinske felt, taler for eller imot lystgass, vil det påvirke leserne eller profesjonene fra tidsskriftene. Det som Fredriksen (2016, s. 64) kaller for en usynlig korps effekt, eller korpset av de profesjonelle: Jo høyere agentene er i hierarkiet i det sosiale rom, desto større dominans og påvirkning har de på korpset.

Professor Breivik (Breivik, 2010, s. 9-12) taler verken for eller imot lystgass, men posisjonerer seg ved å fremme anestesilegenes viktige del av smertebehandling. Dette kan forklares med det faktum at det er “anestesilegenes som er viktigst” at anestesilegenes viktigste jobb er å lindre pasienter godt. Noe som på en annen side kan forklare hvorfor vi ikke ser til posisjoneringer av barnelegene. Hvorfor barnelegene underordner seg anestesilegene og holder seg så tilbake om.

I denne perioden har vi fått kjennskap til at lystgass har blitt økende omtalt i det medisinske felt og så vidt omtalt i subfeltet barnemedisinen i perioden 2000-2010, ettersom barnelegene så vidt har kommet på banen angående smertelindrende behandling til barn. Oppsummert dominerer anestesilegene fremdeles over barnelegene. Implementering av lystgass holdes midlertidig tilbake.

6.4 2011-2020: Nasjonal økning i bruk av lystgass

Det er ni agenter som posisjonerer seg om lystgass i medisinsk bruk i perioden 2011-2020. I denne tidsepoken øker også antall posisjoneringer, noe som viser at omtalen om lystgass “øker med bruken” og det blir en kamp lystgass. I de neste punktene gjør vi rede for posisjoneringene og forklarer dem i lys av agentenes posisjon i det sosiale rom (jf. kap. 6.4.1 & 6.4.2).

6.4.1 Tidsskriftforfatternes posisjoneringer om lystgass fra 2011-2020

Første posisjonering i 2012 er en nyhetsartikkel i tidsskriftet for anestesilegene. Posisjonen er en internasjonal anestesilege som deltar på Verdens kongressen for anestesileger, sammen med tusenvis av andre anestesileger. Posisjonen hevder at det behøves store randomiserte kontrollerte studier på bruken av lystgass (Spreng, 2012, s. 43).

Fra tidsskriftet Sykepleien i 2013 posisjonerer legen Mouette med spesialisering i akuttmedisin seg om lystgass i en artikkel omtalt som “fagnyhet”. Mouette formidler gode

erfaringer fra Frankrike hvor legevakter har implementert det. Posisjonen jobber på en legevakt på østlandet hvor han ønsker å endre praksisen (Hernæs, 2013, 52-53).

Samme året posisjonerer en viseadministrerende direktør på et sykehus seg. Bakgrunnen er at lystgass har lekket ut i rør og pasienter har fått i seg små mengder av gassen i uvitenhet. Han posisjonerer seg kort i et leserinnlegg ved å avdramatisere virkningen av lystgass og formidler at lystgass ikke er farlig og at det fortsatt brukes i forbindelse med narkose (Kaasa, 2013, s. 11).

En anestesisykepleier med Master i klinisk sykepleie og universitetslektor skrev en fagartikkel med navn "Lystgass- bare for gøy?". Den er publisert i tidsskriftet for anestesisykepleiere i 2016 og i tidsskriftet for anestesileger året etter. Svarthaugs dokument posisjonerer seg imot lystgass. Han ble forespurt av mediebedriften NRK (Norsk rikskringkasting) om å uttale seg om risikoer ved lystgass som rusmiddel. Dette gjør han ved å beskrive detaljert skadevirkningene av lystgass, og uttaler at ungdommer misbruker det (Svarthaug, 2016, s. 23-25; Svarthaug, 2017, s. 9-10).

I 2018 fremkommer det hele tre posisjoneringer om lystgass i ulike tidsskrift. Alle posisjoneringene har en positiv stillingstakning. Det er basert på en barnesykepleier sitt faglige engasjement. Første posisjonering er fra "Emre får lystgass" hvor barnesykepleier Iversen posisjonerer seg for lystgass i en reportasje basert på informasjon fra henne selv, foreldre, barn og lege. Iversen er svært positivt og ser på lystgass som en løsning på mange års underbehandling av smerter til barn. Hun viser til Sverige og Danmarks langvarige bruk av lystgass, og argumenterer for at det er en sikker behandlingsmetode ved å henvise til FHI's metodevurdering og internasjonale resultater (Hernæs, 2018, s. 26-31).

Videre posisjonering samme år er fra legemiddelindustrien som posisjonerer seg i et reklameinnslag i tidsskriftet PAIDOS (barnelegene) som viser et bilde av et barn som holder en maske inntil ansiktet. Leverandøren for den medisinske gassen posisjonerer seg ved å skrive at Livopan® er smertelindring med enkel tilførselsvei. Annonsen er plassert tidlig i bladet (The linde group AGA, 2018, s. 7).

Den første og eneste posisjonering i Tidsskriftet for Barnesykepleiere om lystgass, finner vi i denne tidsepoken, fra 2018. Det er i en programoversikt for Barnesykepleierforbundet

(posisjonen) sitt vårseminar. Barnesykepleieren Iversen, som er fra sykehuset Østfold, skal undervise om positive erfaringer ved bruk av lystgass til barn (Barnesykepleierforbundet, 2018, s. 13).

I tidsskriftet for legene i 2019 posisjonerer barnesykepleier Iversen seg for tredje gang. Hun er også fagutviklingsrådgiver. Det kan forstås at Iversen er initiativtaker for studien ettersom hun har bidratt med igangsettelse av manus og har med en lege i spesialisering til å skrive og bearbeide manuset (Olsen. et. al., 2019). Iversen er altså medforfatter i forskningsartikkelen "Bruk av lystgass til barn". Posisjonen publiserer sammen med legen i spesialisering og en seniorforsker som er spesialist i pediatri. Resultatene viser at lystgass er et godt sederende middel som er angstdempende, smertelindrende, effektivt og få bivirkninger.

Posisjoneringene er for lystgass, argumentert utfra gode resultater (Olsen. et. al., 2019, s. 1159-1163).

Siste posisjonering fra denne tidsepoken er fra anestesifeltet. Posisjonene er en professor i anesthesiologi (Tidsskriftet Den norske legeforening, 2021), en overlege i klinisk farmakologi (Tidsskriftet Den norske legeforening, 2021) og en professor klinisk toksikologi (Universitet i Oslo, 2011). De posisjonerer seg imot bruken av lystgass i medisinsk behandling som argumenteres på bakgrunn av generelle problemer som negative virkninger og forurensing, og at det finnes gode alternativer til lystgass. De posisjonerer seg også ved å si at lystgass er velkjent blant anestesileger (Kongsgaard et. al., 2020, s. 12-13).

6.4.2 Konstruksjon av tidsskriftforfatternes posisjon i det sosiale rommet

Det er 10 ulike dokument som posisjonerer seg om lystgass i løpet av perioden 2011-2020. Tre av dokumentene (forskningsartikkelen, leserinnlegget fra viseadministrerende direktør og reklameinnslaget fra legemiddelindustrien) har hatt mulighet til å påvirke lystgass praktikken i stor grad grunnet posisjonene sine disposisjoner, som er høyt volum av kulturell og økonomisk kapital (jf. tabell 7 og vedlegg 2).

Den høyeste profesjonen av agentene i forskningsartikkelen er forsker. Andre agenter er en viseadministrerende direktør for et sykehus seg og leverandør for lystgass

(legemiddelindustrien) (jf. kap 6.4.1). Felles for agentene i dokumentene er at de plasseres seg høyt oppe i hierarkiet i det sosiale rommet. Dette påvirker dokumentenes definisjonsmakt.

Legemiddelindustrien ligger høyest i høyre pol av økonomisk kapital, fordi de har store økonomiske ressurser. Det bidrar til at de inntar den høyeste posisjonen av de tre dokumentene i hierarkiet og de kan påvirke stort. Viseadministrerende direktør som agent stiller seg rett under legemiddelindustrien grunnet stort ansvar for institusjonens økonomi og relativt høyt volum av økonomisk kapital, men trekker mot venstre pol grunnet høy kulturell kapital (jf. kap. figur 2, vedlegg 2).

Forskningsartikkelen fra legetidsskriftet kan også påvirke lystgasspraktikken i stor grad fordi posisjonene innehar høy grad av både kulturell og sosial kapital. Det er flere profesjoner som står sammen i en faglig allianse. Derav en seniorforsker som er tredje forfatter, dette bidrar at dokumentet høyner sin kulturelle kapital. Den har ikke like høy grad av økonomisk kapital som legemiddelindustrien besitter, dermed blir dokumentet dominert (jf. kap. 3.4; figur 2; vedlegg 2 & tabell 7).

Det er fem agenter er i posisjon til å påvirke middels grad. Det er en anestesilege, professor, lege, universitetslektor og journalist med barnesykepleier. Felles for de er at de plasserer seg lavere i den horisontale linjen som illustrerer lavere grad av økonomisk kapital, og mot venstre som illustrerer høyere grad av kulturell kapital i det sosiale rom (jf. figur 2) - sammenlignet med de dominerende agentene i klassen over.

Siste dokument er av posisjonen barnesykepleierforbundet med barnesykepleier. Agentene kan påvirke praksis om de publiserer tekster med verdi for barnemedisinen. Men ettersom dokumentet «bare» er en programoversikt, har dette lav påvirkningskraft sammenlignet med de andre dokumentene.

Disse agentene som trer inn i det sosiale rommet med høy kulturell og økonomisk kapitalvolum, dominerer over posisjoner med lavere volum av kapital (jf. figur 2).

Det er disse hierarkiske dimensjoner som skaper sosiale forskjeller (Horne, 2016, s. 48-49).

6.4.3 Analyse og konstruksjon av en teori om bruk av lystgass i barnemedisinen

2011-2020

I dette tiåret er det totalt 10 dokumenter hvor 6 ulike dokument agenter er for lystgass praktikken. Fem av dokumentene har en positiv stillingstakning til praktikken som er spesifikt rettet mot behandling av barn ved smertefulle prosedyrer.

I de foregående punktene i kapitlet har vi sett at det er flere agenter i dette tiåret som posisjonerer seg og kjemper om dominans for hvilken doxa om lystgass som skal gjelde. Lystgass i bruk til barn under smertefulle prosedyrer har hittil ikke vært anerkjent (en doxa) i Norge. Det er ikke før denne epoken det er tydelig at det blir en kamp om lystgass skal implementeres eller ikke i behandling av barn. Det er nå flere agenter i det medisinske felt i tillegg til at samfunnet (media) engasjerer seg. Det er altså sterke krefter i spill. For å tydeliggjøre hvem som er for det (de heterodoxe) og hvem som er imot (de ortodoxe), så deler vi inn fremstilling av kampen i to grupper.

De dominerende blir dominert

Anestesifeltet har vært de dominerende frem til denne tidsepoken. Feltet har posisjonert seg om lystgassens negative virkninger. Anestesilegene posisjonerte seg i denne tidsepoken ved å si at lystgass er velkjent blant alle anestesileger (jf.kap. 6.4.1; Kongsgaard et. al., 2020, s. 12-13). Dominansen fra anestesifeltet til nå kan forklares ved at det er de som råder over medisinske gasser og er anerkjent for det i det medisinske felt. Da vil det de skriver og argumenterer med, vinne frem fordi det er de som innehar størst kunnskap, altså kulturell kapital, om saken.

De stiller seg nå enda tydeligere imot lystgass ved å holde fast på tidligere stillingstakning.

I tillegg til anestesileger, kommer en anesthesisykepleier i posisjon til å uttale seg.

Anesthesisykepleieren (Svarthaug) publiserer seg i hele to tidsskrift (både for anestesileger og for anesthesisykepleiere) som gjør at dokumentet når ut til flere, som videre kan adoptere den kritiske stillingstakning og opprettholdelse av habitus (jf.kap. 3.6; 6.4.1).

Posisjoneringene på dette tidspunkt forklares ved at det er kommet frem i samfunnet gjennom nyheter at lystgass misbrukes som rusmiddel også i moderne tider. Posisjonen

ønsker å bidra med å gjøre lystgassens negative virkninger kjent for allmennheten (Svarthaug, 2016, s.23-25; Svarthaug, 2017, s. 9-10).

En internasjonal anestesilege posisjonerer seg i dette tiåret i 2012 mer todelt sammenlignet med tidligere anestesilegers posisjoneringer ved å si at det hvert fall trengs mer forskning på området (jf. kap. 6.4.1).

De dominerende

Kommentaren i tidsskriftet for sykepleiere av viseadministrerende direktør forklares ut ifra at posisjonen vil avvæpne mulige farer og bivirkninger pasienter og helsepersonell kan ha pådratt seg i forbindelse med lystgass lekkasjen. En viseadministrerende direktør sitter i en stilling er valgt av en gruppe mennesker med høy kulturell og økonomisk kapital, og inntar automatisk en dominerende posisjon. Noe som medfører at det denne agenten sier eller gjør, vil påvirke til og være doxa settende for det en tar stilling til. Dokumentet vil i stor grad påvirke medlemmene av tidsskriftet når han indirekte taler til dem, noe som igjen vil være påvirket av den usynlige korpseffekten ettersom agenten besitter en stilling høyt i hierarkiet i det sosiale rom (jf.kap. 6.4.1; Fredriksen, 2016, s. 64).

Barnelegene har siden 1983 ikke posisjonert tydelig i det medisinske felt, heller ikke om lystgass, men kommer nå til syne i underkant av 20 år etter at lederen for tidsskriftet (PAIDOS) etter Bangstads oppfordring (Bangstad, 2003, s. 60). Henrichsen posisjonerte seg sterkt i 2005 i tidsskriftet for barnelegene ved å kritisere datidens praksis omkring smertebehandling av barn. Det var første gang en barnelege posisjonerte seg om temaet. I 2007 ser det ut til og ha skjedd et brudd ettersom Henrichsen appellerte og rettet fokuset inn mot hjelpemidler. I den sammenhengen trekker han inn lystgass som et hjelpemiddel i behandling av barn ved smertefulle prosedyrer.

I nåværende tidsepoke (2011-2020) er mange av kampene om smertebehandling til barn overstått. Doxaen om at barns smerter skal lindres er satt, "alle er enige om det". Lystgass er også blitt anerkjent til barn i Norge på denne tiden.

Det er først i denne tidsepoken endringen skjer at barnelegene kommer til syne.

Forklaringen på det kan være i sammenheng med at kunnskap om smerter til barn stadig

forbedres ved hjelp av forskning og flere helsepersonell blir både opplyst og opptatt av det. En annen forklaring kan være at barnelegene omsider anerkjennes for den komplekse utfordringen det kan være å smertelindre barn. Dermed blir de akseptert med sine kapitaler som gjør at de kommer i posisjon til å delta i feltet i de kampene de finner verdt å kjempe for. En praksis tar altså tid å endre seg. Dette er fordi habitusen til agentene må endre seg før praksis kan endre seg. De profesjonelles habitus er en disposisjon for å utvikle en praktisk sans. Først da kan en se korpseffekten av de posisjoneringstrategiske-tiltak som bidrar til å kunne endre praksis (Bourdieu, 2008, s.42-43; Fredriksen, 2016, s. 64).

Posisjoneringene til barnesykepleieren Iversen i Barnesykepleierforbundet og i reportasjen om "Emre får lystgass" (Hernæs, 2018, s. 26-31) forklares ut ifra at hun er opptatt av optimal smertelindring av barn. Posisjoneringene viser at de ønsker en bedre tilnærming til barn for å redusere smerte, dempe angst og unngå tvang (jf. kap. 6.4.1; vedlegg 1, s. 3). Vi vet at barnesykepleieren er fagutviklingsrådgiver og er dermed faglig engasjert. Hun er da i posisjon til å alliere seg med to leger som er over henne i det sosiale rom, for å øke sin påvirkningskraft om det hun kjemper for. Erfaring og kunnskap om lystgass forsøkes å nå ut på samlingspunkt hvor engasjert helsepersonell befinner seg. Iversen har posisjonert seg i tre ulike tidsskrift: Sykepleien, tidsskrift for Barnesykepleiere og tidsskrift for Den norske legeförening. I sistnevnte er Iversen sammen med barnelege og seniorforsker og lege i spesialiseringen hvor de posisjonerer seg om lystgass gjennom forskningsartikkelen "Bruk av lystgass til barn" (Olsen. et. al., 2019, s. 1159-1163).

Posisjoneringene deres forklares utfra resultater av studien og viktigheten av god smertelindring med positive ringvirkninger. Det trekkes frem at lystgass er kostnadseffektivt og minsker bruk av narkose og anestesipersonell. Å nevne økonomi i denne sammenheng kan forklares ut ifra at nye behandlingsalternativer skal være rimelig, effektivt og at de ønsker å nå ledelses nivå som sitter med makten om det skal implementeres som et nytt behandlingsalternativ eller ikke. Det kan altså se ut til at det er strukturelle dimensjoner som argumenteres for at lystgass skal komme inn som en praktikk.

Alliansen med lege har en viktig funksjon. Første forfatter er skribenten, altså den som skriver og bearbeider manus. Siste forfatter har en veiledende funksjon, og er den som står ansvarlig for innholdet. Det foregår altså hierarki i forfatterskapet, noe som også er en

forklaring for at posisjoneringene til barnesykepleieren vinner frem med tiden når hun allierer seg med legene, og først da vinner hun frem (Lærum, 2013).

Konteksten i posisjoneringene til legen Moutte er fra legevakten i Norge (j.f. vedlegg 1; s.3), hvor han er tydelig på at praksisen i å smertelindre barn ikke er god nok. Dette kan forklares ut ifra at han har en annen erfaring (praktisk sans) fra en tidligere klinikk (Frankrike), hvor praktikkene var annerledes. Moutte vil endre praksis (på bakgrunn av sin habitus) ved legevaktene i Norge, hvor han tydelig uttrykker at han savner retningslinjer for smertebehandling til barn, som også vil bidra til å redusere tvang. Mouttes offensive ytringer kan videre forklares i at praksis på legevakter i Norge går i strid med hans historie, habitus og hans praktiske sans. Dette kommer altså frem i teksten da han refererer til tidligere myter og gamle vaner om oppfattelsen av barns smerter, som han hevder er et globalt problem (Hernæs, 2013, s. 52-53).

Legemiddelindustrien (leverandøren av lystgass) posisjonering kan forklares utifra at de har en agenda eller en økonomisk interesse (The linde group - AGA, 2018, s. 7). Interessen i å selge utstyr og medisinsk gass til sykehusene. Det er altså et strategisk posisjoneringstiltak å markedsføre seg i tidsskriftet til barnelegene (PAIDOS). En kan hevde at det ikke er tilfeldig at de ønsker å alliere seg med barnelegene, ettersom det er de som er ansvarlig i behandling av barn og som velger tilgjengelig behandlingsalternativ ved sykehusene.

Legemiddelindustrien har økonomiske ressurser og dermed kapitalmakt, som innebærer en dominans til kunne påvirke praksis. De kan alliere seg med mange, og kan indirekte påvirke meningene til lesere av ulike tidsskrift om de vil. Med økonomisk kapital kan en vinne frem med det en vil, som betyr at en er i posisjon til å tilskrive seg ny sosial kapital (Bourdieu, s. 42). Denne konverteringen kan en da si er symbolsk makt i det skjulte.

Et eksempel på sistnevnte er at vi får et treff på en artikkel av en studie i 2007 (Holmberg & Brunsson, 2007) som omhandler lystgass til barn ved prosedyresmerter. Studien er publisert i Läkartidningen, i det svenske tidsskriftet for leger. Hvor posisjoneringene sier at lystgass er kraftig undervurdert med minimale bivirkninger, og at det i praksis vil bidra til å smertelindre barn bedre. De henviser internasjonalt til Frankrike og at de utbedret sikkerheten i bruken av det, før svenskene tok det i bruk selv. På slutten av studiens artikkel står det: "*Potensielle*

bånd eller interessekonflikter: begge forfatterne har mottatt forskningsstøtte fra Linde Gas Therapeutics". Forfatterne av studien har altså fått midler til utførelsen av prosjektet av leverandøren til den medisinske gassen.

Sykepleierne engasjerer seg i kampen

Det kan være en annen forklaring på at anesthesi feltet posisjonerer seg imot lystgass bruken over lengre tid og at barnelegene trer frem og allierer seg med barnesykepleiere. Dette blir synlig det siste tiåret. Det kan handle om at legenes posisjon er blitt utfordret av sykepleierne og annet helsepersonell som ledd i en strategisk kamp om posisjoner, oppgavefordeling, status og økonomi.

7.0 Avsluttende kommentar

Denne studien har sitt utspring fra da vi var samarbeidspartnere i praksis og undret oss over hvordan det kunne ha seg at lystgass var tatt i bruk kun ved noen av barneavdelingene i landet. Studien har bidratt til en større innsikt i hvordan det kan ha seg at «det har tatt tid» før lystgasspraktikken ble en legitim behandling til barn i Norge.

For å kunne forstå og forklare nåtidens praktikker må man tilbake og se historisk på forskningsobjektet, som Bourdieu beskriver. Historien om lystgass er besvart i (jf.kap.2.8).

Det er flere sosiale kamper som har pågått i det skjulte og som kommer til syne gjennom denne studien. Vi har sett at ble lystgass ble holdt igjen lenge av anesthesi feltet som var de dominerende over barnelegene, i å omtale lystgass. En vitenskapelig mangelfull kunnskap om barns smerter hadde fått råde i mange tiår. Dette aspektet samt at barnelegene lenge var underdanig i hierarkiet, har fått lystgass praktikken "til å la vente på seg". Når barnelegene ble opptatt av å posisjonere seg om optimal smertelindring hos barn, endret også doxaen for smertebehandling til barn seg. En barnesykepleier kommer deretter inn og posisjonerer seg en rekke ganger i tiåret etter og til slutt allierer hun seg med en barnelege.

Samme tid markedsfører legemiddelindustrien lystgass. Dette medfører at lystgass blir foreslått og deretter blir en legitim behandling i behandling av barn.

Analysen viser at posisjoneringene om lystgass har hatt betydning for veien inn i barnemedisinen. Det har vært en sosial kamp for og imot av ulike, nevnte forklaringer. Forandring tar tid. Praksisen i det medisinske felt når det gjelder å ikke ta i bruk lystgass overfor barn, ser altså ut til at det er anestesilegene som har vært de dominerende i sosialhierarkiet. Av 22 dokumenter som er inkludert i registrantanalysen vår, trer anestesileger frem i 8 av dem. Barnelegene posisjonerer seg kun i 4 av dokumenter. Dette viser en tydelig dominans forhold.

Spørsmål en kan undre seg over er hvorfor barnelegene i Norge er tilbakeholden om innføringen av lystgass. Det er få posisjoneringer fra barnelegene fra sykehusene. Vi vet lite om hva et representativt utvalg av barneleger og barnesykepleiere synes om praktikken. Bourdieus teoriunivers med tilhørende begreper kan fungere som et rammeverk for videre studier om lystgass.

Videre spørsmål en kunne forsøke å finne svar på i ny forskning kan være:

- Relasjonen barneleger og barnesykepleiere har til lystgass praktikken i flere ulike sykehus. Som også kunne bidratt til å svare på om det er ulike praksiser i de ulike sykehusene. Hvordan kan det ha seg?
- Hvordan stiller sykepleiere seg til at de tildeles nye oppgaver som tidligere har vært en lege oppgave.
- Hvilke krav stilles det til sykepleiere som får administrere lystgass?

Referanseliste

- Album, D. & Westin, S. (2007). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students, *Social Science & Medicine*, (66) 182-188.
- Alme, T. H. (2005). Forskjeller i smertebehandling. *Paidos: tidsskrift for Norsk barnelegeforening*, 23(4), 75.
<https://paidos.no/wp-content/uploads/2021/01/Paidos-2005-23-4.pdf>
- Almås, H., Bakkelund, J., Thorsen, B-H. & Sorknæs, A-D. (2010). Sykepleie ved lungesykdommer. I Almås, H. Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (4. utg., s. 107-164). Gyldendal akademisk.
- ANAND, K., SIPPEL, W., & Ansley-Green, A. (1987). Randomized Trial of Fentanyl Anesthesia in Preterm Babies Undergoing Surgery: Effects on the Stress Response. *Survey of Anesthesiology*, 31(4), 237.
https://journals.lww.com/surveyanesthesiology/Citation/1987/08000/Randomized_Trial_of_Fentanyl_Anesthesia_in_Preterm.46.aspx
- Anand, K. J., & Hickey, P. R. (1987). Pain and its effects in the human neonate and fetus. *The New journal of medicine Engl j Med*, 317(21), 1321-1329. DOI: [10.1056/NEJM198711193172105](https://doi.org/10.1056/NEJM198711193172105)
- Annequin, D., Carbajal, R., Chauvin, P., Gall, O., Tourniaire, B., & Murat, I. (2000). Fixed 50% nitrous oxide oxygen mixture for painful procedures: a French survey. *Pediatrics*, 105(4), e47-e47.
DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.105.4.e47>
- Bangstad, H. (2003). Fra styret - lederens spalte. *Paidos: tidsskrift for Norsk barnelegeforening*, 21(3), 60.
<https://paidos.no/wp-content/uploads/2021/01/Paidos-2003-21-3.pdf>
- Barnesykepleierforbundet. (2018). Fag, leder og lærerkonferansen og vårseminar. *Tidsskrift for Barnesykepleiere*, 22(3), 13. <https://docplayer.me/113538201-Tidsskrift-for-barnesykepleiere.html>
- Baskett, P. J. F., & Bennett, J. A. (1971). Pain relief in hospital: the more widespread use of nitrous oxide. *Br Med J*, 2(5760), 509-511. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5760.509>
- Berg, K. (2014). Lustgas vid proceduresmärta.. *Läkemedelsverket*, 57-59.
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, G. A., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I Stubberud, D-G., Grønseth, R., & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., s. 309-373). Gyldendal akademisk.
- Bjørndal Dahl, M. (2020). *Dagkirurgi - en helsepolitisk effektiviseringsstrategi?: En praxeologisk registrantanalyse av statlige føringer for dagkirurgi, 1995-2020*. (Masteroppgave. Høgskulen på Vestlandet).
<https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopenxmlui/bitstream/handle/11250/2666964/Dahl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bourdieu, P. (2008). *Af praktiske grunde*. Hans reitzels forlag.
- Bourdieu, P. (2018). *Af praktiske grunde*. 1. udgave, 7. oplag. Hans reitzels forlag.
- Breivik, H. (2010). Smertelindring - grunnsteinen i anesthesiologien - den fjerde søylen blir sterkere. *Tidsskrift for Norsk anesthesiologisk forening, DNLF*, 23(2), 9-12.

- https://www.legeforeningen.no/contentassets/eeb252433a994866b3028a90db0686f2/naforum2010_23-2.pdf
- Boyle, H. E. G. (1934). Nitrous oxide: history and development. *British medical journal*, 1(3812), 153.
Url: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2444118/pdf/brmedj07137-0021.pdf>
- Callewaert, S. (1996). *Kultur, pædagogik og videnskab. Om Pierre Bourdieus habitusbegreb og praktikteori*. 2. udgave, 2. oplag. Akademisk Forlag.
- Dahl, V. (2002). Medikamentell smertelindring ved fødsel. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122(17), 1688–1690. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2002--1688-90.pdf>
- De regionale helseforetakene (RHF) (2020, 26. november). *Metodevurderinger*. Nye metoder.
<https://nyemetoder.no/om-systemet/metodevurderinger>
- Ekbohm, K. (2011). Intravenous Access in Distressed Children: Effects of midazolam and nitrous oxide on success rate, hormone and metabolic stress responses. *Inst för klinisk vetenskap, intervention och teknik/Dept of Clinical Science, Intervention and Technology*. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2004.060319>
- Esmark, K. (2009). Sociologi i fortidens fremmede land. I Hammerslev, O., Hansen, J, & Willig, I (Red.), *Refleksiv sociologi i praksis*. (s.190-210). 1.udgave. 1. oplag. Hans Reitzels Forlag.
- Felleskatalogen (2020, 25. juni). *Livopan*.
URL: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pas-livopan-linde-642840>
- Folkehelseinstituttet (2018, 26. september). *Ingen alvorlige bivirkninger til barn*. FHI. URL:
<https://www.fhi.no/nyheter/2018/ingen-alvorlige-bivirkninger-av-lystgass-til-barn/>
- Folkehelseinstituttet (2018). *Metodevurdering av sikkerhet og effekt ved bruk av lystgass for barn*. FHI. URL:
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/metodevurdering-av-sikkerhet-og-effekt-ved-bruk-av-lystgass-for-barn-rapport-2018.pdf>
- Forskrift om lystgass ved tannbehandling. (2000). *Forskrift om krav til bruk av lystgassanestesi ved tannbehandling* LOV-1999-07-02-64-§4. Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1386?q=lystgass>
- Frederiksen, J. (2016). *Tværfaglige velfærdsprofesjoner: Tværsamarbejde som en social praktik for den neolibérale velfærdsstats profesjoner* (Doktoravhandling). Roskilde Universitet.
[https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/56817859/Frederiksen J. 2015 Tv rprofessionelle velf rdsprofessioner.pdf](https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/56817859/Frederiksen_J._2015_Tv_rprofessionelle_velf_rdsprofessioner.pdf)
- Gjertholm, B., Syverud, I., Anderssen, T.E. & Ræder, J. (2016). ANESTESIVEDLIKEHOLD TIL BARN. *Sykepleien*, 104(7), 56-59. DOI:10.4220/Sykepleiens.2016.58055
- Grønseth, R. & Markestad, T. (1998). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Fagbokforlaget.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2006). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2013). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (3. utg., 2. opplag). Fagbokforlaget.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2019). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg., 2. opplag). Fagbokforlaget.
- Hall, R. W., & Anand, K. J. (2014). Pain management in newborns. *Clinics in perinatology*, 41(4), 895-924. doi:

- Harrits, G. S. (2017). *Pierre Bourdieu*. (1. udgave, 1. oplag). Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Hansen, N, M., Andersen, L, P., Flemmen, M., & Ljunggren, J. (2014). Klasser og eliter. I Korsnes, O., Hansen, N, M., & Hjellbrenn, J (Red.), *Elite og klasse i et egalitært samfunn* (s. 25-30). Universitetsforlaget.
- Helmers, A-K B. (2008). Narkose som tvangsmiddel. *Sykepleien*, 96(9).
<https://sykepleien.no/2008/06/narkose-som-tvangsmiddel>
- Helsebiblioteket (2020, 01. januar). *Lystgass - bruk av lystgass til barn og ungdom på sykehus*. URL:
<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/pabegynte/lystgass-bruk-av-lystgass-til-barn-og-ungdom-pa-sykehus>
- Henrichsen, T. & Andersen, D. R. (2007). 4. nordiske kongress om barn og smerte. *Paidos: Tidsskrift for norsk barnelegeforening*, 25(1), 18.
<https://paidos.no/wp-content/uploads/2021/01/Paidos-2007-25-1.pdf>
- Hernæs, N. (2007). Kan barns smerte måles? *Sykepleien*, 95(9), 23-27.
<https://sykepleien.no/sites/default/files/electronic-issues/pdf/162285.gen-ext.pdf>
- Hernæs, N. (2013). Ta barns smerter på alvor. *Sykepleien*, 101(1), 52-53.
<https://sykepleien.no/sites/default/files/electronic-issues/pdf/1109519.gen-ext.pdf>
- Hernæs, N. (2018) Emre får lystgass. *Sykepleien*, 106(9), 26-31.
https://sykepleien.no/sites/default/files/nyrettet_0918pdf_040119.pdf
- Hofstad, E. (2020). Smerte er mer komplisert enn man har trodd. *Sykepleien*, 108(4), 12-15.
https://sykepleien.no/sites/default/files/2020-04/%23Smertevurdering_Hele%20bladet_Low.pdf
- Hole, A. (1983). Lystgass N2O og vitamin B12. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 103/28, 1946.
- Holmberg, T. & Brunsson, I. (2007). Lustgasinhalation bra behandling vid procedursmarta hos barn. *Läkartidningen* 104(36), 2512-2517.
<https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/2007/09/lustgasinhalation-bra-behandling-vid-procedursmarta-hos-barn/>
- Horne, R. (2016). "Like barn leikar best". *Ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengande barn og unge*. (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen).
<https://bora.uib.no/bora-xmloi/handle/1956/15253>
- Hovind, I. (2011). *Anestesisykepleie*. (2. utg). Akribe AS.
- Kaasa, S. (2013). "Lystig" på St. Olavs. *Sykepleien*, 101(8), 11.
<https://sykepleien.no/sites/default/files/electronic-issues/pdf/1241629.gen-ext.pdf>
- Kalikstad, B. & Aaserud, S. (2009). *Barn og medisiner*. Cappelen Damm.
- Knutzen, M., Lyngved, K & Svendsen, E. J. (2019, 18. oktober). *Tvang* (Podcast) I *sykepleieprat, rådet for sykepleietikk*.
- Kongsgaard, U. E., Jacobsen, D., & Høiseith, G. (2020). BRUK AV LYSTGASS SOM RUSMIDDEL. *Tidsskrift for Norsk anesthesiologisk forening, DNLf*, 33(2), 12-13.
https://www.legeforeningen.no/contentassets/ed6f2b2a25464003b1f0e1481e74833a/naforum2020_33-2.pdf

- Kornman, K., Wilson V., Tinsley, P., Watt, J., & Sheppard-Law, S. (2020). Improving the utilisation of Nitrous Oxide in Paediatric Patients to Manage procedural pain and procedural anxiety. *Comprehensive child and adolescent nursing*, 43(1), 22-34.
<https://doi.org/10.1080/24694193.2018.1528309>
- Kristiansen, E. H. F. (2020). *Munnbindpraktikker ved kirurgiske inngrep: Et praxeologisk perspektiv* (Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet)
<https://hdl.handle.net/11250/2668063>
- Kropp, K. (2009). Registrantanalyse - historisering af et felt via dokumenter. I Hammerslev, O., Hansen, J., & Willig, I. (Red.). *Refleksiv sociologi i praksis* (s.173-189). Hans Reitzels Forlag.
- Langmoen, K. (2020, 12. desember). *Sykepleiere administrerer Livopan (lystgass) i Kirurgisk avdeling for barn*.
- Larsen, K. (2009). Observasjoner i et felt. I Hammerslev, O., Hansen, J. & Willig, I. (Red.) *Refleksiv sociologi i praksis* (s. 37-61). 1. udgave. 1. opplag. Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, K. & Esmark, K. (2010). Om studier af sundhed mellom Niklas Rose og Pierre Bourdieu. I: Esmark, K., Høyen, M. & Larsen, K. (Red.), *Hvorfor Bourdieu?* (s.133-150). Forlaget Hexis.
- Legelisten (u.å.). *Anton Fredrik Hole*. Hentet 29. mars 2021, fra
<https://www.legelisten.no/leger/1366-anton-fredrik-hole>
- Lerdal, A. (2012). Forskningsartikkel eller fagartikkel? *Sykepleien*, 16(02), 72-73. DOI:
[10.4220/sykepleiens.2012.0018](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0018).
- Lia, A. (2014, 5. mai). Sykehus Østfold stanser bruken av lystgass som smertelindring til fødende. *Moss Avis*.
<https://www.moss-avis.no/nyheter/nyheter/sykehuset-stanser-bruk-av-lystgass/s/2-2.2643-1.8412638>
- Lunde, S. (2008). Lykkelige tilfeldigheter. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 128(19), 2228-2229.
<https://tidsskriftet.no/2008/10/intervjuet-kiell-erik-stromskag/lykkelige-tilfeldigheter>
- Lærum, O. D. (2013). Hvem er forfatter?. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Markestad, T. (2009). *Klinisk pediatri* (2. utg). Fagbokforlaget.
- Markestad, T. (2016). *Klinisk pediatri* (3. utg). Fagbokforlaget.
- Mathiesen, A. (2010). `Lige barn leger bedst`. I Esmark, K., Høyen, M. & Larsen, K. (Red.) *Hvorfor Bourdieu?* (s. 61-83). Forlag: Hexis.
- Nilsen, L. (2007, 11. januar). Prøver ut lystgass til som smertebehandling til barn. *Dagens medisin*.
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2007/11/01/prover-ut-lystgass-som-smertelindring-til-barn/>
- Nasjonalbiblioteket (2021, 21. februar). *NORART*
<https://www.nb.no/search?mediatype=tidsskrift>
- Norsk helsenett (2021, 03. mars). *Ventetider for barneavdeling*. Helse Norge.
<https://tjenester.helsenorge.no/velg-behandlingssted/behandling/ventetider-for?bid=299>
- NOU 2019: 14 (2019). *Tvangsbegrensingsloven - forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/>
- NSD - Norsk senter for forskningsdata (NSD), (2020, desember). URL: <https://www.nsd.no/>

- Ogle, O. E., & Hertz, M. B. (2011). Anxiety control in the dental patient. *Dental Clinics of North America*, 56(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2011.06.001>
- Olesen, S., (2000). *Pædagogiske praktikker*. 1.utgave, 1 opplag. Forlag: PUC.
- Olsen, A., Iversen, C., & Størdal, K. (2019). Bruk av lystgass hos barn. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 139(12), 1159-1163. <https://tidsskriftet.no/utgave/3189>
- Olsen, A., Iversen, C., & Størdal, K. (2019). Bruk av lystgass hos barn. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2019/09/originalartikkel/bruk-av-lystgass-hos-barn>
- Oslo universitetssykehus (2020, 24. juni). *Lystgass Entusiastene på OUS*. <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nyheter/lystgassentusiastene-pa-ous>
- Pedersen, R. S., Bayat, A., Steen, N. P., & Jacobsson, M. L. B. (2013). Nitrous oxide provides safe and effective analgesia for minor paediatric procedures—a systematic review. *Danish medical journal, children*, 9, 11. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23743110/>
- Petersen, K-A., & Callewaert., A. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab: Hva er det? En diskusjon med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. 1. udgave. Forlag: Hexis.
- Refsum, S., & Sommerschild, H. C. (2006) *Barnekirurgi* (2. utg). Forlag: Vett og viten.
- REK – regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2020, desember). URL <https://rekportalen.no/>
- Rudengren, C. (2021). *Lystgass*. Linde. URL: <https://linde-stories.com/no/lustgas/>
- Schmalbach, T., & Horneff, G. (2011). Analgesia for joint punctures in children-experiences with a nitrous oxide/oxygen mixture (LIVOPAN®). *Pediatric Rheumatology*, 9(1), 1-1 <https://doi.org/10.1186/1546-0096-9-S1-O37>
- Skowronski, G. A. (2015). Pain relief in childbirth: changing historical and feminist perspectives. *Anaesthesia and intensive care*, 43(1_suppl), 25-28. <https://doi.org/10.1177/0310057X150430S106>
- Smeland, A. & Reinertsen, H. (2012). Postoperativ smertevurdering og behandling av barn. *Tidsskrift for barnesykepleiere*. 16(3), 8-9.
- Smith, W. D. A. (1965). A history of nitrous oxide and oxygen anaesthesia part I: Joseph priestley to humphry davy. *British journal of anaesthesia*, 37(10), 790-798.
- Smith, W. D. A. (1965). A history of nitrous oxide and oxygen anaesthesia part II: Davy`s researches in relation to inhalation anaesthesia. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 37(11), 871-882. <https://doi.org/10.1093/bja/37.11.871>
- Solhaug, S., Stokstad, K. & Østenstad, M. T. (2007). *Sedasjon av barn under tannlegebehandling*. (Prosjektoppgave, Universitet i Oslo).
- Sundnes, K.O., & Toftegaard, U. MD. (2002). "LYSTGASS (N2O), EN ANACHRONISME I MODERNE ANESTESI. Fjernet fra Forsvaret! Når får vi det første lystgassfrie sivile sykehus i Norge?". *Tidsskrift for Norsk anesthesiologisk forening, DNLF*, 15(3), 29. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/39cd56e755fc4855825d81328d3e1ace/nafor-um2002-15-3.pdf>
- Spreng, U. (2012). Verdens kongressen i Buenos Aires. *Tidsskrift for Norsk anesthesiologisk forening, DNLF*, 25/4,

- 42-43.
https://www.legeforeningen.no/contentassets/2c652bd04c964a9ea1bfe255e85e8714/naforum2012_25-4.pdf
- Strømshag, K.E. (2004). "Anestesiologer som forsøkskaniner". *Tidsskrift for Norsk anesthesiologisk forening, DNLF*, 17(2), 53-54.
https://www.legeforeningen.no/contentassets/77fd1ffb444d48cbb3594922cdb577ec/naforum2004_17-2.pdf
- Stubberud, D-G., Grønseth, R., & Almås, H. (Red.) (2016). *Klinisk sykepleie: 2* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Svarthaug, L. (2016). Lystgass - bare på gøy? *INSPIRA - Tidsskrift for anesthesi- og intensivsykepleiere*, 16(4), 23-25.
- Svarthaug, L. (2017). Lystgass - bare på gøy? *Tidsskrift for Norsk anesthesiologisk forening, DNLF*, 30(1), 9-10.
https://www.legeforeningen.no/contentassets/f37cbe7b9be543189c8a4eda6cd79bb2/naforum2017_30-1.pdf
- Svendsen, E. J., Pedersen, R., Moen, A., & Bjørk, I. T. (2017). Exploring perspectives on restraint during medical procedures in paediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12(1), 1363623.
- Svendsen, E. J. (2018). Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn. *Tidsskrift for Barnesykepleiere*, 22(3), 16-21.
DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.71912>
- The linde group - AGA. (2018). LIVOPAN®. *Paidos : tidsskrift for Norsk barnelegeforening*, 2018/1, 7.
<https://paidos.no/wp-content/uploads/2018/04/Paidos-1-2018-Interactive.pdf>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. (2. utgave). Fagbokforlaget.
- Tidsskriftet Den norske legeforening (2021, 25. mars) *Vegard Dahl*.
<https://tidsskriftet.no/profil/vegard-dahl>
- Tidsskriftet Den norske legeforening (2021, 25. mars). *Ulf E. Kongsgaard*.
<https://tidsskriftet.no/profil/ulf-e-kongsgaard>
- Tidsskriftet Den norske legeforening (2021, 25. mars). *Gudrun Høiseth*.
<https://tidsskriftet.no/profil/gudrun-hoiseth>
- Ueland, P. (1987). Lystgass - ikke blott til lyst. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 107(27), 2305-2308.
- Universitetet i Bergen (2021, 25. mars). *Curriculum vitae*.
<https://folk.uib.no/mfapu/Pages/cv.html#>
- Universitetet i Oslo (2011, 13. april). *Institutt for klinisk medisin*.
<https://www.med.uio.no/klinmed/personer/vit/daqjaco/index.html>
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). Rammeplan og forskrift for videreutdanning i barnesykepleie.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269384-rammeplan_for_barnesykepleie_05.pdf
- Waquant, L. (2012) *Bourdieu's hjerte*. Materialisten 1-12 39. årgang
- Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Tapir akademiske forlag.

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

Wood, D. A. (1927). Nitrous-Oxide-Oxygen Anesthesia of Children: Report of Two Hundred Anesthetizations of Children under 10 Years of Age. *California and western medicine*, 27(1), 68.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1655542/>

Vedlegg 1: Registrant-tabeller av posisjoneringer om lystgass i de ulike tidsskriftene

INSPIRA - Tidsskrift for anestesi- og intensivsykepleiere

ÅR	TYPE DOKUMENT	POSISJON	POSISJONERINGER
2016	Fagartikkel: “Lystgass-bare for gøy?” (Svarthaug, 2016, s. 23-25).	Anestesi sykepleier med master i klinisk sykepleie og universitetslektor.	Stillingstaking er imot lystgass som rusmiddel, argumentert med skadevirkninger av misbruket. Han posisjonerer seg med bilde fra en kommersiell leverandør. Bilde av lystgass administrert i ballong.

NAForum - Tidsskrift for Norsk anesthesiologisk forening, DNLF

ÅR	TYPE DOKUMENT	POSISJON	POSISJONERINGER
2002	Nyhetsartikkel: “LYSTGASS (N2O), EN ANACHRONISME I MODERNE ANESTESI. Fjernet fra Forsvaret! Når får vi det første lystgassfrie sivile sykehus i Norge?” (Sundnes, et. al., 2002, s. 29).	Anestesi leger i forsvaret	Posisjonen uttrykker skepsis mot lystgass grunnet fare for negative virkninger, bivirkninger og sikkerhet rundt bruken.
2004	Historisk artikkel: “Anestesiologer som forsøkskaniner” (Strømskag, 2004, s. 53).	Overlege i anesthesiologi (Lunde, 2008)	Stillingstakingen til lystgass i teksten handler om lystgassens historie og opphav og gjennombrudd i anesthesiologien og odontologien. Posisjonen inntar en nøytral stillingstaking til lystgass og bidrar til svare på hvor lystgass kommer fra.
2010	Fagartikkel: “Smertelindring-grunnsteinen i anesthesiologien, den fjerde søylen blir sterkere”. (Breivik, 2010, s. 9-12).	Professor og overlege, <i>en posisjon som også var med å grunnlegge norsk smerteforening?</i>	Lystgass kommer frem i innledningen hvor det henvises til lystgassens historie. Historien om hva tannlegen William Morton lyktes med, som ikke Horace Wells klarte året før med lystgass (nemlig og trekke en tann i lett lystgass anestesi uten å påføre smerter). Ingen stillingstaking til lystgass, men stillingstakingen i teksten handler altså om smertebehandling og anestesilegenes viktige posisjon.
2012	Nyhetsartikkel “Verdens kongressen i Buenos Aires” (Spreng, 2012, s. 43)	Anestesilege.	En australsk anestesilege taler i Verdens Kongressen for anestesileger, som arrangeres hver 4. år. Stillingstaking til lystgass kommer frem at det behøves store randomiserte studier på bruken av lystgass, på grunn av fare for negative bivirkninger. Tidligere studier og kontraindikasjoner brukes som argument.

2017	Fagartikkel: “Lystgass-bare på gøy?” (Svarthaug, 2017, s- 9-10).	Anestesi-sykepleier, master i klinisk sykepleie, universitetslektor	Stillingstaking er imot lystgass som rusmiddel, argumentert med skadevirkninger av misbruket. Han posisjonerer seg med bilde fra en kommersiell leverandør. Bilde av lystgass administrert i ballong.
2020	Fagartikkel: “Bruk av lystgass som rusmiddel” (Kongsgaard et. al., 2020, s. 12-13).	Professor i anestesiologi (Tidsskriftet Den norske legeforening, 2021) Phd. spesialist i klinisk farmakologi (Tidsskriftet Den norske legeforening, 2021). Professor klinisk toksikologi (Universitet i Oslo, 2011).	Innledningsvis er det en historisk fremstilling av lystgassens opphav i medisinsk bruk og andre industrier. Lystgass i bruk til jordmødre, tannleger og i sedasjon av barn. Direkte sitat: “selv om bruken generelt er avtagende. Dette er vel kjent av anestesileger”. Dette argumenteres på bakgrunn av negative virkninger gode alternativer og. Stillingtakingen er imot lystgass i medisinsk behandling (både til barn og voksne), lystgass som rusmiddel,- grunnet misbruk av ungdommer ved akutt og kronisk bruk. Posisjonene uttrykker skepsis av lystgass på bakgrunn av skadevirkninger, og etterspør diskusjon og helseforebyggende informasjon til ungdom som kan bidra til kunnskap om lystgass som rusmiddel.

PAIDOS - Tidsskrift for norsk barnelegeforening

ÅR	TYPE DOKUMENT	POSIJON	POSIJONERINGER
2003	Kommentarartikkel: “Fra styret - Lederens spalte” (Bangstad, 2003, s. 60)	Barnelege, leder for norsk barnelegeforening og tidsskriftet PAIDOS.	Stillingstaking til lystgass kan komme til syne når posisjonen ytrer glede over at barneleger «makter» å sette fokus på saker som kampen mot steile gassimportører. Videre formidler han at NBF (Norsk barnelegeforening) anklages for å være usynlige og at foreningen sjeldent har saker som omfattes som nyheter, selv om barnelegene synes de er spennende. Han posisjonerer seg tydelig ved å argumentere for at barneleger/medlemmene av tidsskriftet, må vise seg mer i legeforeningens organisasjon. Dette mener han vil gjøre at barnelegene vil kunne komme mer til syne og påvirke i de helsepolitiske arena, noe som barnelegene tradisjonelt ikke vært med på. Videre henvender posisjonen seg til leserne, ved å skrive at om denne muligheten brukes, så vil barnelegene kanskje kunne øke sin påvirkningskraft og bli mer synlige med tiden. Posisjonen referer til, et direkte sitat: <i>“Hva så med de regionale helseforetakene. Ser de barnemedisinens spesielle situasjon? I liten grad. Direkte kontakt har gitt til svar at vi (pediatrien) står på ”venteliste”. Et unntak er Helse Sør der alle spesialforeningene er involvert, men til gjengjeld er prosessen - så vidt jeg forstår - smertefull”</i> (Bangstad, 2003, s. 60).
2005	Programartikkel. “Forskjeller i smertebehandling” (Alme, 2005, s. 75).	Barnelege og styreleder for Norsk Barnesmerteforening	Artikkelen kritiserer smertebehandling av barn i Norge som ufullstendig. Lystgass er ikke nevnt. Denne er med fordi det er en endring til neste program regi av barnesmerteforeningen

2007	Nyhetsartikkel: « Fjerde nordiske kongress om barn og smerte », (Henrichsen & Andersen, 2007, s. 18-19).	Norsk barnesmerteforening og barnelege.	Artikkelen taler for bruk av lystgass og argumenterer med erfaringer fra Sverige i behandling av smerter. Det problematiserer rundt sikkerheten for personalet. Posisjonen bruker navnet til barnelegen i "forskjeller i smertebehandling" (Alme, 2005, s.75) som en sterk stemme til korpsset om hvorfor kongressen er viktig og delta på.
2018	Reklame: " Livopan® " (The linde group AGA, 2018, s. 7).	Gassdistributør, leverandør av lystgass og brukerutstyr.	Stillingstakingen er for "Livopan" (som er 50% lystgass og 50% oksygen som brukes i denne sammenheng). Livopan er smertelindring med en enkel tilførselsmetode. Leverandøren posisjonerer seg gjennom et reklameinnslag, med et bilde av et bekvemt barn som holder en maske selv, med en fortrolig sykepleier. Annonsen er plassert tidlig i bladet. Linde har trolig en økonomisk interesse.

Sykepleien - Tidsskrift for sykepleiere

ÅR	TYPE DOKUMENT	POSISJON	POSISJONERINGER
2008	Nyhetsartikkel: " Narkose som tvangsmiddel " (Helmers, A., 2008).	Tannlege og leder i tannlegeforeningen.	Leder i Tannlegeforeningen er skeptisk til narkose skal defineres som et tvangstiltak i et nytt kapittel i pasientrettighetsloven. Han foreslår lystgass som alternativ.
2013	"Fagnyhet": " Ta barns smerte på alvor " (Hernæs, 2013, s. 52-53).	Lege med spesialisering i akutt og mottaksmedisin.	Stillingstakingen til lystgass kommer fra en posisjon som er lege på legevakt, som har erfaring fra legevakt i Frankrike hvor de bruker lystgass ved alle legevakter til barn under smertefulle prosedyrer.. Han ønsker å endre praksis på legevakt i Norge for å unngå tvang og unødig smerte. Posisjonen uttrykker savn av retningslinjer for smertebehandling for barn.
2013	Leserinnelegg: " Lystig på St. Olavs " (Kaasa, 2013, s. 11)	Viseadministrerende direktør på et sykehus	Erkjenner sikkerhetsproblemer rundt administrering av lystgass og forsøker å avdramatisere virkningen av lystgass.
2016	Fagartikkel " Anestesi vedlikehold til barn " (Gjertholm, et. al, 2016, s, 56).	Anestesi sykepleier, overlege i anesthesiologi og professor i anesthesiologi.	Artikkelen handler om å plassere lystgass i et historisk perspektiv, hvor lystgass er avløst av flere nye legemidler.
2018	Reportasje. " Emre får lystgass " (Hernæs, 2018, s. 26-31).	Journalist og barnesykepleier.	Reportasje basert på informasjon fra barnesykepleier, foreldre, barn og lege. Reportasjen fremstiller lystgass som et otium til folket. Barnesykepleieren ser på lystgass som en løsning på mange års underbehandling av smerter til barn, og støtter seg på FHI's vurdering som en sikker behandlingsmetode, samt Sveriges og Danmarks langvarige bruk av lystgass til barn. Legen posisjonerer seg gjennom å ta lystgass aktivt i bruk i behandlingen. Foreldre understøtter lystgassbruken fordi de ser den umiddelbare effekten på barnets samarbeid under prosedyrer. Barnet beskriver at lystgass avleder han fra prosedyren.

2020	Intervju: “Smerte er mer komplisert enn man har trodd” (Hofstad, 2020, s. 14-15).	Journalist intervjuer professor i anesthesiologi som er overlege ved avdeling for smertebehandling og leder av Norsk barnesmerteforening	Teksten henviser til lystgassens bruk historisk og kan bidra til å svare på genesen. Professoren referer til studie fra 1987 om lystgass og barns smertefysiologi, men tar selv ikke stilling til om det er godt eller dårlig.
------	---	--	--

Tidsskriftet Den norske legeforening

ÅR	TYPE DOKUMENT	POSISJON	POSISJONERINGER
1983	Fagartikkel: «Lystgass (N₂O) og vitamin B12» (Hole, 1983, s. 1946).	Anestesilege (Legelisten, u.å., Anton Fredrik Hole).	Stillingstakingen er imot langvarig bruk av lystgass grunnet bivirkninger og skader som ikke er reversible. Argumenterer for dette ved å henvise til en eldre studie fra 1956 om viktigheten av å kontrollere avsug og apparater, for å forhindre lystgass forurensning i miljøet som kan gi nevrologiske skader på mennesker.
1987	Oversiktsartikkel: «Lystgass – ikke blott til lyst» (Ueland, 1987, s. 2305-2308).	Professor i farmakologi (Universitetet i Bergen, 2021).	Posisjonen inntar en føre var stilling om bivirkninger med fokus på problematiske fysiologiske effekter, selv om det kan ha positive effekter som et smertestillende og beroligende middel. Posisjonen konkluderer så og henviser videre til leder av british journal of Anaesthesia som har uttrykt at lystgass kan brukes med forsiktighet. Det kommer altså konkret frem uenighet om konsekvenser av bruken av lystgass, internasjonalt. Han refererer til anestesileger som også er sterkt tvilende til godkjenning av legemidlet.
2002	Fagartikkel: “Medikamentell smertelindring ved fødsel” (Dahl, 2002, s. 1688–1690).	Anestesilege	Stillingstaking handler om å plassere lystgass i et historisk perspektiv. Det har vært i bruk i over 100 år, er populært og ansees som svært trygt. Særlig etter 1960- årene ved introduksjon av blandingen med 50% oksygen & 50% N ₂ O. Det ble et kompromiss mellom sikkerhet og analgetisk effekt, grunnet faktum om at økt konsentrasjon vil øke effekten, noe som på andre siden fører med seg økt sedasjon og deoksygenering, som en bieffekt. Ulempen er at det er dårlig smertelindrende effekt og bidrar muligens til miljøforurensning.
2019	Forskningsartikkel: «Bruk av lystgass til barn» (Olsen. et. al., 2019, s. 1159-1163). (Olsen et. al., 2019).	Lege i spesialisering, barnesykepleier og overlege spesialist i pediatri / seniorforsker.	Posisjonene inntar en stillingstaking for lystgass og argumenterer med at det er et godt sederende middel som er angstdempende, smertelindrende, effektivt, lett å administrere, kostnadseffektivt, har kort halveringstid, rask innsettende effekt og få bivirkninger. Ringvirkningene gjør at det minsker bruk av narkose og anestesipersonell. Barn og sykepleier understøtter også at effekten vurderes som god. De posisjonerer seg ved å gjenta seg i teksten og når de henviser til flere kilder som konkluderer med det samme, blant annet til FHI's vurdering av lystgass som en sikker behandlingsmetode. Teoretisk sett skal ikke lystgass lekke ut i rommet ved tett maske. Det momentet samt korte prosedyrer under 15 minutter, minsker eksponeringsrisikoen til de ansatte.

Tidsskrift for Barnesykepleiere

ÅR	TYPE DOKUMENT	POSISJON	POSISJONERINGER
2018	Program: "Program for barnesykepleierforbundets vårseminar" (Barnesykepleierforbundet, 2018, s. 13).	Barnesykepleier forbundet og barnesykepleier.	Opplysning om at en barnesykepleier skal undervise om erfaringer ved bruk av lystgass til barn. Tittelen til undervisningen betegnes som "lystig prøvetaking", noe som kan ansees som en positiv stillingstaking til lystgass. Invitasjonen tyder på at erfaring og kunnskap om lystgass forsøkes å nå ut på samlingspunkt hvor engasjert helsepersonell om barn og smerter befinner seg.

Vedlegg 2: Klassifisering av dokumentenes samlede kapital verdi

TYPE DOKUMENT	DOKUMENTETS SAMLET KAPITAL SKÅR (BASERT PÅ INDIKATORER)	BAKGRUNN FOR SKÅR
Fagartikkel: "Bruk av lystgass som rusmiddel" (Kongsgaard et. al., 2020, s. 12-13).	Skår Ku.kap.: Høy Skår Øk.kap.: Høy Skår So.kap.: Middels	Dokumentet har stor høy kapital skår ettersom alle kapitalformene er høy eller middels. Dette forsterkes ved at det er professorer og en anestesilege som har høy posisjon i det medisinske felt, og dermed makt, som gjør at dokumentet legger seg høyt oppe i rangering av dokumentene.
Nyhetsartikkel: "LYSTGASS (N2O), EN ANACHRONISME I MODERNE ANESTESI. Fjernet fra Forsvaret! Når får vi det første lystgassfrie sivile sykehus i Norge?" (Sundnes, et. al., 2002, s. 29).	Skår Ku.kap.: Høy Skår Øk.kap.: Høy Skår So.kap.: Middels	Dokumenter er av tre anestesileger i forsvaret, hvorav alle scorer likt på økonomisk og kulturell kapital. Posisjonene scorer middels på sosial kapital ettersom de går i faglig allianse.
Forskningsartikkel: «Bruk av lystgass til barn» (Olsen. et. al., 2019, s. 1159-1163).	Skår Ku.kap.: Høy Skår Øk.kap.: Høy Skår So.kap.: Middels	Dokumentet er en forskningsartikkel i Tidsskrift for Den norske legeförening, som er et tidsskrift av høy medlemsmasse med høy anerkjennelse i det medisinske feltet. Første forfatter er lege i spesialisering, andre forfatter er barnesykepleier og siste forfatter er seniorforsker. Sosial kapital er middels grunnet medforfatterskap. Dokumentet er et vitenskapelig dokument, og legger seg derved høyt oppe i rangering av dokumentene.
Fagartikkel: "Smertelindring-grunnsteinen i anesthesiologien, den fjerde søylen blir sterkere". (Breivik, 2010, s. 9-12).	Skår Ku.kap.: Høy Skår Øk.kap.: Høy Skår So.kap.: Høy	Legger seg høyt i rangering av dokumentene grunnet fagartikkel og kapitalvolum. Posisjonens har engasjement i flere organisasjoner både nasjonalt og internasjonalt. Posisjonen er professor. Han er en av grunnleggerne av norsk smerteforening, og scorer derfor høyt på sosial kapital.

Reklame: “Livopan ®” (The linde group AGA, 2018, s. 7).	<u>Skår Ku.kap.:</u> Høy <u>Skår Øk.kap.:</u> Høy <u>Skår So.kap.:</u> Høy	The linde group er leverandør for industrielle gasser og ingeniørtjenester. De leverer medisinske gasser internasjonalt. Dokumentet er reklamerings av “livopan til barn”. Leverandøren har stor faglig kompetanse og scorer dermed høyt på kulturell kapital. Videre har de mye økonomiske midler og scorer dermed høyt på økonomisk kapital. De har høy sosial kapital grunnet internasjonal anerkjennelse. Totalt gir dette dokumentet en høy verdi av samlet kapital skår, som kan påvirke praksis i høy grad.
Nyhetsartikkel “Verdens kongressen i Buenos Aires” (Spreng, 2012, s. 43)	<u>Skår Ku.kap.:</u> Høy <u>Skår Øk.kap.:</u> Høy <u>Skår So.kap.:</u> Middels	Australsk anestesilege med høy økonomisk og kulturell kapital. Han taler til tusenvis av anestesileger på verdenskongressen, som bidrar til at han får middels sosial kapital. Dokumentet er en nyhetsartikkel som graderes til å ha middels påvirkningsgrad.
Nyhetsartikkel: “Narkose som tvangsmiddel” (Helmers, A., 2008).	<u>Skår Ku.kap.:</u> Høy <u>Skår Øk.kap.:</u> Høy <u>Skår So.kap.:</u> Høy	En leder av tannlegeforeningen posisjonerer seg i Sykepleien som er et tidsskrift med høy medlemsmasse. Ettersom posisjonen er leder får han høy sosial kapital. Dokumentet legger seg høyt oppe i rangering av dokumentene og har høy påvirkningsgrad.
Kommentarartikkel: “Fra styret - Lederens spalte” (Bangstad, 2003, s. 60)	<u>Skår Ku.kap.:</u> Høy <u>Skår Øk.kap.:</u> Høy <u>Skår So.kap.:</u> Høy	Posisjonen er leder for norsk barnelegeforening og tidsskriftet PAIDOS. En leder scorer høyt på sosial kapital ettersom han er valgt av medlemmene. Dokumentet rangeres høyt oppe av dokumentene. Det har høy innflytelse og påvirkningsgrad.
Leserinlegg: “Lystig” på St. Olavs” (Kaasa, 2013, s. 11)	<u>Skår Ku.kap.:</u> Høy <u>Skår Øk.kap.:</u> Høy <u>Skår So.kap.:</u> Høy	Dokumentet er i sin helhet lite sammenlignet med andre dokumenter da det er et leserinnlegg. Samlet kapital av posisjonen er høy på grunn av at posisjonen er direktør på et sykehus. Det denne posisjonen sier eller mener kan dermed påvirke leserne.
Programartikkel: “Forskjeller i smertebehandling” (Alme, 2005, s. 75).	<u>Skår Ku.kap.:</u> Høy <u>Skår Øk.kap.:</u> Høy <u>Skår So.kap.:</u> Høy	Lystgass er ikke nevnt i program artikkelen for Norsk barnesmerteforening på kommende arrangement, men posisjonen posisjonerer seg om at han savner god smertebehandling til barn. Han taler for lystgass i neste artikkel når det skal være samling for helsepersonell som arbeider med barn (også barneleger). Derfor er dette dokumentet med i registranten. Posisjonen er barnelege og leder i styret for Norsk Barnesmerteforening. På grunn av at han er leder skårer han høyt på sosial kapital. Dokumentet er høyt oppe i rangering av dokumentene.
Nyhetsartikkel: «Fjerde nordiske kongress om barn og smerte» , (Henrichsen & Andersen, 2007, s. 18-19).	<u>Skår Ku.kap.:</u> Høy <u>Skår Øk.kap.:</u> Høy <u>Skår So.kap.:</u> Høy	Det er samme posisjon som i “Forskjeller i smertebehandling”. Posisjonen er leder for Norsk barnesmerteforening som arrangerer kongressen og når ut til mange medlemmer av organisasjonen, dokumentet har derfor høy grad av påvirkningskraft.
Oversiktsartikkel: «Lystgass – ikke blott til lyst» (Ueland, 1987, s. 2305-2308).	<u>Skår Ku.kap.:</u> Høy <u>Skår Øk.kap.:</u> Høy	Posisjonen er aleneforfatter, men publiserer i et anerkjent tidsskrift, som er tidsskriftet for norske

	<u>Skår So.kap.:</u> Høy	leger (tidsepoken 1983-1999), med høy medlemsmasse. Han høyner sin sosiale kapital ved publisere en oversiktsartikkel hvor han referere til internasjonale anestesileger. Dokumentet oppnår dermed en høy grad av påvirkningskraft.
Fagnyhet: "Ta barns smerte på alvor" (Hernæs, 2013, s. 52-53).	<u>Skår Ku.kap.:</u> Høy <u>Skår Øk.kap.:</u> Høy <u>Skår So.kap.:</u> Middels	Posisjonen posisjonerer seg i Sykepleien som er et anerkjent tidsskrift med høy medlemsmasse. Dokumentet har middels grad av påvirkning fordi det er en fagnyhet, samt at den legger seg under posisjonene fra samme tidsepoke (2011-2020) ettersom de innehar høyere grad av økonomisk kapital, og kulturell kapital fordi et annet dokument fra samme tidsepoke er en vitenskapelig artikkel.
Fagartikkel: «Lystgass (N ₂ O) og vitamin B12» (Hole, 1983, s. 1946)	<u>Skår Ku.kap.:</u> Høy <u>Skår Øk.kap.:</u> Høy <u>Skår So.kap.:</u> Middels	Posisjonen er aleneforfatter, men publiserer i et anerkjent tidsskrift, Tidsskriftet for Den norske legeforening, med høy medlemsmasse. Dokumentet legger seg under den andre posisjonen som publiserer i samme tidsskrift i denne tidsepoken (1983-1999), fordi det er en fagartikkel og den andre posisjonen publiserer en oversiktsartikkel. Dokumentet har dermed middels grad av påvirkningskraft.
Reportasje: "Emre får lystgass" (Hernæs, 2018, s. 26-31).	<u>Skår Ku.kap.:</u> Middels <u>Skår Øk.kap.:</u> Middels <u>Skår So.kap.:</u> Middels	Posisjonen er journalist og barnesykepleier. Barnesykepleieren er fagutviklingssykepleier som får talerør gjennom en journalist. Dokumentet oppnår middels grad av påvirkningskraft ettersom dokumentet er en reportasje.
Fagartikkel: "Medikamentell smertelindring ved fødsel" (Dahl, 2002, s. 1688-1690).	<u>Skår Ku.kap.:</u> Høy <u>Skår Øk.kap.:</u> Høy <u>Skår So.kap.:</u> Lav	Det er en anestesilege som taler om lystgass historisk, men teksten taler både for og imot bruken av lystgass. Ettersom dokumentet i hovedsak handler om bruk til kvinner, og samlet kapitalvolum er lavere enn andre som for eksempel anestesi leger som er ledere, mener vi det kan påvirke mindre grad i barnemedisinen. Dokumentet kan derfor påvirke i middels grad.
Fagartikkel: "Lystgass- bare for gøy?" (Svarthaug, 2016, s. 23-25).	<u>Skår Ku.kap.:</u> Middels <u>Skår Øk.kap.:</u> Middels <u>Skår So.kap.:</u> Middels	Dokumentet er en fagartikkel som publiseres i to tidsskrift; tidsskrift for anestesileger og intensiv- og anestesisykepleiere. Posisjonen er universitetslektor og har samlet kapitalvolum som gjør at dokumentet kan påvirke i middels grad.
Program: "Program for barnesykepleierforbundets vårseminar" (Barnesykepleierforbundet, 2018, s. 13).	<u>Skår Ku.kap.:</u> Middels <u>Skår Øk.kap.:</u> Middels <u>Skår So.kap.:</u> Lav	Posisjonen er barnesykepleie forbundet med informasjon om en barnesykepleier som skal undervise. Ut fra samlet kapital skår kunne det påvirket praksis mer, men ettersom dokumentet bare presenterer et program, gjør at dokumentet får lavere skår og kan påvirke i liten grad.

av Jakobsen, Lene & Møgster, Jannicke (2021)

Vedlegg 3: Studiens søkehistorikk

Søk utført i Svemed+

Velg / fravelg alle

	Nr	Søkestreng	Antall treff	Tid
<input type="checkbox"/>	1	nitrogenoksid	51	2021-0
<input type="checkbox"/>	2	barn	13282	2021-0
<input type="checkbox"/>	3	# 1 OG # 2	10	2021-0

Søk utført i PUBMED;

Search	Actions	Details	Query	Results
#18	...	>	Search: (hospital) AND ((nitrous oxide) AND (history)) Filters: Free full text	45
#17	...	>	Search: (nitrous oxide) AND (history) Filters: Free full text	167
#16	...	>	Search: (nitrous oxide) AND (history)	644
#15	...	>	Search: EMONO	14
#7	...	>	Search: ((nitrous oxide) AND (history)) AND (child)	74
#14	...	>	Search: Livopan	4
#13	...	>	Search: ((nitrous oxide) AND (history)) AND (child) Filters: in the last 10 years	15
#12	...	>	Search: ((nitrous oxide) AND (history)) AND (child) Filters: in the last 5 years	8
#10	...	>	Search: pain management	143,730
#9	...	>	Search: (((child*) AND (history)) AND (nitrous oxide)) AND (procedural pain)	2
#8	...	>	Search: procedural pain	4,926
#6	...	>	Search: (((nitrous oxide) AND (child*)) OR (pediatric*)) AND (history)	52,147
#1	...	>	Search: nitrous oxide	22,573
#5	...	>	Search: history	1,133,424
#4	...	>	Search: pediatric*	961,791
#3	...	>	Search: child	2,823,260
#2	...	>	Search: child*	2,910,383

Søk utført i CINAHL;

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
<input type="checkbox"/> S10	S3 AND S4 AND S9	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (44)
<input type="checkbox"/> S9	procedural pain OR pain management	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (28,743)
<input type="checkbox"/> S8	S3 AND S5 AND S7	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (14)
<input type="checkbox"/> S7	nitrous oxide OR livopan	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,076)
<input type="checkbox"/> S6	S3 AND S4 AND S5	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (14)
<input type="checkbox"/> S5	history	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (251,942)
<input type="checkbox"/> S4	nitrous oxide	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,076)
<input type="checkbox"/> S3	pediatric OR child	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (800,708)
<input type="checkbox"/> S2	nitrous oxide AND child*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (563)
<input type="checkbox"/> S1	nitrous oxide AND child* AND history	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (16)

Vedlegg 4: Gjennomgang av lærebøker

Gjennomgang av lærebøker

Lærebok forfatteres posisjoneringer under utdanningsløpet: Bachelor i sykepleie kull 2018.

ÅRSTALL	TITTEL	POSISJON/FORFATTER	POSISJONERINGER
2016	Fagbok: “Klinisk sykepleie: 1” . (Berntzen et al., 2016, s. 332).	Anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere med lektorkompetanse (mastergrad)	Lystgass nevnes en gang som et anestesimiddel, uten øvrig stillingstakning om det.
2016	Fagbok: “Klinisk sykepleie: 2” . (Stubberud, et al., 2016).	Anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere med lektorkompetanse (mastergrad)	Lystgass nevnes ikke.

Lærebok forfatteres posisjoneringer under utdanningsløpet: Videreutdanning i barnesykepleie, fra 1990-2020.

ÅRSTALL	TITTEL	POSISJON/FORFATTER	POSISJONERINGER
---------	--------	--------------------	-----------------

1998	Fagbok: “Pediatri og pедиатrisk sykepleie” (Grønseth & Markestad, 1998).	Sykepleier, embetseksamen i sykepleievitenskap. Barnelege, professor.	Lystgass ikke nevnt.
2006	Fagbok: “Pediatri og pедиатrisk sykepleie” (Grønseth & Markestad, 2006).	Sykepleier og barnelege, professor.	Lystgass ikke nevnt.
2006	Fagbok: “Barnekirurgi. (2 utg)” (Refsum & Sommerschild, 2006).	Overlege i nevrologi, professor, universitetslærer.	Lystgass ikke nevnt.
2009	Fagbok: “Klinisk pediatri” (Markestad, 2009).	Barnelege, professor.	Lystgass ikke nevnt.
2011	Fagbok: “Anestesisykepleie” (Hoving, 2011).	Anestesisykepleiere.	Det beskrives en saklig og beskrivende fremstilling om virkning og bivirkning av lystgass som inhalasjonsanestetika. Stillingstakning til lystgass kommer frem da det nevnes at lystgass har god smertestillende effekt, derfor egnet ved obstetrisk analgesi og tannbehandling.
2011	Fagbok: “Pediatri og pедиатrisk sykepleie” (Grønseth & Markestad, 2011).	Sykepleier med lektorkompetanse (master i sykepleievitenskap). Barnelege, professor og forskningsrådgiver.	Lystgass ikke nevnt.
2013	Fagbok: “Pediatri og pедиатrisk sykepleie” (Grønseth & Markestad, 2013).	Sykepleier med lektorkompetanse (master i sykepleievitenskap). Barnelege, professor og forskningsrådgiver.	Lystgass ikke nevnt.
2016	Fagbok: “Klinisk pediatri” (Markestad, 2016).	Barnelege, professor	Lystgass ikke nevnt.
2017	Fagbok: “Pediatri og pедиатrisk sykepleie” (Grønseth & Markestad, 2017).	Sykepleier med lektorkompetanse (master i sykepleievitenskap). Barnelege, professor og forskningsrådgiver.	Lystgass ikke nevnt.

2019	Fagbok: <i>“Pediatri og pediatrisk sykepleie”</i> (Grønseth & Markestad, 2019).	Sykepleier med lektorkompetanse (master i sykepleievitenskap). Barnelege, professor og forskningsrådgiver.	Lystgass ikke nevnt.
------	--	---	----------------------