



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.:	414
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	13410
----------------------	-------

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

Individualisert pleie og omsorg til premature barn
En dokumentanalyse av NIDCAP med en praxeologisk optikk

Individualized care for premature children
A document analysis of NIDCAP with a praxeological optic

Anniken Akselsen Skog

Master i klinisk sykepleie – barnesykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder: Rolf Horne

Innleveringsdato: 26.05.21

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

En intens lærerik periode er over. Arbeidet med denne masteroppgaven har vært lærerik og spennende, men også en tidkrevende prosess og til tider veldig utfordrende. En erfaring jeg ikke vil vært foruten.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Rolf Horne. Takk for det store engasjementet ditt og at du deler av kunnskapen din. Takk for gode refleksjoner og tilbakemeldinger. Uten din hjelp hadde jeg ikke kommet i mål!

Takk til Rolf og Jeanne Boge for at dere har inkludert meg i gruppevise masterveiledninger og forskningsgruppen Praxeologi. Der har jeg fått mange gode innspill, råd og oppmuntrende ord på veien.

Takk til familie, kjæreste og venner som har kommet med motiverende ord og vært en viktig avkobling innimellom all skrivingen.

Til sist vil jeg takke lærere og veiledere for to meget lærerike år.

Anniken A. Skog

Bergen, mai 2021

Sammendrag

I denne studien har jeg undersøkt hvordan det kan ha seg at sykepleiere og leger i Norge posisjonerer seg slik de gjør ovenfor omsorgsmodellen Nidcap. Bakgrunnen for valg av tema er at jeg som student erfarte gjennom undervisning og praksis at Nidcap som omsorgsmodell var viktig å ha kunnskap om for å kunne gi god sykepleie til premature barn. Ved en sommerjobb ved en nyfødtafdeling var det lite fokus på opplæring i dette temaet. Dette fikk meg til å undre om hvilken posisjon denne behandlingsformen har i dag og hvordan sentrale agenter i behandlingen av premature posisjonerer seg til Nidcap.

Hensikten med denne studien er å beskrive, forstå og forklare hvordan det kan være at Nidcap har gjort sitt inntog i pleien av premature barn i norske sykehus, og hvordan den strukturer behandlingen. Studien er basert på antagelsen om den medisinske utviklingen har endret oppfatninger om behandling av premature barn og at sykepleiergruppen har interesse for å posisjonere seg innen dette område ovenfor leger som har det overordnede behandlingsansvaret. Denne antagelsen er undersøkt i lys av Bourdieu sin praktikkteori og slik han bruker begrepene habitus, sosialt rom og felt, doxa og symbolsk makt. Studien har en praxeologisk analysestrategi og fremgangsmåten for å svare på forskningsspørsmålene er i form av en registrantanalyse av dokumenter som omtaler Nidcap.

Studien viser at det er få leger og sykepleiere som uttaler seg om Nidcap. Legene viser liten interesse for omsorgsmodellen og Nidcap som metode er ikke en retning alle sykepleiere ønsker at faget skal ta.

Nøkkelord: Nidcap, Bourdieu, praxeologi, registrantanalyse, praktikk

Abstract

In this study, I have investigated how it can be that nurses and doctors in Norway position themselves as they do above the care model Nidcap. The background for choosing this topic is that I as a student experienced through education and practice that Nidcap as a care model was important to have knowledge of in order to provide good nursing for premature children. During a summer job at a neonatal ward, there was little focus on training in this topic. This made me wonder what position this form of treatment has today and how key agents in the treatment of premature babies position themselves at Nidcap.

The purpose of this study is to describe, understand and explain how it may be that Nidcap has made its entry into the care of premature children in Norwegian hospitals, and how it structures the treatment. The study is based on the assumption that medical developments have changed perceptions about the treatment of premature babies and that the nursing group has an interest in positioning itself in this area above doctors who have the overall responsibility for treatment. This assumption is examined in the light of Bourdieu's theory of practice and how he uses the terms habitus, social space and field, doxa and symbolic power. The study uses a praxeological analysis strategy and the procedure for answering the research questions is in the form of a registrant analysis of documents that discuss Nidcap.

The study shows that there are few doctors and nurses who speak as Nidcap. The doctors show little interest in the care model and Nidcap as a method is not a direction all nurses want the profession to take.

Keywords: Nidcap, Bourdieu, praxeology, registrant analysis, social practices

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	5
1.2 ANTAGELSE OG ANALYSER.....	6
1.3 TIDLIGERE FORSKNING OG STUDIER.....	6
1.4 AVGRENSNINGER OG AVKLARINGER	7
1.5 STUDIEN SIN OPPBYGGING	8
1.6 VEIEN MOT DEN MODERNE NYFØDTMEDISIN.....	8
1.6.1 <i>Pediatrien i Norge</i>	10
1.7 NIDCAP.....	11
2.0 TEORETISK FORANKRING	12
2.1 VITENSKAPELIG POSISJON	13
2.1.1 <i>Objektivisme og subjektivisme</i>	13
2.1.2 <i>Praxeologisk praksisteori</i>	14
2.2 BEGREPSAVKLARING	14
2.2.1 <i>Habitus</i>	14
2.2.2 <i>Sosialt rom og felt</i>	15
2.2.3 <i>Doxa</i>	15
2.2.4 <i>Symbolsk makt</i>	16
2.3 AUTOSOSIOANALYSE.....	16
3.0 FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	17
4.0 METODE	17
4.1 REGISTRANTANALYSE	17
4.2 ETISKE REFLEKSJONER	18
4.3 TEKNIKK VED GENERERING AV DATA OM FELT OG SOSIALT ROM	18
4.4 TEKNIKK VED INNSAMLING AV EMPIRI TIL REGISTRANT	19
5.0 ANALYSE DEL I: AUTOSOSIOANALYSE.....	21
5.1 FORSKERENS POSISJONERINGER	21
5.2 FORSKERENS POSISJONER OG DISPOSISJONER	22
6.0 ANALYSE DEL II: POSISJONER OG POSISJONERINGER.....	23
6.1 EMPIRIENS POSISJON OG DISPOSISJON	23
6.2 HVORDAN DE ULIKE POSISJONENE POSISJONERER SEG TIL NIDCAP	26
6.2.1 <i>Dokumenter med høy posisjon</i>	26

6.2.2 Dokumenter med middels posisjon	28
7.0 DRØFTING AV FUNN AV ANALYSE DEL II.....	29
7.1 HVORFOR POSISJONERER AGENTENE SEG SLIK DE GJØR?	29
7.1.1 Legenes posisjoneringer.....	30
7.1.2 Sykepleiernes posisjoneringer	32
7.1.3 Oppsummering av posisjoneringer	35
7.2 IDEEN OM NIDCAP-MODELLEN BLIR ET ALTERNATIV.....	35
7.2.1 Oppsummering av Nidcap sin opprinnelse.....	36
7.3 HVORDAN STRUKTURER NIDCAP-MODELLEN BEHANDLINGEN TIL PREMATURE?	37
7.3.1 Oppsummering av hvordan Nidcap kan strukturere behandlingen	39
8.0 AVSLUTTENDE KOMMENTAR	39
REFERANSELISTE	42
VEDLEGG	46
VEDLEGG 1: REGISTRANT	46

Tabeller og figurer

Tabell 1: Oversiktstabell av tidsskrifter	Side 19
Tabell 2: Skjema for kartlegging av dokumentets posisjon og disposisjon	Side 24
Tabell 3: Dokumentets posisjon	Side 24
Figur 1: Kart over feltet som skriver om Nidcap	Side 25

Liste over forkortelser

Nidcap	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
HVL	Høgskulen på Vestlandet
O2	Oksygen
NBAS	Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale
APIB	Assessment of Preterm Infants Behavior
REK	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
NSD	Norsk senter for forskningsdata
ORDC	Oslo Register Data Classification Scheme
NSF	Norske Sykepleierskeforbund

1.0 Innledning

Dette er en studie om hvordan sykepleiere og leger i Norge posisjonerer seg ovenfor omsorgsmodellen Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (Nidcap), og hvordan det kan ha seg at de posisjonerer seg slik de gjør. Hensikten med denne studien er å beskrive, forstå og forklare hvordan det kan være at Nidcap har gjort sitt inntog i pleien av premature barn i norske sykehus, og hvordan den strukturer behandlingen.

Interessen for individualisert pleie og omsorg til premature barn, som her blir omtalt som Nidcap, oppsto da jeg gjennomførte praksisstudier ved en nyfødt intensiv avdeling i mitt 2. semester av barnesykepleierutdanningen. For å vise hva og hvorfor jeg vil undersøke en problemstilling som relaterer til Nidcap, vil jeg innledningsvis skrive om noen erfaringer som danner grunnlaget for problemstillingen denne studien vil søke svar på.

1.1 Bakgrunn for prosjektet

I praksisstudier ved master i klinisk sykepleie ble det på slutten av hver uke levert inn en rapport om hvordan uken hadde vært og vi tok for oss en problemstilling vi hadde opplevd eller et tema. I disse rapportene ble det lagt vekt på observasjoner og tiltak relatert til Nidcap. Gjennom fokuset som var på dette ved praksis, teorien som ble lest og teorien som ble satt ut i praksis, skjønnte jeg hvor viktig det er å ha kunnskap om Nidcap for å kunne tilpasse meg avdelingens uttalte ambisjon om hva som menes med god sykepleie til premature barn. Gjennom praksis fikk jeg forståelse av at avdelingen hadde fokus på Nidcap som omsorgsmodell og at det var en viktig del av hvordan de ønsket at vi skulle jobbe på med barnet. På avdelingen fantes det egne, såkalte Nidcap-sykepleiere. De utarbeidet behandlingsplaner for barna og hadde den første samtalen med foreldrene med kontaktsykepleier til stede i det de kalte samhandlingssamtale. Disse behandlingsplanene ble skrevet i journalen til barnet, i tillegg til å bli hengt opp på sengen slik at alle, sykepleiere, hjelpepleiere og foreldre, kunne lese denne for å bli bedre kjent med barnets kroppsspråk og uttrykk.

Etter praksisen var ferdig startet noen uker med sommerjobb ved samme avdeling. Som nyansatt ved avdelingen får man utdelt et informasjonshefte som blant annet skriver om

hvordan avdelingen er, hvordan de forskjellige vaktene er organisert, fadderordning (du får utdelt en erfaren sykepleier som du vil ha en parallell turnus med de første ukene som ansatt), medisinrom og hvilke kurs det blir lagt opp til. I heftet er Nidcap nevnt ved to anledninger, den ene gangen ved at det arrangeres Nidcap-kurs som er et nyansatt kurs, og den andre gangen under forslag til hva man kan fokusere på i fadderperioden. Det vil si de første 6 ukene etter man er nyansatt. Av opplæring fikk jeg være med på en 4-timers undervisning om Nidcap med en av Nidcap-sykepleierne på avdelingen, en følgesdag med en slik sykepleier ble det ikke noe av.

I ettertid har jeg tenkt på hvorfor det ble så lite fokus på opplæring i dette temaet. Om det kunne være siden jeg hadde vært i praksis der fra før, om det ikke ble tid grunnet ferieavviklingen eller det faktumet at vi sto midt i en pandemi. Utover det kan man også stille spørsmål om hvor integrert denne modellen faktisk er i behandlingsmiljøet. Det får meg til å undre meg over hvilken posisjon denne behandlingsformen har i dag og hvordan sentrale agenter i behandlingen av premature posisjonerer seg i relasjon til Nidcap.

1.2 Antagelse og analyser

Studien tar utgangspunkt i antagelsen om den medisinske utviklingen har endret oppfatninger om behandling av premature barn og at sykepleiergruppen har interesse for å posisjonere seg innen dette område ovenfor leger som har det overordnede behandlingsansvaret. Studien legger opp til å gjennomføre en praxeologisk analysestrategi (jf. kap. 4.2), hvor dokumenter der sykepleiere og leger uttaler seg om Nidcap utgjør det empiriske materialet. Til dette vil jeg lese gjennom artikler, kronikker og leserinnlegg i tidsskrifter og lærebøker som kan si noe om sykepleierne og legene sin posisjonering som gjelder Nidcap. Det legges opp til at materialet blir registrert systematisk i en registrant som danner grunnlaget for analyse ved hjelp av Bourdieu sin praksisteori og med tilhørende begreper (jf. kap. 2.0).

1.3 Tidligere forskning og studier

I leting etter tidligere forskning og studier om sykepleiere og legers posisjon ovenfor Nidcap-modellen, har jeg søkt i norske og utenlandske databaser som SveMed+, Chinal, medline, google scholar og bibsys. Jeg har ikke funnet noe norsk eller utenlandsk forskning eller

studie som omhandler sykepleiere og legers posisjon eller posisjonering om Nidcap-modellen analysert fra en kultursosiologisk og praksisteoretisk vitenskapelig tilgang. Så denne studien blir mitt bidrag til den kultursosiologiske vitenskapelige tradisjonen. Forskning og studier som er utført omhandler hovedsakelig spørsmål med analyser relatert til implementering av Nidcap på avdelinger, effekten av Nidcap og en studie om forventningene til personalet under implementering av Nidcap.

Jeg har hentet inspirasjon fra to tidligere praxeologiske studier til min studie. For å hente inspirasjon og hjelp til hvordan jeg kan forstå og formulere meg rundt Bourdieu sine begreper, samt finne nyttige kilder og inspirasjon til oppsett av registrantanalysen har jeg brukt de praxeologiske mastergradene til Miriam Bjørndal Dahl (2020) om dagkirurgi og Elin Helene Fjell Kristiansen (2020) om munnbindpraktikken ved kirurgiske inngrep.

1.4 Avgrensninger og avklaringer

Grunnet studiets omfang har jeg satt noen avgrensninger for studien. For at dokumentet skal bli inkludert i studien må den omhandle temaet Nidcap. Dokumenter som omhandler pleie og omsorg til det premature barnet, men ikke baserer seg på Nidcap-modellen vil bli ekskludert fra studien. Hvis dokumentet nevner Nidcap i en bisetning eller i en kort setning hvor det ikke går å analysere hvilken posisjon dokumentet har til Nidcap, vil det bli ekskludert fra studien. Det er bare posisjonene til sykepleiere og leger i Norge som blir tatt med i denne studien. Det er fire tidsskrifter som er tatt med, disse fire kommer frem i kap. 4.1 og 4.4. Andre tidsskrifter som kunne vært aktuelt er tidsskrift for den norske legeforening og tidsskrift for norsk psykologforening, men disse har blitt ekskludert på grunn av oppgavens omfang. Lærebøker om Nidcap er tatt fra pensumlisten til klinisk sykepleie - barnesykepleie ved Høgskulen på Vestlandet (HVL). Det finnes flere bøker hvor leger eller sykepleiere har skrevet om Nidcap, men disse er ekskludert på grunn av oppgavens omfang.

I denne oppgaven studeres det praktikken som mennesker gjør. For å fjerne subjektet og objektivere mennesket, så vil de i denne oppgaven bli omtalt som agenter.

Posisjoner som kommer frem i registranten er hentet ut fra dokumentet som er skrevet av/om agentene, dette for å ikke tilskrive de mer kapital enn hva de hadde på det respektive tidspunktet. Hvis det ikke kommer frem noen posisjoner i dokumentet, så er det lagt inn en

footnote om hvor posisjonene er hentet fra.

1.5 Studien sin oppbygging

I kapittel 1 blir oppgavens tema og bakgrunn for prosjektet presentert, videre blir antagelser, analyse og tidligere forskning presenter og avgrensninger og avklaringer. Kapitlet avsluttes med teori om premature og om Nidcap-modellen. I kapittel 2 blir det redegjort for hvilken forskningsmetode studien bruker, samt utdyping av begreper. I kapittel 3 blir forskningsspørsmålene presentert. I kapittel 4 presenterer jeg fremgangsmåten for å finne svar på forskningsspørsmålene mine, samt kommer med etiske refleksjoner. I kapittel 5 presenteres første del av analysen, som er en analyse av meg som forsker. I kapittel 6 presenteres andre del av analysen. Der presenteres det først hvordan jeg har kartlagt posisjoner og disposisjoner, for så å skrive frem analysen av empirien. I kapittel 7 presenteres drøftingen av analysens andre del. I kapittel 8 oppsummeres oppgaven kort og avsluttende kommentar om oppgaven gis. Deretter kommer referanselisten og vedlegg.

1.6 Veien mot den moderne nyfødttmedisin

Det at for tidlig fødte har mindre til ingen sjanse til å overleve har vært kjent lenge. Hvis vi ser tilbake til 400-tallet, skrev Hippokrates at ingen barn som ble født før sjuende graviditetsmåned kunne overleve (Saugstad, 2009, s. 20). Mye har skjedd i nyfødttmedisinen siden den tid. Ved slutten av 1800-tallet startet veien mot den moderne nyfødttmedisinen, og den tok plass i Frankrike. Etter den fransk-tyske krigen på 1870-tallet tok slutt, hadde Frankrike mistet mange soldater. De ble da opptatt av å redusere spedbarnsdødeligheten for å sikre seg at de ikke hadde en mindre fremtidig hær enn Tyskland. Så utviklingen av den moderne nyfødttmedisinen ble drevet frem av politiske og økonomiske behov. I 1878 startet samarbeidet med den franske fødselslegen Stephane Tarnier og en innehaver av en zoologisk hage om å lage en kasse som premature kunne ligge i. Den skulle bygges med samme prinsipper som en rugekasse for kyllinger. Tarnier sin kasse står ferdig og blir tatt i bruk i 1880 og får navnet couveuse, som på norsk betyr rugekasse. Tarnier sin kuvøse var oppvarmet og hadde en alarmklokke som varslet hvis barnets temperatur ble for høy. Kuvøsen blir tatt i bruk av Pierre Budin som var Tarnier sin medarbeider. Budin blir av mange betraktet som grunnleggeren av moderne nyfødttmedisin. Han pekte på tre hovedproblem hos premature:

1. dårlig temperaturkontroll
2. ernæringsproblemer
3. økt risiko for sykdommer, spesielt infeksjoner

Budin var opptatt av flere ting som at premature som ikke klarte å suge til seg melk, fikk morsmelk gjennom sonde eller med skje og for at man skulle forhindre infeksjoner var sterilitet viktig. Syke og friske barn skulle ikke ligge sammen. Mødre var viktig for barnet sitt og Budin oppfordret mor til å være til stede ved stell, se barnet gjennom kuvøsen og gi barnet brystmelk. Denne innsikten gikk dessverre i glemmekassen når hans elev Martin Couney begynte med utstilling av premature først i Berlin, så New York og deretter over hele USA. Økonomisk var dette veldig vellykket og det førte til flere opprettelser av nyfødtavdelinger på sykehusene i USA i 1940. Couney forsøkte å gi god medisinsk behandling til de premature, men han var av den oppfatningen at foreldre ikke skulle delta i stellet av barnet. Det var Couney sin filosofi som slo gjennom og ikke Budin, og dermed ble foreldrene utestengt fra nyfødtavdelingen (Saugstad, 2009, s. 20-22).

I 1931 begynte man å gi ekstra oksygen (O₂) til premature barn og man mente at overlevelsen økte, det ble derfor en rutine å forsyne kuvøsen med oksygen. De premature lå med en høy O₂-konsentrasjon i flere uker. Så på 1940-tallet ble det rapportert om en øyelidelse hos premature som kunne føre til blindhet, denne sykdommen ble kalt kuvøseblindhet. Etter hvert begynte man å ane en sammenheng mellom O₂-behandlingen og øyelidelsen, så på 1950-tallet ble O₂-tilførselen redusert. Øyelidelsene ble redusert, men dødsfall hos premature økte og mange utviklet cerebral parese. Det var ikke før på 1970-tallet at man, ved hjelp av nye målemetoder, klarte å finne en mer riktig balansegang mellom for lite og for mye oksygen. 1940- og 1950-årene er et mørkt kapittel i nyfødttmedisinenes historie og det er ikke bare kuvøseblindheten som har årsak til det, men også det at mange barn fikk cerebral parese og at en rekke barn ble behandlet med nye typer antibiotika som ga alvorlige hørselsskader og bidro til utvikling av hjerneskader. I tillegg trodde man at barna ikke skulle få næring de første dagene for å forhindre skader av tarm- og åndedrettssystemet. Barna lå alene i kuvøsene uten stimuli fra foreldre og personalet (Saugstad, 2009, s. 22-23).

Fra 1960-årene skjedde det imidlertid en del viktige gjennombrudd som at man begynte å

beherske respiratorbehandling med overtrykk. Grunnet dødsfallet i 1963 av det premature barnet til presidentparet John og Jacqueline Kennedy, ble det en voldsom satsning på nyfødtdmedisin i USA. Denne satsingen spredte seg til Europa noen år senere. På 60- og 70-tallet ble tidlig ernæring og stimulering innført igjen og foreldrene fikk tilgang til nyfødtafdelingene igjen på 70-tallet. Det ble utviklet en hudelektrode som kunne måle oksygenspenningen i arterieblod og omtrent ti år senere på 80-tallet, ble det utviklet en hudelektrode som kunne måle karbondioksidspenningen i arterieblodet. Med disse metodene kunne man se på oksygen- og karbondioksidnivået i blodet uten å måtte stikke barnet, så disse hjelpemidlene gjorde at man kunne spare barnet for mange blodprøver. På 80-tallet begynte man også å behandle barn med umodne lunger med stoffet surfaktant. Med all denne utviklingen, samt med bedre svangerskapskontroll så bedret muligheten seg for overlevelse ytterlig (Saugstad, 2009, s. 23-24).

1.6.1 Pediatrien i Norge

I mellomkrigstiden, år 1900, døde det ca 80 barn per 1000 levendefødte i Norge. Det var stor fattigdom, trange boliger, dårlig hygiene og dårlig ernæring. Årsakene til dødsfallene var hovedsakelig infeksjoner som skarlagensfeber, tuberkulose, kikhoste, difteri, lungebetennelse og gastroenteritt. Fra år 1919 begynte antall dødsfallene å synke. Nedgangen i dødsfallene skyldtes i denne perioden hovedsakelig bedre boforhold, ernæring og hygiene, men også medisinske intervensjoner. I år 1919 skjedde de fleste fødsler hjemme, så premature og nyfødte var en gruppe som manglet på sykehuset. Hvis en kvinne fødte på sykehuset og det var et sykt nyfødt barn, så var det fødselslegen som tok seg av barnet og ikke barnelegen (Lie, 2019, s. 22-23).

I etterkrigstiden fikk Norge stor hjelp av svenskene som hadde samlet inn 10 millioner kroner til barnesykehus i frihetsgave. Med disse pengene ble det bygget en barneavdeling i Oslo på Ullevål sykehus og en i Bergen på Haukeland sykehus, samt en ny avdeling på Rikshospitalet. Rikshospitalet fikk sin barneavdeling i 1893, som Norges første barneavdeling og det skulle gå nesten 60 år før det kom flere. Etter disse avdelingene ble bygget i 1950, så kom barneavdelinger i alle fylker som perler på en snor og i 1994 hadde alle fylker fått en egen avdeling. De første tiårene etter krigen var dødsfall av dårlig hygiene, ernæring og mage/tarminfeksjoner nesten helt borte og i 1970 var infeksjonssykdommer nesten helt

forsvunnet som dødsårsak (Lie, 2019, s. 24-25; Lunde & Holte, 2019, s. 14-16).

Innenfor sykehuset skjedde noen av de største endringene innenfor nyfødtmedisinen. Fra 1960 forgikk 96 % av fødslene på sykehuset/fødestuen med medisinsk personell og utstyr. De premature og nyfødte gikk fra å være fødselslegens sitt ansvar til å bli barnelegens sitt ansvar. Den første nyfødtavdelingen ble åpnet på Rikshospitalet i 1957 og flere avdelinger ble etablert utover landet fra sent på 60-tallet. Antall neonatale dødsfall avtok fra hvert år fra man startet registreringen i 1967 og frem til begynnelsen av 80-tallet. En reduksjon som delvis skyldtes etableringen av de mange nyfødtavdelingene, men også grunnet bedre teknisk utstyr. Dette gjorde det mulig at syke og premature barn kunne få langt bedre behandling og omsorg enn tidligere. I 1970 ble ingen barn som var født under 25 uker behandlet, men denne behandlingsgrensen endret seg etter hvert. I 1980 ble også barn født etter bare 23 ukers svangerskap behandlet, men det var ingen som var født før 25 uker som overlevde. Fra 1980-tallet ble stadig flere mødre med truende prematur fødsel behandlet med steroider for å fremskynde lungemodning hos fosteret. På slutten av 80-tallet anså man i økende grad de minste premature som levedyktig. Barna ble respiratorbehandlet og nesten alle fikk intravenøs ernæring. Fra 1995 startet barnelegene med å gi steroider og surfactant til de ekstremt premature barna, og dette var nok grunnet til at det ble en ny reduksjon i dødsfall. Da disse andre dødsårsaker begynte å forsvinne, økte krybbedøden. I 1989 toppet det hele seg med at 30%, altså 2.39 dødsfall per 1000 levendefødte, døde av krybbedød. De neste fire årene ble det redusert ned til 0.62, som følge av at rådet om liggstilling ble endret. I dag skyldes de fleste dødsfall blant spedbarn medfødte misdannelser og tilstander som oppstår rundt fødsel. Den uoffisielle behandlingsgrensen har vært på 23 ukers svangerskapslengde siden 1980. (Bratlid & Nordermoen, 2010, s. 1127-1129; Lie, 2019, s. 24-25).

1.7 NIDCAP

Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program er en omsorgsmodell som ble satt i system på 1980-tallet, som blir brukt til å gi for tidlig fødte barn og deres foreldre en individualisert omsorg ut fra deres behov. Når pleien blir aktivt tilpasset hvert enkelt barn, så får barnet mulighet til å utvikle seg utfra egne evner og behov. Gjennom Nidcap-modellen vektlegges det å lese barnets kroppsspråk for å forstå hva barnet uttrykker,

for så å respondere på de behovene barnet formidler (Sandtrø, 2009, s. 57; Saugstad, 2009, s. 146). I den mest intensive pleieperioden blir barna utsatt for smertefulle inngrep, så vel som stimuli fra omgivelsene i form av lyd, lys og aktivitet. Rutinemessige tiltak som å lytte til barnet med stetoskop eller utføre bleieskift kan føre til stressreaksjoner hos barnet. Mye av barnet energi brukes til å svare på ytre stimuli (Kleberg & Westrup, 2015, s. 473).

Nidcap er utviklet av utviklingspsykolog Heidelise Als. Før hun utviklet Nidcap, laget hun en utvidet og forfinet utgave av Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS), som er utviklet av barnelegen Berry Brazelton på begynnelsen av 1970-tallet, som hun kalte Assessment of Preterm Infants Behavior (APIB). NBAS undersøker og beskriver det nyfødte barnets respons til det nye livet utenfor livmoren. Til forskjell fra NBAS og APIB så har NIDCAP mer karakter av et observasjons- og omsorgsprogram. Nidcap-metoden handler om å støtte barnets evne til å håndtere omsorg og miljø på, samt at det ser på barnet som aktivt, kompetent og involvert i sin egen utvikling (Kleberg & Westrup, 2015, s. 473-474).

Hvis metoden blir fulgt fullt ut, så blir barnet observert ca. en gang i måneden av en Nidcap-observatør. Observatøren bedømmer barnets utvikling og på grunnlag av observasjonene som blir gjort, forsøker man å lage en skreddersydd pleieplan. Barnets signaler kan ofte være vanskelig å oppfatte. Signaler kan være alt fra visse bevegelsesmønstre, fargeforandringer, pustestopp eller fall i oksygenmetningen, men en observatør er utdannet til å se og tolke disse signalene (Saugstad, 2009, s. 146).

2.0 Teoretisk forankring

Med utgangspunkt i egne erfaringer, tidligere forskning, retningslinjer for praksis og litteratur om behandling av premature barn ses det interesse for Nidcap som modell inn i sykepleien av premature barn. Siden sykepleie er tett knyttet til den medisinske behandlingen vil denne studien se på hvordan sykepleiere og leger i Norge posisjonerer seg når det gjelder Nidcap. Så langt er det ikke identifisert i litteraturen.

For å produsere viten om hvordan sykepleiere og leger posisjonerer seg i en norsk kontekst

vil jeg som sagt analysere problemstillingen i lys av den franske sosiologen Pierre Bourdieu sin praksisteori og slik han bruker begrepene habitus, sosialt rom og felt, doxa og symbolsk makt (jf. Kap. 2.2). I denne vitenskapelige tradisjonen ser en det en gjør som sosiale praksiser. Det vil si slik posisjonene i feltet posisjonere seg. I denne studien slik de posisjonere seg skriftlig om saken. Meninger og holdninger om Nidcap blir i denne studien sett på som en sosial praksis for å kunne forklare og forstå hvorfor agenter eller grupper av agenter sine handlinger viser seg slik som de gjør, her gjennom det skrevne ord i deres respektive fagtidsskrift og gjennom lærebøker. Med Bourdieu forstår en sosial praksis som det vi gjør i relasjon til sosiale prosesser i samfunnet eller lokalt rundt oss (Petersen, 1996, s. 124-143).

2.1 Vitenskapelig posisjon

Den vitenskapelige posisjonen denne studien inntar er fundamentert i den franske epistemologien slik Bourdieu har videreført tradisjonen etter vitenskapsfilosofen Gaston Bachelard. Fra denne posisjonen forstår man det sosiale gjennom å tenke relasjonelt. Videre er det bruddtenkningen og historisering sentrale element i denne vitenskapelige posisjon, hvor man forstår nåtiden i lys av fortiden. Når formålet er å konstruere en teori om sosiale praksiser, i denne oppgaven Nidcap, betyr det at man både ser på oppkomsten, utviklingen og hvordan Nidcap fremstår i dag. Det vil si arbeidet med å konstruere forskningsobjektet og en teori som kan forklare hvordan det kan være at agenter gjør som de gjør. Med brudd menes det å stille spørsmål ved hverdagsoppfattelser (common sense) og historisering handler om å se hvordan utviklingen av Nidcap oppstår og utvikler seg, samt hvilke vilkår som bidrar til at det eksisterer, for derved å kunne forklare nåtidens praksis (Bourdieu & Wacquant, 2009, s. 217-226).

2.1.1 Objektivisme og subjektivisme

Objektivismen forklarer hvordan sosiale systemer strukturelt produserer subjektets handlinger. Ved objektivisme mener Bourdieu at subjektene ikke bare er underlagt en strukturell lovmessighet, men at de som agenter er subjekter som handler og reflekterer over den sosiale verden. På den andre siden undersøker subjektivismen subjektets handlinger ut fra den sosiale virkelighet de inngår i. Bourdieu inkluderer objektivisme og subjektivisme for å forstå og forklare menneskelig handlinger. Han gjør det ved å både ta

med det strukturelle og den subjektive forståelsen hos agenter som interagerer med hverandre. Det vil si at hva man oppfatter og mener om Nidcap ikke bare er et individuelt spørsmål, men både avhengige av sammenhengen man inngår i og som er produkt av en historie (Wilken, 2008, s. 34).

2.1.2 Praxeologisk praksisteori

I den praxeologiske forskningstradisjon hevder Bourdieu at beskrivelsen av hvordan de sosiale praktikkene viser seg er sentralt. Det vil si beskrivelser om praktiske erkjennelser som agentene forestiller seg ser ut. Dette blir et grunnlag for å analysere frem hvordan de sosiale praktikkene oppstår, med henblikk på å kunne forklare og forstå agenter eller en bestemt gruppes handlinger. Bourdieu er opptatt av det epistemologiske, det vil si læren om kunnskap. Bourdieu ser på agentens kunnskap som en praktisk sans, som de orienterende forholdene for sosiale handlinger, altså hvordan det kan ha seg at de handler eller tenker slik som de gjør i forskjellige sammenhenger. Innenfor de samfunnsområdene agentene er en del av, agerer de på bestemte måter uten å selv være fullt klar over det. For å forstå eller forklare hvordan agenter eller grupper med agenter agerer sosialt, f.eks. ift. Nidcap, kombineres beskrivelser av handlinger med beskrivelser av det strukturelle. Dette danner grunnlag for å konstruere teorier om det sosiale. Det vil si forholdet mellom posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer i en gitt sosial sammenheng (Petersen, 1996, s. 124-136; Petersen & Callewaert, 2013, s. 187-194).

2.2 Begrepsavklaring

Videre under i kapitlene vil jeg skrive om Bourdieu sine begreper habitus, sosialt rom og felt, doxa og symbolsk makt.

2.2.1 Habitus

Habitus er et begrep Bourdieu bruker for å forstå og forklare relasjon mellom individet og det sosiale. Habitusbegrepet henviser til det folk gjør og deres forståelse av den situasjon de er i. Habitus forklarer det paradoksale ved at agenter handler målrettet, uten at en har målet klart for seg (Callewaert, 1992, s. 53; Wilken, 2008, s. 35-36). Begrepet habitus står for en underliggende, forhåndsbevisst orientering hos en gruppe agenter eller et individs tanker,

oppfatninger, uttrykk og handlinger generelt, altså deres kroppslig gjorte disposisjoner som kommer i spill i sosiale sammenhenger. Et slik felt kan være det medisinske felt, utdanningsfeltet, det kulturelle, det administrative eller det politiske feltet. På en slik måte relaterer Bourdieu begrepene habitus og felt sammen (Callewaert, 2014, s. 165).

2.2.2 Sosialt rom og felt

Selv om en kan relatere habitus og felt sammen, så beskriver de forskjellig praksis. Habitus beskriver bakgrunnen og rammene for agentens praksis, mens begrepet felt beskriver de sosiale arenaene som praksisen utspiller seg innenfor. Begrepet felt er et analytisk begrep som kan systematisere studiet av sosialt rom. Agenter deltar i en rekke sosiale kamper og felt kan beskrives som arenaer hvor det foregår sosiale kamper. Innenfor felt er det bestemte kapitalformer, disse ulike kapitalformene bidrar til at samfunnets sosiale spill ikke kan forstås som tilfeldige spill. Kapital ses i form av materielle, økonomisk, kulturell og sosial kapital. I den kulturelle kapitalen handler det om legitim kunnskap, utdanning og kompetanse, mens i den sosiale kapitalen handler det om familierelasjoner, nettverk og forbindelser. Disse ulike kapitalene er gjenstand for meningsfulle sosiale kamper i ulike felt (Wilken, 2008, s. 38-39). En kan se på det sosiale rom som en modell med koordinatsystem, hvor den loddrette akse betegner den samlede mengden med relevant kapital som finnes i et gitt samfunn. Den vannrette akse representerer ulike former for relevant kapital, dette omfatter mer enn materiell kapital. Gjennom dette koordinatsystemet gjennomskjærer det enda en akse som handler om utviklingen i kapitalbesittelse hos agenter. Dette gjør det mulig å undersøke når og på hvilke premisser sosiale grupper transformeres til sosiale klasser. Videre undersøkes det hvordan og på hvilke premisser denne konverteringen av kapital foregår, og hvor og når det kan skape konflikt (Wilken, 2008, s. 54-55).

2.2.3 Doxa

Doxa finnes i et hvert etablert felt. Alle etablerte felt har en tendens mot å skape en naturalisering av deres egne vilkårlighet, om hva som er rett og galt, normalt og unormalt, kvalifisering og diskvalifisering. Et felts doxa består av et sett med betingelser som alle deltakere må akseptere (Järvinen, 2013, s. 378-379). Disse reglene blir omtalt som feltets doxa. Ved feltbegrepet er doxa udiskutabelt innenfor et felt, men hvis man står utenfor feltet, kan feltets premisser problematiseres og diskuteres så mye man vil (Wilken, 2008, s.

42-43). For å bli anerkjent i feltet må en dele de grunnleggende doxa gjennom å oppføre seg, snakke, skrive og handle som feltes doxa implisitt foreskriver (Petersen, 1989, s. 46).

2.2.4 Symbolsk makt

Bourdieu har skrevet en teori om symbolsk vold. Denne teorien går ut på symbolsk vold som en makt til å få en bestemt virkelighetsforståelse til å framstå som objektiv og sann, uten at det er klart for de involverte. De involverte vet ikke at det er snakk om en vilkårlig virkelighetsforståelse, samtidig som det heller ikke er klart at alternative virkelighetsforståelser utelukkes. Denne symbolske volden er en myk, ikke fysisk, form for vold og er som en «usynlig makt». Dette innebærer at de som utøver makten og de som denne makten blir utøvd på, miskjenner at det finnes en maktutøvelse (Wilken, 2008, s. 68-69). Ved den symbolske volden følger det makt til å definere og klassifisere, og dermed makt til å få ting til å eksistere. Symbolsk vold virker som en slags sosial naturlov. Med dette menes at de som privilegeres av bestemte virkelighetsoppfatninger og de som blir undertrykt av denne, aksepterer den vilkårlige sosiale orden som en uomgjengelig naturlig orden. Den symbolske volden fordrer at det er overensstemmelse mellom de subjektive strukturene (habitus) og de objektive strukturene (det sosiale rom) (Wilken, 2008, s. 69).

2.3 Autososioanalyse

Bourdieu hevder at en forsker påvirker alle deler i sitt forskningsarbeid. Grunnet dette vil jeg analysere min egen posisjon ovenfor Nidcap-modellen gjennom min posisjon i forhold til min vei inn i sykepleieryrket, på vei inn i det akademiske felt, studiens felt og det aktuelle sosiale rom hvor man behandler kritisk syke barn. En autososioanalyse skal avdekke den samfunnsmessige pregningen av meg som forsker og som jeg selv bare er delvis klar over og den skal avdekke hvilke sosiale dominansforhold jeg befinner meg i. Her kan det være sosiale skillelinjer eller dominansforhold, som ofte benektes. Som forskere er vi utsatt for å være preget på måter som vi ikke er bevisste om og dette kan påvirke forskningen. Som hvordan vi tenker når vi er ute i praksis. Ved en autososioanalyse vil forskeren underlegge seg selv den samme objektiveringen som forskningsobjektet (Prieur, 2005, s. 110-114).

3.0 Forskningsspørsmål

For å svare på forskningsspørsmålene som er beskrevet i neste avsnitt, vil jeg benytte en teori som kan forklare praktikernes praksiser, utviklet av den franske sosiologen Pierre Bourdieu. Bourdieus praktikkteori er et vitenskapelig studium av praktikernes praksis (Bourdieu, 2007, s. 91-109). Hans mål var å fremskaffe viten om virkeligheten, det vil si både det vi ser og det vi ikke ser, men som bidrar til å forme menneskers handlinger. Bourdieus ambisjon var ikke å foreskrive hvordan praktikerne skulle agere, men gi praktikerne en mulighet til å erkjenne de sosiale forhold som ikke er så synlige, for derved å kunne reflektere over sine egne praksiser (Bourdieu, 2008).

Med forankring i bakgrunn og litteraturen som er skrevet frem (jf. Kap. 1.0-2.0), har jeg kommet frem til følgende forskningsspørsmål:

Hvordan kan det være at sykepleiere og leger i Norge posisjonerer seg slik de gjør ovenfor omsorgsmodellen Nidcap?

Hvor kommer ideen om at Nidcap-modellen er et alternativ til hvordan man tidligere behandlet premature barn?

Hvordan strukturerer en slik modell behandlingen av premature barn?

4.0 Metode

I denne studien vil jeg bruke en fremgangsmåte i form av en registrantanalyse (jf. Kap. 4.2) for å svare på forskningsspørsmålene jeg er kommet frem til. Jeg vil også gjøre en autososioanalyse (jf. Kap. 2.3) av meg selv, slik at jeg gjør det tydelig for meg selv og de som leser studien om forhold som kan ha preget studien.

4.1 Registrantanalyse

For å finne svar på studiens forskningsspørsmål har jeg gjort dokumentanalyser av lærebøker fra pensumlisten ved HVL, nasjonale retningslinjer og fagtidsskriftene Sykepleien, Tidsskrift for Barnesykepleiere, PAIDOS og InspirA. For å forstå og forklare bestemte sosiale fenomener, må forskeren se på historien til fenomenet Nidcap i feltet og rekonstruere hvordan det har oppstått og hvordan det har utviklet eller muligens forandret seg. En slik

prosess kalles registrantanalyse. Ved hjelp av en registrantanalyse får forskeren oversikt over store tekstmengder. Dette gjøres ved at det stilles samme systematisk spørsmål til hvert dokument som skal analyseres. Denne metoden er effektiv hvis en vil studere små og store forandringer og danne seg et overblikk over disse forandringene. Metoden kan brukes til å løse historiske prosesser og vise hvordan kunnskap om disse prosessene er avgjørende for å få forståelse av hvorfor nåtidige mennesker forholder seg slik som de gjør til spesifikke praktiske spørsmål (Kropp, 2009, s. 173-174).

Registrantanalyse har to formål. Det første formålet er å analysere frem forskjellige posisjoner, både de som kommer tydelig frem i teksten som gjerne er dominerende i tillegg til det som er mer implisitt og ikke-uttalt. Ved hjelp av en slik registrant, settes feltes historie og den nåværende organisasjon til et helhetlig bilde. På denne måten kan registrantanalysen gi kunnskap om feltets forskjellige sosiale rom, habitus, doxa og kamper. Det andre målet for registrantanalysen er å bidra til konstruksjon av viktige hendelser og historiske prosesser i en kronologisk rekkefølge (Kropp, 2009, s. 180-181).

4.2 Ethiske refleksjoner

Ethiske problemstillinger er særlig relevant når forskning berører mennesker direkte, som ved deltakende observasjoner, intervju eller eksperimenter. Det er utarbeidet retningslinjer for forskning på internett, men som hovedregel kan informasjon som regnes som offentlig benyttes uten å innhente samtykke fra dem har produsert opplysningene eller dem opplysningene gjelder. Ved bruke av materiale fra internett, så skal det oppgis hvor man har hentet informasjonen fra (Johannessen et al., 2016, s. 84-87). I denne studien vil jeg benytte dokumenter som er åpne og tilgjengelig for allmennheten på internett og gjennom lærebøker. Det vil derfor ikke være nødvendig å innhente godkjenning fra dem som har skrevet tekstene. Siden jeg ikke skal hente ut data fra noen registre trenger heller ikke studien godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) eller fra Norsk senter for forskningsdata (NSD).

4.3 Teknikk ved generering av data om felt og sosialt rom

Som nevnt tidligere er historisering et sentralt element i denne vitenskapelige posisjon, hvor man forstår nåtiden i lys av fortiden (jf. kap. 2.1). En av grunnene til at sosiologi trenger

historie, er behovet for å vite opprinnelsen til kategorier og begreper, men også til fenomenene i seg selv (Prieur, 2005, s. 121). Så for å generere data om feltet og det sosiale rom gjorde jeg en forberedende konstruksjon av fagområde nyfødtsmedisin, pediatrien i Norge og Nidcap (jf. kap. 1.6, 1.6.1 og 1.7). Ved en slik prekonstruksjon av feltet og det sosiale rom får man en innføring i kamper som har foregått i feltet, samt hvem som har dominert det og hvem som har den største definisjonsmakten i feltet. Agentene som er sentrale i dette feltet er leger og sykepleiere, da det er disse som gir behandling og omsorg til barnet. Konstruksjon av feltet og det sosiale rom er basert på pålitelige kilder av både nyere og eldre dato skrevet av barneleger, sykepleiere og historikere. Prekonstruksjon av nyfødtsmedisin ble utført ved hjelp av litteratur om det for tidlig fødte barnet (Saugstad, 2009, s. 20-24), pediatrien i Norge ble konstruert med litteratur om barnemedisin i 100 år, 100 år med barnelegeforeningen og behandling av svært for tidlig fødte barn de siste 40 år (Bratlid & Nordermoen, 2010, s. 1127-1129; Lie, 2019, s. 22-25; Lunde & Holte, 2019, s. 14-16) og Nidcap ble konstruert med litteratur om behandling av premature barn (Kleberg & Westrup, 2015, s. 473-474; Sandtrø, 2009, s. 57; Saugstad, 2009, s. 146).

4.4 Teknisk ved innsamling av empiri til registrant

De dokumentene jeg har inkludert i studien min har jeg hentet fra pensumlisten ved HVL og fra tidsskriftene Sykepleien, Tidsskrift for Barnesykepleiere, PAIDOS og InspirA. Disse fire tidsskriftene ble valgt ut for det er sykepleiere, barnesykepleiere, intensivsykepleiere og barneleger som er direkte med i behandlingen av premature barn. Siden Nidcap kom på 1980-tallet (Saugstad, 2009, s. 146), har jeg sett på tidsskrift tilbake til 1986 der det er mulig. Det ble utført både søk elektronisk og ved håndøk. Nedenfor i tabell 1 er det en oversikt over hvor mange utgaver det er av de forskjellige tidsskriftene i det tidsrommet som jeg har gjort søk og antall treff.

Tabell 1: Oversiktstabell av tidsskrifter

NAVN PÅ TIDSSKRIFT	ÅR	ANTALL UTGAVER	TREFF
Sykepleien – Tidsskrift for sykepleiere (Herunder de tidligere tidsskriftene som var koblet opp til Sykepleien:	1986-2021	695	7

Sykepleie forskning, sykepleie journalen)			
Tidsskrift for barnesykepleiere	2001-2018	49	8
PAIDOS – Tidsskrift for barneleger	2002-2021	65	3
Inspira – Tidsskrift for anestesi- og intensivsykepleiere	2015-2021	24	0
Totalt gjennomgått utgaver:		833	
Totalt treff:			18

Ved elektronisk søk i dokumenter som var tilgjengelig, så søkte jeg med ordet nidcap og prematur. Jeg brukte ordet prematur for å sikre meg at jeg ikke gikk glipp av dokumenter som omhandlet Nidcap, men som ikke brukte akkurat ordet Nidcap i teksten. Ved håndzoek leste jeg gjennom innholdsfortegnelsen i tidsskriftene og lærebøkene i tillegg til at jeg i lærebøkene så gjennom stikkordsregistret. Jeg så da etter artikler eller kapitler som handlet om Nidcap eller premature. For å finne den nasjonale faglige retningslinjen gikk jeg på helsebiblioteket.no og søkte på retningslinje premature.

Etter å ha samlet inn empiriet fra tidsskrift, nasjonal retningslinje og gått gjennom pensumlisten hvor jeg fant to bøker som tar opp temaet Nidcap, så hadde jeg til sammen 21 dokumenter som skulle analyseres. Som skrevet i kap. 4.1, så utføres et registrantanalyse ved å stille samme systematiske spørsmål til hvert dokument som skal analyseres. De spørsmålene jeg stilte dokumentene var:

1. Hvilket årstall ble dokumentet publisert?
2. Hvem er agenten og hvilke posisjoner har hen?
3. Hvilken type dokument er det (lærebok, fagartikkel, intervju osv.) og tittel?
4. Hvordan posisjonerer agenten/agentene/dokumentet seg til Nidcap?
5. Hvilken kapital har agenten/agentene?

5.0 Analyse del I: Autososioanalyse

I analysens første del har jeg forsøkt å forklare mine posisjoneringer. For å gjøre dette har jeg utført en autososioanalyse (jf. Kap. 2.3). Alle har en posisjon innenfor en sosial verden og der igjen innenfor et sosialt rom. Vår posisjon innenfor det sosiale rom kan prege vår oppfatning av verden (Prieur, 2005, s. 110). Her kommer vår habitus (jf. Kap. 2.2.1) inn. Min habitus handler om hva jeg gjør med utgangspunkt i min forståelse av situasjon (Wilken, 2008, s. 36). Ved å utføre denne autososioanalysen vil jeg synliggjøre min bakgrunn og habitus, da det kan påvirke forskningen min.

5.1 Forskerens posisjoneringer

Det at jeg er nyutdannet barnesykepleier og jobber mot en mastergrad, tror jeg har preget studien betydelig. Som jeg skrev i kap. 1.1, så har det gjennom hele mitt studieforløp vært fokus på Nidcap ved sykepleien til premature barn. Dette har gjort at min posisjonering til Nidcap både er positiv og undrende. Positiv for jeg synes det er enklere å tolke signalene som barnet gir og vite mer hvilke tiltak jeg skal iverksette for å hjelpe barnet til å takle de ytre påkjenningene/stimuliene de blir utsatt for. Jeg er også positiv for denne omsorgsmodellen da jeg har lest at det har visst at barnet har kortere sykehusopphold, mindre kronisk lungesykdom og bedre kognitiv utvikling. Noe som i tillegg vil gi økonomiske gevinster både i det korte og lange løp.

Selv om jeg stiller meg positivt til Nidcap, så har jeg undret meg over flere ting. Deriblant hvorfor jeg opplever at det er så stort sprik i hva som blir praktisert av omsorg til det premature barnet. Hva som gjør at noen fatter stor interesse for Nidcap og andre har liten eller ingen interesse for Nidcap. Hvorfor det er vanskelig å få denne omsorgsmodellen implementert for fullt på alle nyfødte intensiv avdelinger i Norge. Jeg stiller meg også undrende til hvorfor ikke det er større fokus på opplæring av Nidcap når man starter som ny på en nyfødte intensiv avdeling. På grunn av masterstudiets omfang er det ikke mulighet for å gjøre en slik grundig studie av alt jeg undrer meg over. Jeg har derfor valgt å fokusere på interessen for Nidcap, det vil si hvordan sykepleiere og leger posisjonerer seg ovenfor denne modellen.

5.2 Forskerens posisjoner og disposisjoner

Jeg er en kvinne født på begynnelsen av 90-tallet. Jeg vokste opp i en liten by i Nordland, i et middelklassehjem med gifte foreldre og en storebror. Jeg vokste opp med trygge rammer rundt meg. I gaten jeg vokste opp i var det mest barn på min brors alder, så når det var lek og moro i gatene brukte jeg å være sammen med min bror og barna på hans alder. Jeg hadde alltid andre barn å sosialiseres med. Var jeg ikke i gaten med de andre barna, så var jeg på besøk hos barn jeg hadde gått i barnehage/skole med. Nå som voksen er jeg fortsatt en del av det nettverket av venner som jeg etablerte meg gjennom barne/ungdomstiden, i tillegg til nye venner gjennom studie, jobb og andre venner. De fleste av oss bor på forskjellige plasser i Norge, men vi holder kontakten og møtes når vi har mulighet. Jeg har kjæreste, men vi bor ikke sammen selv om vi er mye hos hverandre. Jeg eier leiligheten jeg bor i.

Ingen av foreldrene mine har høyere utdanning. Mine foreldre har aldri presset meg eller min bror til å ta utdanning, men vi begge er vokst opp i en tid hvor utdanning har mer og mer å si for å få jobb. Vi begge har derfor vært opptatt av å få utdanning innenfor det vi ville jobbe med. Min bror tok utdanning til fysioterapeut og tar nå sin mastergrad i geriatri innenfor fysioterapi, samtidig som jeg tar min mastergrad i barnesykepleie. Ved siste året på videregående bestemte jeg meg for å søke sykepleien. For meg virket det som et spennende yrke som hadde en veldig variert arbeidshverdag og jeg kunne sikre meg å ikke bli arbeidsledig. Jeg startet sykepleieutdanningen min rett etter videregående. Når jeg var ferdig med utdannelsen begynte jeg å jobbe på det lokale sykehuset hvor jeg er vokst opp. Her jobbet jeg i 4 år på medisinsk/kirurgisk sengepost med personer i all alder og alle slags diagnoser. Etter 3,5 år følte jeg at jeg stagnerte i jobben min og jeg begynte å tenke på videreutdanning. Først ønsket jeg å ta utdanning til å bli helsesykepleiere, siden jeg skjønnte at jeg hadde lyst til å jobbe med barn når jeg tok sykepleierutdannelsen min. Snittet var veldig høyt, og jeg bestemte meg for å ta andre videreutdanninger for å få mer studiepoeng. Jeg endte opp med å ta ett semester med kunnskapsbasert praksis og to semester med videreutdanning i ernæring og helse. På denne måten fikk jeg mer studiepoeng samtidig som jeg studerte noe jeg kunne bruke videre i mitt yrke. Før jeg var ferdig med utdannelsen i kunnskapsbasert praksis og ernæring og helse, så søkte jeg både helsesykepleier og barnesykepleie. Siden jeg ikke var ferdig med de to andre studiene mine,

kom jeg ikke inn på helsesykepleier, men jeg kom inn på barnesykepleie. Når jeg da diskuterte dette med min familie kom jeg frem til at jeg liker å jobbe med akutt syke og kritiske personer og det ble mer naturlig å ta utdannelsen innenfor barnesykepleie. Jeg ble ferdig med kunnskapsbasert praksis juni 2019, ernæring og helse desember 2019, utdannelsen i barnesykepleie ble jeg ferdig med i desember 2020 og skal levere min mastergrad i slutten av mai 2021.

6.0 Analyse del II: Posisjoner og posisjoneringer

I analysens andre del skriver jeg først frem hvordan jeg har kartlagt posisjonene og disposisjonene til empirien (jf. kap. 6.1), deretter skriver jeg om hva som kommer frem av analysen av empirien, hvem som posisjonerer seg i de forskjellige posisjonene og hvordan de posisjonerer seg (jf. kap. 6.2.1 og 6.2.2).

6.1 Empiriens posisjon og disposisjon

I arbeidet med å kartlegge de 21 forskjellige dokumentene som ble inkludert i registranten, har jeg hentet inspirasjon fra Jesper Frederiksen's (2016) doktorgradsavhandling om tverrprofesjonelle velferdsprosesser. Arbeidet hans med doktorgradsavhandlingen er utført med en praxeologisk tradisjon. I sin studie så han på hvilken kapital dokumentene han analyserte hadde, både økonomisk, kulturell og sosial. Dette gjorde han ved hjelp av et måleredskapet hvor han satt en numerisk verdi på dokumentets disposisjoner ut fra enkle indikatorer, slik at han kunne rangere dokumentet (Frederiksen, 2016, s. 133).

I studie min har jeg brukt hovedtrekkene fra Frederiksen's indikator for disposisjoner, men med noen endringer. I min indikator tabell har jeg også delt inn i tre forskjellige disposisjoner, økonomisk, kulturell og sosial kapital. Videre har jeg hentet inspirasjon hos Frederiksen med å lage et poengsystem til hver kapital, som blir en indikator for hvordan jeg kan rangere dokumentet jeg analyserer og hvordan dette videre gir dokumentet en posisjon (Frederiksen, 2016, s. 134). I min indikator (jf. tabell 2 og vedlegg nr. 1) så er det poengsystemet fra 1-3 poeng hvor 1 er lavest og 3 er høyst. Etter at jeg analyserte dokumentet ved hjelp av indikatoren ble alle poengene lagt sammen og dokumentet får en

rangering på høy, middels eller lav posisjon (jf. tabell 3).

Tabell 2: Skjema for kartlegging av dokumentets posisjon og disposisjon

Disposisjon	Indikator
Økonomisk kapital ¹	<p><u>Øk.3p</u>: Agenter med årsinntekt fra 900 000 og oppover Eks: Legespesialist, klinikksjef/leder og avdelingssjef/leder</p> <p><u>Øk.2p</u>: Agenter med årsinntekt fra 600 000 opp til 900 000 Eks: Informasjonsrådgiver, journalist, spesialsykepleier, førsteamanuensis og forfatter</p> <p><u>Øk.1p</u>: Agenter med årsinntekt opp til 600 000 Eks: Sykepleier</p>
Kulturell kapital	<p><u>Ku.3p</u>: Agenter som er overleger, leger som har videreutdanning i neonatologi/pediatri, intensiv/pediatripsykepleiere med NIDCAP utdanning, forsker</p> <p><u>Ku.2p</u>: Agenter som har en videreutdanning innfor intensiv/pediatri, fagsykepleier, førsteamanuensis</p> <p><u>Ku.1p</u>: Agenter som er sykepleiere, men ikke har utdanning innfor pediatri/neonatologi</p>
Sosial Kapital	<p><u>So.3p</u>: Agenter som kan påvirke hvilken omsorgsmodell som skal brukes på avdeling i stor grad</p> <p><u>So.2p</u>: Agenter som kan påvirke hvilken omsorgsmodell som skal brukes på avdeling i middels grad</p> <p><u>So.1p</u>: Agenter som kan påvirke hvilken omsorgsmodell som skal brukes på avdeling i liten grad</p>

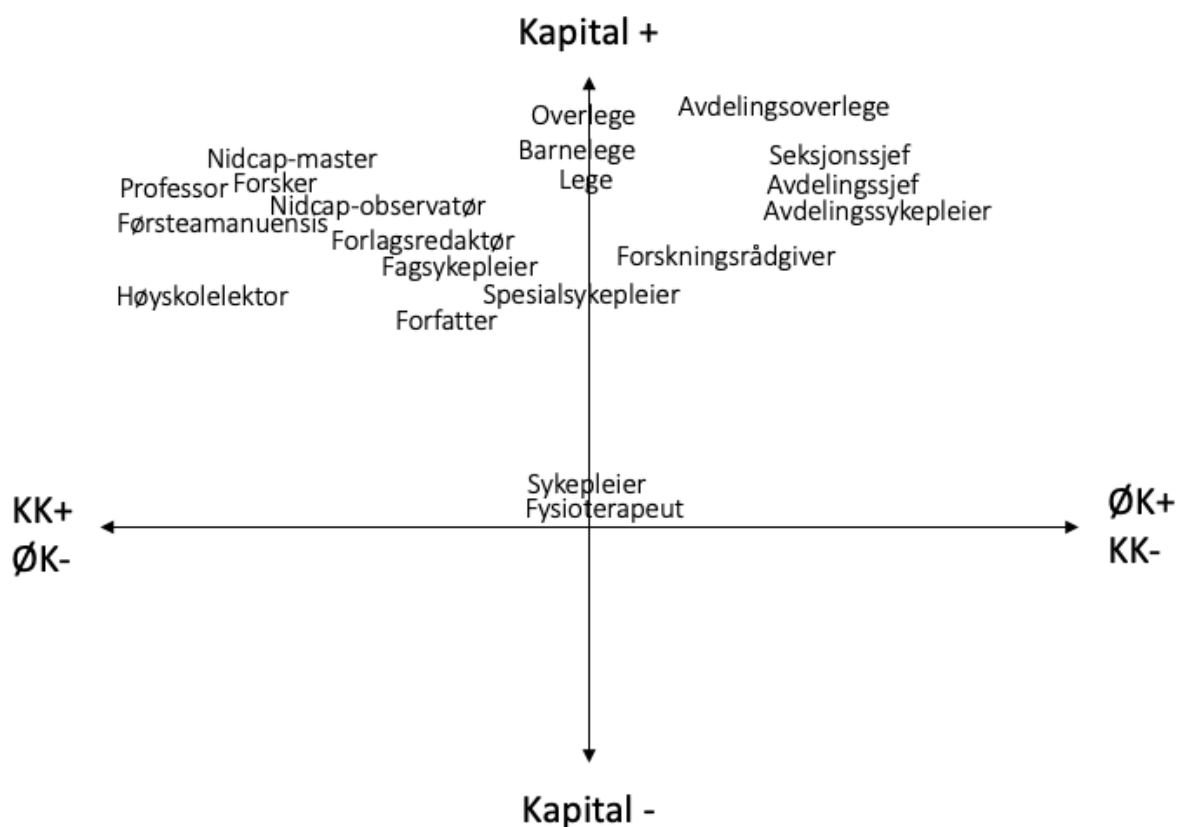
Tabell 3: Dokumentets posisjon

Rangering	Numerisk verdi
Høy	7-9
Middels	4-6

¹ Tall hentet fra www.utdanning.no og <https://sykepleien.no/2019/05/de-best-betalte-lederne-jobber-i-sykehus>

Lav	1-3
-----	-----

For at jeg selv skulle lettere se hvem som skulle bli plassert under de forskjellige poengene under indikatoren, både kulturelt og sosialt, laget jeg et kart over feltet (jf. figur 1), slik at analysen av disposisjoner skulle bli lettere å utføre. Kartet er laget med inspirasjon fra Bourdieu sin framstilling av et sosialt rom (1995, s. 35), Rolf Horne's doktorgradsavhandling (2016) og Anette L. Hindhede og Kristian Larsens artikkel, prestige hierarchies of diseases and specialities in a field perspective (2019). For å finne ut hvor jeg skulle plassere de forskjellige titlene/yrkestitlene, tok jeg utgangspunkt i det som ble skrevet i artikkelen til Hindhede og Larsen (2019) og plasseringen av yrker i Oslo Register Data Classification Scheme, også kjent som ORDC-modellen (Hansen & Ljunggren, 2021, s. 39), men med tilpassinger om at det handler om kapital ift. Nidcap, ikke bare i samfunnet generelt.



Figur 1: Kart over feltet som skriver om Nidcap

For når man starter å lage et slik kart over feltet og skal bestemme plasseringen til de forskjellige agentene, så må en først finne det overordnede maktfeltet (Bourdieu &

Wacquant, 2009, s. 91). Som i denne studien er omsorg til det premature barnet gjennom Nidcap-modellen. Et slik kart over feltet er en illustrativ gruppering som bare eksisterer på papiret og bare fordi forskerens intellekt har bestemt at de skal gjøre det, men det kan hjelpe å se kampene som utspiller seg i det sosiale rom, der agentene kjemper om den legitime og spesifikke autoriteten (Bourdieu, 1995, s. 39-41; Bourdieu & Wacquant, 2009, s. 91). For å få adgang til et felt må hver enkelt agent være utstyrt med bestemte kvalifikasjoner og egenskap, som er spesifikt for de forskjellige feltene. Innad i et hvert felt er det konflikter rundt bevaring eller endringer av feltstrukturen, hvor agentene har et dominans- og underkastelses forhold til hverandre (Bourdieu & Wacquant, 2009, s. 92-94).

For å kunne se hvilken kamper som har utspilt seg i Nidcap-feltet, vil jeg først analysere frem de forskjellige posisjonene rundt Nidcap og videre hvordan de posisjonerer seg, før jeg kan starte på diskusjon om hvorfor det kan ha seg at de posisjonerer seg slik som de gjør.

6.2 Hvordan de ulike posisjonene posisjonerer seg til Nidcap

Gjennom analysen av dokumentenes posisjon til Nidcap fremstår det som at de fleste som skriver om temaet er positiv til bruken av Nidcap, men det kommer også frem at det noen uenigheter om effekten og betydningen av denne omsorgsmodellen. Analysen viser at det ikke er noe doxa at det er Nidcap som skal brukes som omsorgsmodell hos premature barn. Videre (jf. kap. 6.2.1 og 6.2.2) vil jeg belyse de ulike posisjonerings til Nidcap og hvem som posisjonerer seg. Av dokumentene som er analysert er det 14 dokumenter som fikk høy posisjon, 7 som fikk middels posisjon og ingen som fikk lav posisjon.

6.2.1 Dokumenter med høy posisjon

Dokumenter som får en høy posisjon (jf. tabell 3) er i all hovedsak positiv til Nidcap. Agenter som har skrevet dokumentene som får en høy posisjon er blant annet leger i forskjellige stillinger, noen som barneleger, andre som avdelingslege/sjef, overlege og seksjonssjef. Disse skriver veldig lite om Nidcap. Det lille som blir skrevet er at avdelingen i Fredrikstad har vært en av pionerene innenfor Nidcap (Lund, 2003, s. 8), at Ålesund har hatt et stimulerende samarbeid med en tilsvarende avdeling i Lund, sykepleierstaben har en gjennomsnittlig erfaring på 11 år og at innføringen av Nidcap startet allerede i 1995 (Økland, 2006, s. 9), det er ikke motstand fra norske leger mot Nidcap, men heller mangel på aktivt engasjement

(Hofstad, 2007, s. 23), seksjonssjef ved nyfødtavd. ved Rikshospitalet skal se på hvilken deler av Nidcap som passer deres avdeling og hvordan de skal ta disse elementene med videre (Hofstad, 2007, s. 23), at Nidcap er ikke alltid barnelegens favoritt-tiltak (Henrichsen & Andersen, 2007, s. 19) og at Nidcap er misforstått (Hofstad, 2012, s. 76).

Hvis det skrives mer om Nidcap en bare en kort setning av leger, så er det for de skriver om det i en lærebok (Grønseth & Markestad, 2017, s. 32 og 132; Markestad, 2016, s. 147-148) eller i en nasjonal retningslinje (Markestad & Halvorsen, 2007, s. 29 og 46).

Andre agenter som har skrevet dokumentene som får høy posisjon er spesialsykepleiere innenfor pediatri og intensiv, førsteamanuensis, avdelingssykepleier og sykepleiere med Nidcap-utdannelse. De fleste av disse agentene har ikke skrevet dokumentet alene, men sammen med noen andre, både leger og andre sykepleiere, noe som gjør at dokumentet ofte får en høyere poengsum enn hvis de hadde skrevet alene. Det som kommer frem i gjennomgangen av empirien er at disse agentene skriver mer om temaet. Flere av artiklene som er skrevet er fagartikler, men det er også et referat fra en Nidcap-kongress og to artikler som skriver om nyfødtavdelinger og hva disse avdelingen gjør. Den ene artikkelen som skriver om sin nyfødtavdeling, skriver at Nidcap er et sentralt satsningsområde og at seksjonen har tre sykepleiere som utdanner seg til observatører. Videre skrives det at utfordringen videre blir å etablere denne kunnskapen i seksjonen, og at de skal jobbe med en målsetting for hvordan de skal bruke observasjonene og instruktørene etter endt utdanning (Petersen et al., 2002, s. 9). Flere nevner de positive korttidseffektene som ses ved bruk av Nidcap og at dette er godt dokumentert med studier, men at de mangler store nok langtidsstudier (Hofstad, 2007, s. 21-22; Sandtrø et al., 2007, s. 62; Tomren, 2007, s. 60). For at Nidcap skal klare å bli implementert i avdelingen trengs det en positiv ledelse i ryggen, både medisinsk og pleiemessig (Tomren, 2007, s. 61). I Norge og USA er Nidcap mer akseptert av sykepleierne enn av leger og de er mer positive til omsorgsmodellen, mens i Europa ellers er legene som er mest positive (Hofstad, 2007, s. 22). Det skrives at det finnes uenigheter i fagmiljøet om hvor stor effekt og betydning Nidcap har, om det er gjennomførbart og om det burde settes ressurser til det (Sandtrø et al., 2007, s. 62) og at noen leger har satt seg for lite inn i hva modellen handler om (Hofstad, 2007, s. 23).

6.2.2 Dokumenter med middels posisjon

Dokumentene med middels posisjon (jf. tabell 3) er positiv til Nidcap. Agenter som har skrevet disse dokumentene er spesialsykepleiere innenfor pediatri og en sykepleier. Det som blir skrevet er fordelene med å bruke Nidcap og studier som viser til positive resultater på antall liggedøgn, behandlingstid på respirator, mindre forekomst av hjerneblødning og bedre kognitiv utvikling (Ludvigsen et al., 2004, s. 38; Vollebæk, 2000, s. 25). Årsaker som personalets holdninger, trange rom, stor utskiftning av personell og liten kunnskap kan være årsaken til at det er vanskelig å implementere denne omsorgsmodellen, både for sykepleiere og leger. Det er ikke spesielt stor motstand fra personell mot Nidcap, men mot endringer generelt (Vollebæk, 2000, s. 25). Det ses store økonomiske og samfunnsmessig gevinst ved at helsepersonell har Nidcap-utdannelse, fordi det løfter kompetansen ved neonatalavdelingene og de positive resultatene ved bruk av Nidcap gir mindre sykdom/behandling av premature i lengden. Agenten er av oppfatning av at hvis Nidcap skal bli fremtidens omsorgsmodell for premature, så er man nødt å ha legestanden med på laget (Dahl, 2001, s. 11). En agent skriver at tre sykepleiere måtte bruke 4 år før de fikk gjennomslag for å ta en Nidcap-utdannelse og for å få gjennomført denne, måtte de søke om økonomisk støtte fra fond da avdelingen eller sykehuset ikke hadde ressurser til å bevilge penger (Pettersen, 2001, s. 12). En studie konkluderer med at hver enkelt sykepleiers holdning til denne metoden er viktig for å lykkes, samt at det er viktig med tverrfaglig enighet om metoden som grunnlag for holdninger og praksis hos både sykepleiere og leger. Sykepleiere må aktivt søke etter nye forskningsresultater og fremme fakta på arbeidsplassen for å øke interessen og motivasjon til å benytte denne metoden (Ludvigsen et al., 2004, s. 38). Fra en neonatal sykepleiedag kommer det frem at Nidcap også burde brukes i mottak av barn, slik at personellet jobber på en rolig men effektiv måte. Det kommer frem at legene og sykepleierne i Ålesund tenker Nidcap og samarbeider om dette og at denne omsorgsmodellen er blitt godt integrert i avdelingen (Thor, 2006, s. 18). I et referat fra en kongress om Nidcap skrives det at agenten synes det er et privilegium å få være til stede og oppleve engasjementet og kompetansen som var samlet, og få konkretisert den store utviklingen som de har vært en del av (Bing, 2008, s. 15).

7.0 Drøfting av funn av analyse del II

I dette kapitlet vil jeg diskutere funnene fra analysen opp mot litteratur og egne tanker for å svare på forskningsspørsmålene jeg stilte i kap. 3.0. For å forstå hvorfor noe er som det er må vi se på nåtiden i lys av fortiden (jf. kap. 2.1). Jeg vil derfor se på historien til leger og sykepleiere, for å kunne forstå hvorfor de posisjonerer seg slik de gjør i nåtiden.

7.1 Hvorfor posisjonerer agentene seg slik de gjør?

Det er kjent at sykepleiere og leger samarbeider om pasienter og at de har dominert i pleie og behandling av syke i over hundre år, sykepleierne i tall og legene i makt. Legene ble universitetsutdannet fra så tidlig som 1100-1200-tallet, mens sykepleierne som før var yrkesutdannet fikk innpass som universitetsutdannet fra 1980-året. Det ble da opprettet bachelor- og masterutdanninger og ganske snart var det også utvikla ph.d-utdanninger. Leger blir sett på som en profesjon som er sterk og mektig når det kommer til makt og prestisje, mens sykepleiere blir sett på som svakere og underordna (Schiøtz, 2017, s. 276-277 og 319). Som Prieur gjengir at Bourdieu eksemplifiserer, så ligger det et maktforhold under forholdet mellom en lege og en sykepleier, som ikke alltid vises i samspillet som observeres. Grunnet dette trengs det kunnskap om de underliggende strukturene og om den underliggende historien. Har man ikke disse kunnskapene så kan agentene ha en umiddelbar og ureflektert erfaring av verden, som man ikke er bevisst over, men bare tar for gitt (Prieur, 2005, s. 113). Som vist i kartet over feltet som skriver om Nidcap (jf. figur 1), så har legene mer kapital enn sykepleierne. Dette kan ses gjennom forskjellene på oppgavene og autoriteten som leger har og som sykepleierne har. For å vise noen av forskjellene på dette kan vi se på forskriftene for medisnutdanning og for sykepleierutdanning. Etter endt medisnutdanning skal agenten kunne utrede, diagnostisere, behandle, følge opp, forebygge sykdom, ha inngående kompetanse i kommunikasjon, ledelse, samarbeid, folkehelse, samfunnsmedisin, forskning, innovasjon og kunne håndtere komplekse faglige og etiske spørsmål (Forskrift om nasjonal retningslinje for medisnutdanning, 2020). Etter endt sykepleierutdanning skal agenten kunne utøve sykepleie til pasienter med komplekse og sammensatte sykdomsbilder, kunne ta ansvar for, og gjøre selvstendige, systematiske kliniske vurderinger, prioriteringer og beslutninger, kunne kritisk vurdere effekten av sykepleie og behandling, ha gode ferdigheter i kommunikasjon, veiledning og samhandling (Forskrift om nasjonal retningslinje for

sykepleierutdanning, 2019). I tillegg til disse forskjellene så påpeker helsepersonelloven at ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen ta beslutninger som gjelder undersøkelser og behandling av den enkelte pasient (Helsepersonelloven, 1999 § 4). En medisinstudium er et 6-årig profesjonsstudium og en sykepleierutdanning er et 3-årig forløp som gir en bachelorgrad (Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudium, 2020; Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019).

Jeg vil derfor diskutere disse profesjonene hver for seg, selv om de samarbeider om behandlingen og pleien til det premature barnet.

7.1.1 Legenes posisjoneringer

For å kunne diskutere legenes posisjonering vil jeg først trekke inn noen hendelser som viser noen av kampene som har utspilt seg i deres felt gjennom tiden. Det første sykehuset i Norge som hadde som ambisjon å kurere, var opprettet i 1755, men det var først på 1900-tallet at det kom flere sykehus og etter hvert flere spesialiserte sykehus. I sykehusene nå handlet det ikke bare om å kurere pasienter, men det ble i en økende grad en plass hvor leger fikk opplæring og profesjonen tok form. Dette gjorde at stadig flere yngre leger søkte seg til disse institusjonene fremfor å jobbe som distriktslege, og man så en kamp mellom spesialistene og allmennlegene starte. Allmennlegen som før kunne følge pasienten fra A til Å, både som kirurg og indremedisiner, måtte nå sende de til spesialistene (Schiøtz, 2017, s. 195 og 301-302). Ved å lese gjennom historien om leger, ser en at det alltid har vært en kamp om prestisje. Først om prestisje generelt hos befolkningen og det å ta sin plass som en akademisk utdanning, for så videre at det er en kamp innad i feltet med andre profesjoner innen helse, som kirurger og apotekere, og videre en kamp med hva slags vei legen velger innad i yrket (Schiøtz, 2017, s. 284-305). En kan også tenke seg at det har vært en kamp om prestisje mellom barneleger om å først kunne redde et mer og mer for tidlig født barn, for så til at det handler om å gi minst mulig komplikasjoner. Grunnen til at jeg tenker dette er for at før reddet barnelegene premature som var 25 uker, for så å gå helt ned til 23 uker og i noen tilfeller 22 uker. Med den moderne nyfødtd medisinen så er det som jeg skrev i kap. 1.6.1 medfødte misdannelser og tilstander som oppstår rundt fødsel som er årsaken til de fleste dødsfallene i dag og da tenker jeg at prestisjen og hovedfokuset går over til å jobbe mot å forhindre komplikasjoner underveis i sykehusoppholdet og komplikasjoner som kan komme i

de senere årene.

Selv om vi vet at det er flere positive korttidseffekter ved bruk av Nidcap som viser til positive resultater på antall liggedøgn, behandlingstid på respirator, mindre forekomst av hjerneblødning og bedre kognitiv utvikling (Ludvigsen et al., 2004, s. 38; Vollebæk, 2000, s. 25), så viser legene liten interesse for Nidcap, i hvert fall skriftlig gjennom sitt eget tidsskrift og andre tidsskrifter som Sykepleien. Ved analysen av empirien ser jeg meg veldig enig i det overlege Nietsch ved Ålesund sykehus sa i et intervju i 2007 om at det er ikke motstand fra norske leger mot Nidcap, men heller mangel på aktivt engasjement (Hofstad, 2007, s. 23). Dette kommer frem i analysen ved at det er til sammen 7 leger som har skrevet/snakket om Nidcap, av de totale 21 funnen i empirien. Av disse 21 funnen er det også en lege som har snakket om Nidcap i 3 av funnene.

Legene har vært de dominerende i helsefeltet (Schiøtz, 2017, s. 277), ikke bare den medisinske behandlingen, men også ved at det var legene som ledet sykehusene. Så skjer det en endring i det offentlige helsearbeidets organisering på 1970-1980-tallet. Dominansen legene hadde i utforming av helsearbeid og helsepolitikk ble gradvis mindre. Dette skjedde gjennom en overføring av beslutningsprosessene fra den faglige ekspertisen til politiske og administrative organer. Gjennom en omlegging av Helsedirektorat på 1980-1990-tallet fikk politikerne større kontroll over helseadministrasjonen. Politikerne overtok det som før hadde vært legenes ansvar for faglig grunnlag for hva som skulle prioriteres. Staten sin oppgave ble å regulere, veilede og kontrollere at aktørene på den medisinske markedsplassen yter tjenester i tråd med offentlige retningslinje og normer. Legenes oppgave ble at de skulle være rådgivere og utredere for politikerne, de skulle ikke lenger beslutte (Alver et al., 2013, s. 187; Schiøtz, 2003, s. 515; 2017, s. 199). Alle disse endringen staten gjorde med legers bestemmelsesrett får meg til å undre om at legene hadde nok med å forsøke å holde sin dominans i det politiske felt samtidig som de utøvde sin medisinske behandling, til at de samtidig skulle fatte interesse for nye omsorgsmodeller eller andre verktøy som oppsto på denne tiden. Det får meg også til å undre på om når de mistet sin dominans i det politiske feltet, at det fikk legene til å fokusere mer på egen forskning og den medisinske behandlingen som de gir.

I empirien som er samlet inn ser man at legene har utalt seg om Nidcap i 2003, 2006, 2007 og 2012. Alle disse gangene skriver/uttaler legene seg positivt om Nidcap men veldig kort. Det kan se ut som at Nidcap aldri blir helt anerkjent som den omsorgsmodellen man skal bruke på premature barn. Som skrevet tidligere er tverrfaglig enighet om metoden som grunnlag for holdninger og praksis hos både sykepleiere og leger viktig for at metoden skal lykkes (Ludvigsen et al., 2004, s. 38). Vi vet at barnelegene/neonatalogene er de dominerende i dette feltet og har det siste ordet i nyfødtdmedisin, så at det er så få som posisjonerer seg angående denne modellen, uansett om det er positivt eller negativt, kan ses på som utøvelse av symbolsk makt. Med dette mener jeg at de som har en så dominerende posisjon har en makt til å definere og klassifisere, og dermed makt til å få ting til å eksistere (jf. kap. 2.2.4). Ved å ikke engasjere seg i Nidcap, ender nyfødtafdelingene med å ikke være relasjonsbaserte avdelinger.

7.1.2 Sykepleiernes posisjoneringer

Sykepleierne har helt siden startet kjempet for å bli en profesjon. Det hele startet på 1850-tallet når legene hadde en medisinskfaglig utvikling og et økende behov for kyndige assistenter, de sendte da gangkoner til Tyskland for utdanning og Norge fikk sine to første utdannede diakonisser. Diakonissen ble utdannet på kristent grunnlag i sykepleie og sosialt arbeid. Den første Diakonisseanstalten i Norge ble åpnet i 1868 av forstanderinnen Cathinka Guldberg og læresøster Rikke Nissen. Det var først mot slutten av 1890-årene at det kom flere sykepleierutdanninger andre steder i landet, både kommunalt, av katolske og av sykehusene selv. På denne tiden var det fritt frem å kalle seg for «sykepleierske», for det fantes ingen autorisasjonslov som regulerte dette feltet (Schiøtz, 2017, s. 323-331).

Legeforeningen og Jordmorforeningen inspirerte begge til at sykepleierne skulle organisere seg. I 1912 ble den Norske Sykepleierskeforbund (NSF) opprettet med Bergljot Larsson i spissen. Alle de 44 første medlemmene var kunnskapspionerer i faget, gjerne med utdanning fra utlandet, og alle hadde borgerlig bakgrunn. Forbundet vokste og tidsskriftet Sykepleien ble etablert. Tre år etter etableringen av NSF ble det etter initiativ fra Legeforeningen, nedsatt en sykepleiekomité for å legge planer for framtiden for feltet. Her ble utdanningsforløpet til sykepleiere diskutert, av leger og sykepleiere. Dette var en sak som tok flere år før det ble en enighet. Legene, Legeforeninga og den sentra

helseadministrasjonen var de som ville bestemme hvordan utdannelsen til sykepleiere skulle være, men dette gikk ikke NSF med på. Spørsmålet om utdanning ble ikke løst før i 1948 når det kom en lov om utdanning og offentlig godkjenning av sykepleiere. Dette var en maktkamp som NSF ikke ville gi seg på og etter at flere skoler fulgte oppfordringen fra forbundet, så måtte legene snu i hva de mente om utdanningen til sykepleiere (Moseng, 2012, s. 161; Schiøtz, 2017, s. 331-332). Som jeg nevnte i kap 7.1, så er det et maktforhold mellom leger og sykepleiere, historien som er skrevet frem ovenfor viser en kamp om feltet mellom sykepleierne og legene om hvem det er som skal bestemme over utdanningsforløpet til sykepleierne. Dette var en kamp sykepleierne, med NSF i spissen, ikke ville gi seg på.

På denne tiden skulle sykepleierne gå med sykepleierdrakten helte tiden, de hadde innetider og hvis de ble gift måtte de gå ut av lønnet arbeid. Grunnen til at sykepleierne gikk med på dette var den sterke kalltradisjonen, søsterfellesskapet og «lønn» i form av takknemlige pasienter. En annen side var at det var mye interessant å lære faglig og arbeide med. I 1972 utførte sykepleierne en ulovlig streik for å bedre lønnen, få en mer regulert arbeidstid, opplæring og videreutdanning, barnehager og slutt på at sykepleierne må bo på internat under utdannelsen. Denne streiken førte til at styresmakten og folket fikk øynene opp for denne yrkesgruppen. De så hvor avhengig samfunnet er av sykepleiere og at helsetjenesten vil bryte sammen uten den. I 1986 overtok staten sykepleierskolene og undervisningen gikk inn i høyskolesystemet. På denne måten ble utdanningen flyttet fra sykehuset og pasienten til høyskoler og universiteter og drømmen om å bli en profesjon var nå nådd (Moseng, 2012, s. 181; Schiøtz, 2017, s. 332-345).

En profesjon rommer et kulturfellesskap, der medlemmene deler felles erfaringer, identitet og ofte også verdisyn. Ingen profesjoner kan utvikle seg isolert og uavhengig av hverandre. Det er i et system av profesjoner at profesjonene eksisterer og utvikler seg. I dette systemet søker alle å utvide kompetanse- og ansvarsfeltet sitt, og det er gjerne maktkamper om ansvar, privilegium og politisk innvirkninger (Schiøtz, 2017, s. 280). Gjennom analysen av empirien ser jeg at flere sykepleiere, flest med videreutdanning innenfor pediatri, uttaler seg om Nidcap. Til felles for dem alle er at de øker kompetansen og sitt ansvar innenfor omsorg for premature barn. Selv om det er flere sykepleiere enn leger som skriver eller uttaler seg om Nidcap, er det fortsatt få hvis vi tenker på hvor mange sykepleiere som jobber med

premature barn. I analysen kommer det frem at for å lykkes med å implementere Nidcap, så trenger avdelingen en positiv ledelse i ryggen og en tverrfaglig enighet om metoden som grunnlag for holdninger og praksis, hos både sykepleierne og legene (Ludvigsen et al., 2004, s. 38; Tomren, 2007, s. 61). Det som blir analysert frem er at det er ingen tverrfaglig enighet om denne metoden utad i det som skrives. Det er uenigheter i fagmiljøet om hvor stor effekt og betydning Nidcap har, en avdelingsleder har tre sykepleiere til utdanning for å bli Nidcap-observatør og dette måtte sykepleierne bruke 4 år på å få gjennomslag til å gjøre (Petersen et al., 2002, s. 9; Pettersen, 2001, s. 12). Det kommer også frem at ved implementering av Nidcap, så er det ikke spesielt stor motstand mot denne omsorgsmodellen, men endringer generelt (Vollebæk, 2000, s. 25). Hvis Nidcap blir tatt i bruk slik som den er planlagt vil det bli en stor endring i hvordan man jobber i hele avdelingen (jf. kap. 7.3).

De siste tiårene har det skjedd en gradvis utjevning i maktforholdet mellom legene og sykepleierne, selv om legene fremdeles står øverst på samfunnsstigen. Sykepleierne har fått mer kontroll over kunnskapsutviklingen, råderett over eget fag, fått større ansvar og utdanningen har blitt mer akademisk. Gjennom utdanningen blir vår tids sykepleiere «oppdratt» til ei selvbevisst og uavhengig profesjonell rolle. I dagens sykepleierhverdag er det et effektiviseringsjag. Tid og ressurser til å utøve det sykepleiere tradisjonelt er eksperter på er en mangelvare (Schiøtz, 2017, s. 346-347).

Selv om sykepleierne har fått mer kontroll og råderett over eget fag, trengs det en felles enighet om at det er Nidcap som skal brukes. Når ikke legene eller lederne viser interesse for Nidcap, så blir det en hard jobb for de få sykepleierne som er interessert i dette og få resten av sykepleierne med på laget. Årsaker som nevnes til at Nidcap er vanskelig å implementere er personalets holdninger, trange rom, stor utskiftning av personell og liten kunnskap (Vollebæk, 2000, s. 25). Sykepleiere må aktivt søke etter nye forskningsresultater og fremme fakta på arbeidsplassen for å øke interessen og motivasjon til å benytte denne metoden (Ludvigsen et al., 2004, s. 38). Men når det forsøkes over lenger tid, uten gjennomslag, så blir det vanskelig å opprettholde viljen og lysten om å få innført en slik omsorgsmodell. Ved tidligere uenigheter med leger og staten om hvordan vei sykepleiere ønsker at deres fag skal ta, har sykepleierne stått sammen for å få gjennom en forandring som de ønsker. Her ses det

at Nidcap som metode ikke er en felles retning alle sykepleierne ønsker at faget skal ta og det ender med at det ikke blir innført.

7.1.3 Oppsummering av posisjoneringer

Hos legene har det alltid foregått en kamp i feltet om prestisje og dominans. Legene blir sett på som en profesjon som er sterk og mektig og sykepleierne blir sett på som svakere og underordnet. Når legene velger å ikke engasjere seg i å få innført Nidcap som omsorgsmodell, sender dette et signal videre til de som leder avdelingen, men også de som er på «gulvet», altså sykepleierne. Selv om det er flere leger og sykepleiere som uttaler seg positivt til denne omsorgsmodellen, så gir ikke dette noe gjennomslag og Nidcap som metode blir ikke anerkjent av resten av fagmiljøet.

7.2 Ideen om Nidcap-modellen blir et alternativ

Ved å lese gjennom historien som er blitt skrevet frem om den moderne nyfødttmedisin og pediatrien i Norge (jf. kap. 1.6 og 1.6.1), ser man at det fra 1800-tallet og frem mot slutten av 1900-tallet handlet om overlevelse for de premature barna og hvordan legene og annet helsepersonell kunne bidra til overlevelse. Premature som var født før uke 25 i 1980 og tidligere fikk behandling, men overlevde ikke. Dette endret seg da de premature fikk steroider, surfaktant og fikk pustestøtte. Frem mot 80-tallet hadde teknologien utviklet seg og legene og sykepleierne kunne blant annet følge med på det premature barnets oksygen- og karbondioksidnivået i blodet uten å måtte stikke barnet (Saugstad, 2009, s. 20-24). I dag er ikke utfordringen lenger å holde liv i det premature barnet, men hvordan de skal få et bedre liv når de blir eldre (Hofstad, 2007, s. 21).

De premature barna ble på denne tiden sett på som et individ som ikke kunne kjenne smerter. De fikk ikke bedøvelse før kirurgiske inngrep, det var vanlig å binde de fast i sengen, stell ble gitt etter faste rutiner, det ble tatt mange blodprøver som betyr mange stikk, det var full belysning på avdelingene og mye støy. De premature barna hold hende sine foran øynene sine for å beskytte seg mot lys og skjøv unna ting som nært ansiktet deres (Hofstad, 2007, s. 20). Så man kan si at ved denne tradisjonelle pleien så bli barnet sett på som pasient, foreldre som besøkende og pleien er mer oppgave og rutineorientert.

Når den tyskfødte psykologen Heidelise Als, som var veldig opptatt av utvikling og samspillet mellom mor og barn, var på besøk hos en nyfødtintensivavdeling fikk hun en oppvekker da hun så hvordan legene og sykepleierne behandlet de premature. Det imponerende teknologiske utstyret som legene og sykepleierne var opptatt av, brydde ikke Als seg om. Det Als brydde seg om, var det at hun mente at helsepersonellet har mistet fokus på hvem babyen er. Babyen er ute av det økosystem det skulle vært i, altså livmoren, og den er i avdelingen uten sine foreldre. Denne opplevelsen til Als ble starten på utviklingen av omsorgsmodellen Nidcap (Hofstad, 2007, s. 20).

Som skrevet i kap. 1.7 utviklet Als Nidcap ut fra NBAS. NBAS undersøker som tidligere skrevet det nyfødte barnets respons til det nye livet utenfor livmoren. Den tester fullbårne barns kompetanse i forhold til fire ting; nevrologisk utvikling, barnets våkenhetsgrad, reaksjoner på undersøkelser og sosial kontakt med undersøkeren. Vi vet at premature barn er svært nevrologisk umoden og sårbare, så de tåler derfor mye mindre stimuli enn et fullbårent barn. I motsetning til den tradisjonelle pleien som ser på det premature barnet som en pasient hvor vi gjør vår jobb gjennom å være rutine og oppgaveorientert, så ser Nidcap på barnet som unikt og at alle barna har behov for individuell omsorg ut ifra deres modenhetsnivå og sårbarhet. Nidcap-metoden har fire grunnleggende prinsipper som omhandler at omsorgen skal være relasjonsbasert, man skal lære å forstå hvordan man skal observere det premature barnets signaler, omsorgen skal være individuell og den skal være familiesentrert (Kleberg, 2013, s. 50; Sandtrø, 2009, s. 60-61).

7.2.1 Oppsummering av Nidcap sin opprinnelse

Opprinnelsen av Nidcap kom ved at utviklingspsykologen Als opplevde at leger og sykepleiere ikke behandlet det premature barnet som kompetent og aktivt i sitt eget liv. De premature ble behandlet som pasienter som ikke kunne bestemme over sitt liv. Hun så på det premature barnet som unikt og som trengte en individuell omsorg, som ikke var preget av rutiner. Als startet da med å videreutvikle NBAS og endte opp med Nidcap som fikk fire grunnleggende prinsipper.

Når man behandler barnet etter disse fire grunnleggende prinsippene så kan det endre hvordan man strukturer behandlingen av premature og på hvilken måte den kan gjøre dette

vil jeg diskutere i kapitlet under (jf. kap. 7.3).

7.3 Hvordan strukturer Nidcap-modellen behandlingen til premature?

Når omsorgen blir i tråd med de fire grunnleggende prinsippene i Nidcap-modellen, så får det premature barnet en omsorg som bygges på relasjonen mellom barnet og omsorgsgiver. Pleien er i samspill med barnet og de signalene som barnet sender ut. På denne måten hjelper omsorgsgiveren barnet til å mestre situasjonene i det utviklingstrinnet det befinner seg i. For å kunne gjøre dette må pleieren ha kunnskap om hvordan man skal observere barnets signaler og forstå disse signalene. Da blir omsorgen individuell og pleieren ivaretar det at barnet er unikt og har ulike behov og reaksjoner på stimuli fra omgivelser. Videre er det familien som er den viktigste deltakeren i barnets liv, og pleierne skal derfor lære foreldrene til å observere barnet sitt i tråd med Nidcap, slik at de kan ta en del i omsorgen og være en naturlig del av omsorgsteamet (Sandtrø, 2009, s. 60-61).

Ved Nidcap-modellen har Als laget en modell som skal forklare utviklingen til barnet fra unnfangelse til det er ca. tre måneder. Den heter den synaktive modell og består av fem delsystemer:

1. Det autonome/fysiologiske systemet – viser hvordan barnet har det fysiologiske som respirasjon, puls, temperatur og lignende.
2. Det motoriske systemet – Handler om barnets kroppsstilling, tonus og bevegelser.
3. Det våkenhetsregulerende systemet – Handler om barnets veksling mellom våkenhet- og søvnstadier.
4. Systemet for oppmerksomhet og samspill – Handler om barnets evne til samspill med omverdenen.
5. Systemet for selvkontroll – handler om barnets medfødte mekanismer for å håndtere stimuli og komme i balanse.

(Kleberg, 2013, s. 51-52; Sandtrø, 2009, s. 61).

Under hver av disse delsystemene er det eksempler på hvordan barnet er når barnet er stabilt og har selvkontroll og når barnet er ustabil og har sviktende selvkontroll. Nidcap-modellen ser på barnet som en aktiv deltager for å kunne oppnå denne stabiliteten. I en tradisjonell avdeling styres rutinene av oppgaver som skal gjennomføres, sjekklister og

skjemaer. I en relasjonsbasert avdeling styres omsorgen utfra barnets og familiens behov (Kleberg, 2013, s. 59-62). Ved å tolke barnets atferd, om det er i balanse eller ikke, så kan pleien individualiseres ved at man tar hensyn til barnets modenhet, både sårbarhet og styrke. Hovedfokuset i omsorgen til det premature er medisinsk, som vil si hvordan barnet fungerer rent autonomt. Resten av systemene blir mer eller mindre overlatt til seg selv. Så får at omsorgen skal ta vare på alle systemene, ved en Nidcap basert omsorg, så får pleierne en utfordring med å balansere mellom nødvendig bruk av teknologi og klinisk bistand, og samtidig redusere unødvendig stimuli fra miljøet og pleierutiner i forhold til barnets atferd og medisinske tilstand (Sandtrø, 2009, s. 62-67). En avdeling som er basert på relasjonsbasert utviklingsstøttende omsorg gir barnet et eget pleieteam, inkludert det tverrfaglige teamet, for å kunne gi barnet og familien en individualisert omsorg. For å kunne gi en slik omsorg, må personalet bli kjent med både barnet og familien, samt kunne se endringer som skjer underveis (Kleberg, 2013, s. 61-62). Dette kan strukturere behandlingen med at sykepleiere ikke alltid kan badet barnet når de har planlagt eller skifte bleie til et visst klokkeslett. Hvis barnet har vært i ubalanse over lenger tid og akkurat har funnet balansen, så vekker man ikke barnet for å utføre prosedyrer eller rutinemessige tiltak. Samme gjelder leger, hvis barnet akkurat har funnet roen og stabilisert seg og legene kommer for å gjøre en visitt hvor de skal gjøre en rutinemessig undersøkelse. Så skal vi som omsorgsgivere ta hensyn til barnet og vente til det er klart for å bli undersøkt. Men dette gjelder selvfølgelig ikke hvis det oppstår noe akutt eller livstruende, da må omsorgsgiverne gjøre de tiltakene som skal til.

Med det som kommer frem i empirien så er det som nevnt i kap. 7.1.2 faglige uenigheter om Nidcap som fører til at denne omsorgsmodellen ikke blir implementert. I alle fall ikke i sin hele og full forstand, slik som den er lagt opp til. Med dette mener jeg at avdelinger velger å ta deler av Nidcap modellen inn i avdelingen sin (Hofstad, 2007, s. 23; Petersen et al., 2002, s. 9). Det kommer ikke frem hvordan de velger å ta ut deler av Nidcap-metoden. Med disse funnene fra analysen fra empirien, så strukturerer ikke Nidcap behandlingen av premature barn, bortsett fra nyfødtafdelingen i Ålesund. Der har de klart å implementere denne metoden. Sykepleierne og lege samarbeider om metoden, de har flere utdannede Nidcap-observatører og sykepleiere som er utdannet Nidcap-master (Thor, 2006, s. 18; Vederhus, 2008, s. 9). Hvilken måte andre nyfødtafdelinger enn Ålesund strukturerer sine behandlinger

av de premature kommer ikke frem i analysen av empirien.

7.3.1 Oppsummering av hvordan Nidcap kan strukturere behandlingen

Nidcap strukturer behandlingen ved Ålesund sykehus med at sykepleierne og legene må la barnet bestemme når de forskjellige oppgave som skal utføres, så lenge det ikke er noe akutt eller livstruende. Alt arbeid som sykepleierne og legene skal utføre skal være fra det modenhetsnivået barnet viser at de er i og som familien trenger. For å kunne gjøre dette må det være samme pleieteam som er på det samme barnet over tid, slik at de kan lære seg å kjenne og forstå signalene og endringene i signalene som barnet kommer med.

Nidcap strukturer ikke behandlingen av premature barn ved andre nyfødtavdelinger i Norge og det kommer ikke frem i analysen av empirien om hvordan andre nyfødtavdelinger strukturer sine behandlinger.

8.0 Avsluttende kommentar

Denne studien startet med en undring etter å ha vært i praksis og hatt sommerjobb ved en nyfødtavdeling. Jeg hadde gjennom studie opplevd at Nidcap var viktig for å kunne gi god omsorg til barnet og at avdelingens uttalte ambisjon var at vi jobber etter Nidcap-metoden. Når jeg begynte i sommerjobben, fikk jeg en 4-timers undervisning om Nidcap men ikke noe følgesdag med en slik sykepleier. Det fikk meg til å undre over hvor integrert denne modellen faktisk er i behandlingsmiljøet, som videre ledet til at jeg ønsket å se på hvordan posisjon denne behandlingsformen har i dag og hvordan sentrale agenter i behandlingen posisjonerer seg (jf. kap. 1.1).

Jeg fant ingen tidligere forskning om posisjoner som ble analysert fra en kultursosiologisk og praksisteoretisk vitenskapelig tilgang. Jeg ønsket derfor med denne studien til å bidra til forskning innenfor denne vitenskapelige tradisjonen. Denne studien er utviklet i en forskningstradisjon som søker om å forstå og forklare. Ikke komme med fremtidige endringer eller løsninger på de konkrete problemene som finnes i praksis. En slik endring er det først og fremst agentene i feltet som kan stå for. Studien sitt bidrag er å bevisstgjøre og

synliggjøre de forskjellige sidene av Nidcap.

Studien tok utgangspunkt i antagelsen at medisinsk utviklingen har endret oppfatning om behandling av premature barn og at sykepleiergruppen har interesse for å posisjonere seg innen dette området, hvor legene har det overordnede behandlingsansvaret (jf. kap. 1.2). Ved å se på historien om feltet nyfødtdedisin (jf. kap. 1.6) ser man tydelig at behandlingen av premature har endret seg i takt med utviklingen av nyfødtdedisin. Overlevelsen har blitt bedre og komplikasjonene mindre (jf. kap. 1.6 og 1.6.1).

Gjennom analysen kommer det frem at det ikke er noe doxa at Nidcap skal brukes som omsorgsmodell hos premature barn (jf. kap. 6.2.1 og 6.2.2). Legene viser liten interesse for Nidcap og gjennom historiseringen av legers posisjon vet vi at legene er de dominerende i feltet (jf. kap. 7.1 og 7.1.1). De som er dominerende i feltet har makten til å få ting til å eksistere (jf. kap. 2.4.4), så når legen viser så liten interesse utad for Nidcap er de i høy grad med på å sikre at Nidcap ikke får en plass i behandlingen av premature. På denne måten kan man si at de utøver en symbolsk makt over de sykepleierne som ønsker å få Nidcap innført. Gjennom analysen kommer det frem at det Nidcap som metode ikke er en felles retning alle sykepleierne ønsker at faget skal ta og det er en del faglige uenigheter om effekten av metoden (jf. kap. 7.1.2). Som skrevet i kap. 7.1.3 kan dette være for at legene velger å ikke engasjere seg i Nidcap og det sender ut signaler til de andre agentene som jobber med de premature. Legene har en større kapital enn sykepleiere og det er større sjanse for at legene kommer seirende ut av den sosiale kampen som foregår i feltet (jf. kap. 2.2.2 og 7.1). Noe som man kan se gjennom analysen og diskusjon av empirien at de gjør. Det er ikke nok at noen få leger og sykepleiere er positive til Nidcap. Det gir ingen gjennomslag for omsorgsmodellen og Nidcap som metode blir ikke anerkjent av fagmiljøet (jf. kap. 7.1.3). Siden legene og sykepleierne ønsker å dominere over sine egne felt (jf. kap. 7.1.1 og 7.1.2), får det meg til å undre over om at Nidcap ikke blir anerkjent som metode, siden den har sin opprinnelse fra en utviklingspsykolog.

Ved å lese om historien til Nidcap så har jeg lært at opprinnelsen av Nidcap kom av at en utviklingspsykolog ikke opplevde at leger og sykepleiere behandlet det premature barnet

som aktivt, kompetent og involvert i sin egen utvikling (jf. kap. 1.7 og 7.2.1). Videre så jeg på om denne modellen strukturerte behandlingen på noen måter. Det jeg fant ut gjennom analysen av empirien og ved hjelp av teori om Nidcap, var at Nidcap strukturer behandlingen av premature ved Ålesund sykehus, men ikke andre nyfødtafdelinger i Norge. Gjennom analysen kommer det ikke frem hvordan de andre avdelingene strukturerer sine behandlinger. Når Nidcap strukturerer behandlingen av premature så må legene og sykepleierne la barnet bestemme når de forskjellige oppgavene skal utføres, så lenge det ikke er noe akutt eller livstruende (jf. kap. 7.3.1).

På grunn av oppgavens omfang var det en del begrensinger som måtte settes og dette kan være med å påvirke resultatet av studien. Ved en større empiri kunne resultatet vært annerledes, men også kanskje det samme. Det hadde vært interessant og utført forskning ved å intervju agentene i dette feltet, for om mulig komme dypere inn i den subjektivistiske eller antropologiske dimensjonen av temaet. Jeg håper denne studien kan være med på å gi ny og brukbar kunnskap for de som leser den, men også til at den kan åpne opp for videre forskning om temaet.

Referanseliste

- Alver, B. G., Fjell, T. I. & Ryymin, T. (2013). *Vitenskap og varme hender: den medisinske markedsplassen i Norge fra 1800 til i dag*. Scandinavian Academic Press.
- Bing, R. (2008). Referat: Nidcap kongress, Ålesund, 10-12 juni 2008. *Tidsskrift for Barnesykepleiere*, 12(3), 15.
- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen: en sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Pax.
- Bourdieu, P. (2007). *Den praktiske sans*. Hans Reitzels forl.
- Bourdieu, P. (2008). De tre former for teoretisk viden. I S. Callewaert, e. al. & P. Bourdieu (Red.), *Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. Frydenlund.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. J. D. (2009). *Refleksiv sociologi*. Hans Reitzels forl.
- Bratlid, D. & Nordermoen, A. (2010). Behandling av svært for tidlig fødte barn de siste 40 år. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 130(11), 1127-1129.
- Callewaert, S. (1992). *Kultur, pædagogik og videnskab : habitus-begrebet og praktikteorien hos Pierre Bourdieu*. Akademisk forlag.
- Callewaert, S. (2014). Habitus. I L. B. Brønsted, C. Jørgensen, M. Mottelson & L. J. Muschinsky (Red.), *Ny pædagogisk opslagsbog* (s. 165-170). Hans Reitzels Forlag.
- Dahl, M. B. (2020). *Dagkirurgi - en helsepolitisk effektiviseringsstrategi? En praxeologisk registrantanalyse av statlige føringer for dagkirurgi, 1995-2020* [Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet]. <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmloi/handle/11250/2666964>
- Dahl, R. S. (2001). Reisebrev fra Lund i Sverige. *Tidsskrift for Barnesykepleiere*, 5(1), 11.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudium. (2020). *Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudium* (FOR-2020-01-03-21). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-21>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Frederiksen, J. (2016). *Tværfaglige velfærdsprofesjoner: Tværsamarbejde som en social praktik for den neoliberal velfærdsstats profesjoner* [Doktoravhandling]. Roskilde Universitet. [https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/56817859/Frederiksen J. 2015 Tv_rpr_ofessionelle_velf_rdsprofessioner.pdf](https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/56817859/Frederiksen_J._2015_Tv_rpr_ofessionelle_velf_rdsprofessioner.pdf)
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.).

Fagbokforlaget.

Hansen, M. N. & Ljunggren, J. (2021). Arbeiderklassen i Norge - definisjon, sammensetning og endring. I J. Ljunggren & M. N. Hansen (Red.), *Arbeiderklassen* (s. 35-60). Cappelen damm akademisk.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Henrichsen, T. & Andersen, R. D. (2007). 4. nordiske kongress om barn og smerter. *PAIDOS*, 25(1), 18-19.

Hindhede, A. L. & Larsen, K. (2019). Prestige hierarchies of diseases and specialities in a field perspective. *Social Theory & Health*, 17(2), 213-230. <https://doi.org/10.1057/s41285-018-0074-5>

Hofstad, E. (2007). Tolker prematursk. *Sykepleien*, 95(18), 20-23.

Hofstad, E. (2012). Den største blant de minste. *Sykepleien*, 100(7), 74-77.

Horne, R. (2016). *"Like barn leikar best" : ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengande barn og unge* [Doktoravhandling]. Universitetet i Bergen.

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt.

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

Kleberg, A. (2013). Familjecentrerad utvecklingsstödande vård enligt NIDCAP. I P. Lundqvist (Red.), *Omvårdnad av det nyfödda barnet* (s. 41-90). Studentlitteratur.

Kleberg, A. & Westrup, B. (2015). Utvecklingsstödande neonatalvård enligt NIDCAP. I H. Lagercrantz, L. Hellström-Westas & M. Norman (Red.), *Neonatologi* (2. utg., s. 473-483). Studentlitteratur.

Kristiansen, E. H. F. (2020). *Munnbindpraktikker ved kirurgiske inngrep: Et praxeologisk perspektiv* [Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet].
<https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2668063>

Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. I O. Hammerslev, J. Arnholtz Hansen & I. Willig (Red.), *Refleksiv sosiologi i praksis : empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu* (s. 173-189). Hans Reitzels forl.

Lie, A. K. (2019). Norsk barnemedisin i 100 år - de lange linjene. *PAIDOS*, 37(1), 22-25.

Ludvigsen, E., Szuts, E. E. & Bing, R. (2004). En god start på livet. *Sykepleien*, 92(9), 38-43.

Lund, J. H. (2003). Barneavdelingen i Fredrikstad. *PAIDOS*, 21(1), 7-8.

- Lunde, J. & Holte, K. (2019). Hundre år med norsk barnelegeforening. *PAIDOS*, 37(1), 14-19.
- Markestad, T. (2016). *Klinisk pediatri* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Markestad, T. & Halvorsen, B. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn (IS-1419)*. Sosial- og helsedirektoratet.
- Moseng, O. G. (2012). *Framvekst og profesjonalisering* (Bd. 1). Akribe.
- Petersen, K. A. (1989). Den praktiske sans - Sygepleiens skjulte prinsipper. I *Faglig Profil Serie 4* (12. utg.). Dansk Institut for Sundheds- og Sygepleieforskning.
- Petersen, K. A. (1996). Hvorfor Bourdieu? I: KA Petersen (red.), Fokus på Sygeplejen. *København: Munksgaard*.
- Petersen, K. A. & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab: hvad er det? : en diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. Forlaget Hexis.
- Petersen, N. B., Masdal, M. & Holmsen, R. (2002). Nyfødtavdelingen på Rikshospitalet. *Tidsskrift for Barnesykepleiere*, 6(1), 8-9.
- Pettersen, H. (2001). NIDCAP-observatør ved Rikshospitalet. *Tidsskrift for Barnesykepleiere*, 5(2), 12-13.
- Prieur, A. (2005). Objektivisering og refleksivitet - om Pierre Bourdieus perspektiv på design og interview. I M. H. Jacobsen, S. Kristiansen & A. Prieur (Red.), *Liv, fortælling, tekst - Strejftog i kvalitativ sociologi* (s. 109-132). Aalborg Universitetsforlag.
- Sandtrø, H. P. (2009). Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2: syke nyfødte og premature barn* (s. 57-79). Cappelen akademisk.
- Sandtrø, H. P., Solhaug, M. & Bjørk, I. T. (2007). Utprøving av Nidcap. *Sykepleien*, 95(15), 62-64.
- Saugstad, O. D. (2009). *Når barnet er født for tidlig*. Spartacus Forlag AS.
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse - landets styrke 1850-2003* (Bd. 2). Universitetsforl.
- Schiøtz, A. (2017). *Viljen til liv: medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid*. Samlaget.
- Thor, E. (2006). Referat fra neonatal sykepleiedag 8. november 2005 i Trondheim. *Tidsskrift for Barnesykepleiere*, 10(1), 17-18.
- Tomren, U. (2007). Færre senskader med Nidcap. *Sykepleien*, 95(15), 60-61.
- Vederhus, B. (2008). Referat fra Nidcap kongress i Ålesund 10-12 juni 2008. *Tidsskrift for Barnesykepleiere*, 12(2), 9.
- Vollebæk, L.-E. (2000). Forandringer krever tid. *Sykepleien*, 88(20), 25.

Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Tapir akademisk forl.

Økland, O. (2006). Barneavdelinga ved Ålesund sjukehus. *PAIDOS*, 24(1), 8-10.

Vedlegg

Vedlegg 1: Registrant

Skjema for kartlegging av forfattere av tidsskrifter og lærebøkene posisjon og disposisjon

Disposisjon	Indikator
Økonomisk kapital ²	<u>Øk.3p:</u> Agenter med årsinntekt fra 900 000 og oppover Eks: Legespesialist, klinikkssjef/leder og avdelingssjef/leder <u>Øk.2p:</u> Agenter med årsinntekt fra 600 000 opp til 900 000 Eks: Informasjonsrådgiver, journalist, spesialsykepleier, førsteamanuensis og forfatter <u>Øk.1p:</u> Agenter med årsinntekt opp til 600 000 Eks: Sykepleier
Kulturell kapital	<u>Ku.3p:</u> Agenter som er overleger, leger som har videreutdanning i neonatologi/pediatri, intensiv/pediatricsykepleiere med NIDCAP utdanning, forsker <u>Ku.2p:</u> Agenter som har en videreutdanning innfor intensiv/pediatri, fagsykepleier, førsteamanuensis <u>Ku.1p:</u> Agenter som er sykepleiere, men ikke har utdanning innfor pediatri/neonatologi
Sosial Kapital	<u>So.3p:</u> Agenter som kan påvirke hvilken omsorgsmodell som skal brukes på avdeling i stor grad <u>So.2p:</u> Agenter som kan påvirke hvilken omsorgsmodell som skal brukes på avdeling i middels grad <u>So.1p:</u> Agenter som kan påvirke hvilken omsorgsmodell som skal brukes på avdeling i liten grad

Nasjonale faglige retningslinjer

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2007	Trond Markestad ³ : Overlege (vært på både sykehus og kommune), barnelege, professor, forsker, forskningsrådgiver, forfatter innenfor det medisinske faget, leder av Rådet for legetikk og ledet og deltatt i arbeid for flere departementale	Nasjonale faglige retningslinjer fra Sosial- og helsedirektoratet	Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn

² Tall hentet fra www.utdanning.no og <https://sykepleien.no/2019/05/de-best-betalte-lederne-jobber-i-sykehus>

³ Posisjoner er hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barnelegeforening/Om-oss/nbfs-aresmedlemmer/trond-markestad-utnevnt-som-aresmedlem-av-nbf-2017/> da posisjoneringene ikke kommer frem i dokumentet

	<p>utredninger.</p> <p>Bjørg Halvorsen⁴: Fysioterapeut, jobbet kommunalt, barnehabilitering i spesialisthelsetjenesten, jobbet i Helsedirektoratet med utviklingsprosjekt innen barnehabilitering og strategiplan for habilitering og leder ved regionsentret for habiliteringstjenesten for barn og unge.</p>		
<p><u>Posisjoner til NIDCAP:</u> Av det agentene skriver om NIDCAP posisjonerer agentene seg positiv til bruken av det. Det er i hovedsak Trond Markestad som har skrevet dette dokumentet. Det kommer ikke frem noen uenigheter rundt NIDCAP. Men det skal sies at de skriver ikke bare om NIDCAP som tiltak. Andre tiltak som nevnes er blant annet musikkterapi, massasje og kengurumetoden (barnet ligger hud-mot-hud med foreldrene sine). Den dominerende stillingstakningen til NIDCAP er positiv.</p>			
<p><u>Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:</u> Øk.3 Ku.3p og So.3p = 9p</p>			
<p><u>Bakgrunn for skår:</u> Da det ikke kommer frem hvilke posisjoner agentene har når retningslinjen ble skrevet, er det vanskelig å vite hvilken kapital de hadde da sammenlignet med hva de har nå. På bakgrunn av dette er det de nåværende posisjonene som blir vurdert. Markestad har en lang karriere innenfor legeyrket med forskjellige ansvarsområder. Han har over tid opparbeidet seg mye kapital både innenfor det kulturelle og sosiale aspektet, som igjen fører til økt økonomisk kapital med mulighetene de kulturelle og sosiale posisjonene kommer med. Halvorsen har også overtid opparbeidet seg mye kapital som både har jobbet som fysioterapeut kommunalt og i spesialisthelsetjenesten og for Helsedirektoratet. Her blir Markestad mest vektlagt grunnet hans jobb med premature. Det kommer ikke frem som forteller at Halvorsen har jobbet med premature.</p>			
<p><u>Referanse:</u> Markestad, T. & Halvorsen, B. (2007). Faglig retningslinje for oppfølging av for tidlig fødte barn (IS-1419). Sosial- og helsedirektoratet.</p>			

Sykepleien, tidsskrift for sykepleie

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
---------	-----------------------	---------------	--------

⁴ Posisjoner er hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/rhabu#ansatte> da posisjoneringsene ikke kommer frem i dokumentet

2000	Lars-Eirik Vollebæk ⁵ : Informasjonsrådgiver i Norsk Luftambulansse	Informasjonsskriv	Forandring krever tid
<p><u>Posisjoneringer til Nidcap:</u> Dokumentet er positiv til Nidcap og det trekkes frem fordeler med å bruke Nidcap. Det kommer også frem årsaker til hvorfor det kan være vanskelig å implementere denne omsorgsmodellen både for sykepleiere og leger. Dette er årsaker som personalets holdninger, faktorer som trange rom, stor utskiftning av personell og liten kunnskap. Det kommer frem i dokumentet at motstand fra institusjonene/personellet ikke er spesielt stor mot Nidcap, men mot endringer generelt.</p>			
<p><u>Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:</u> Øk.2p, Ku.2p og So.2p = 6p</p> <p><u>Bakgrunn for skår:</u> Dokumentet handler om Kristin Myhres hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og ikke forfatters egne meninger. Jeg skårer derfor dokumentets kapitalskår etter Myhres kapital og ikke forfatter Vollebæk. Myhre har jobbet ved nyfødtavdeling som barnesykepleier fra 1984-1996 og som forsker/lærer ved Høgskolen i Østfold i etterkant⁶.</p>			
<p><u>Referanse:</u> Vollebæk, L-E. (2000). Forandring krever tid. <i>Sykepleien</i>, 88(20), 25.</p>			

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2004	Elin Ludvigsen: Barnesykepleier	Fagartikkel	En god start på livet
	Eva Elisabeth Szuts: Barnesykepleier		
	Randi Bing: Barnesykepleier		
<p><u>Posisjoneringer til Nidcap:</u> Agentene posisjoneres seg positivt til Nidcap. Agentene trekker frem studier som viser positive resultater på antall liggedøgn, behandlingstid på respirator, mindre forekomst av hjerneblødninger og bedre kognitiv utvikling. Agentene skriver at det er viktig at sykepleiere aktivt søker etter nye forskningsresultat og fremmer fakta på sin arbeidsplass, for dette kan øke interesse og motivasjon for å benytte denne metoden. En studie de har sett på konkluderer med at hver enkelt sykepleiers holdning til denne metoden, er avgjørende for å lykkes. Det er viktig med tverrfaglig enighet om metoden som grunnlag for holdninger og praksis, både hos sykepleiere og leger.</p>			
<p><u>Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:</u> Øk.2p, Ku.2p og So.2p. = 6p</p>			

⁵ Posisjoner er hentet fra <https://www.nettavisen.no/livredning/norsk/luftambulansse/livredningsrekord/s/12-95-1939243> da posisjonering ikke kommer frem i dokumentet

⁶ Posisjoner hentet fra <https://no.linkedin.com/in/kristin-myhre-451a1535>

Bakgrunn for skår:

Alle agentene er uten videreutdanning innenfor Nidcap, så derfor får de bare 2 poeng i kulturell kapital. I artikkelen de har skrevet kommer de med mye teori og studier om både Nidcap men også om premature generelt. Siden de ikke har Nidcap utdanning, er forskere eller fagsykepleier, så tenker jeg at de kan i middels grad påvirke hvilken omsorgsmodell avdelingen deres vil bruke.

Referanse:

Ludvigsen, E., Szuts, E. E. & Bing, R. (2004). En god start på livet. *Sykepleien*, 92(9), 38-43. DOI: 10.4220/sykepleiens.2004.0005

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2007	Unni Tomren: Barnesykepleier, Nidcap-master trener ⁷ og Nidcap-observatør	Fagartikkel	Færre senskader med Nidcap

Posisjoneringer til Nidcap:

Agenten posisjonerer seg positivt til Nidcap. Det trekkes frem positive forskningsresultater. Det kommer frem at ved en positiv ledelse i ryggen, kom miljøendringene raskt i gang når Nidcap ble innført. Avdelingen har på denne tiden fem Nidcap-utdannede og interessen og kunnskapen har vokst i hele staben i tillegg til en holdningsendring på hvordan de forholder seg til barnet. Det kommer ikke frem noen negative sider med Nidcap som omsorgsmodell eller holdninger til dette i avdelingen.

Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:

Øk.2p, Ku.3p og So.3p. = 8p

Bakgrunn for skår:

Agenten får en høy kapitalskår da hun har en videreutdanning i barnesykepleie i tillegg til at hun er observatør innfor Nidcap og en Nidcap-master. Hun har da hatt veiledere fra USA, som på den tiden var av Heidelise Als, som har utviklet Nidcap, og Karen Smith, som er direktør for utdannelsen innenfor Nidcap⁸. Ved å ha disse videreutdanningene har agenten stor kunnskap om premature barn sin anatomi, fysiologi og utvikling. Agenten kan med sin utdanning utdanne andre sykepleiere til Nidcap-observatører.

Referanse:

Tomren, U. (2007). Færre senskader med Nidcap. *Sykepleien*, 95(15), 60-61.

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2007	Hege Pettersen Sandtrø: Sykepleier og Nidcap-observatør Marit Solhaug: Fagsykepleier og forsker. Ida Torunn Bjørk	Fagartikkel	Utprøving av Nidcap

⁷ En NIDCAP-master er en som har kunnskap og skole til lære andre opp til å bli NIDCAP-observatør

⁸ Informasjon om Karen Smith er hentet fra <https://nidcap.org/nfi-certified-nidcap-nurseries/nidcap-certified-nurseries/>

	Førsteamanuensis		
<p><u>Posisjoneringer til Nidcap:</u> Agentene posisjoneres seg positivt til Nidcap. Det nevnes at studier indikerer at omsorgsmodellen kan ha positive effekter, men at det trengs flere studier på dens effekter. Det kommer frem at i deres fagmiljø er det uenigheter om hvor stor effekt og betydning Nidcap har, om det er gjennomførbart program og om det bør settes ressurser til dette. Til tross for disse uenighetene i deres fagmiljø, mener agentene at Nidcap er gjennomførbart og at ressursbruken totalt sett vil være liten i forhold til antatte utviklingsmessige gevinster hos barna.</p>			
<p><u>Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:</u> Øk.2p, Ku.3p og So.3p. = 8p</p>			
<p><u>Bakgrunn for skår:</u> Agentene får en høy sammenlagt kapitalskår da dokumentet består av både noen som har Nidcap-utdannelse, fagsykepleier og en førsteamanuensis. Disse har samlet sett en stor påvirkningskraft på hvilke omsorgsmodell som avdelingen skal ha fokus på.</p>			
<p><u>Referanse:</u> Sandtrø, H. P., Solhaug, M. & Bjørk, I. T. (2007). Utprøving av Nidcap. <i>Sykepleien</i>, 95(15), 62-64.</p>			

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2007	Eivor Hofstad: Journalist	Intervju	Tolker prematursk
<p><u>Posisjoneringer til Nidcap:</u> Dokumentet posisjoneres seg positivt til Nidcap. Forfatter har intervjuet Heidelise Als (skaper av Nidcap), samt Hege Pettersen Sandtrø (Nidcap-observatør), Lutz Nietsch (avdelingsoverlege ved nyfødtavd. Ålesund), Arild Rønnestad (seksjonssjef ved nyfødtavd. Rikshos.) og Liv Merete Reinar (forfatter av norsk rapport om oppsummert forskning av oppfølging av premature). Det kommer frem at Als, Sandtrø og Nietsch posisjoneres seg positivt til Nidcap. Rønnestad posisjoneres seg delvis positivt til Nidcap, det skrives at de skal se på hvilke deler av Nidcap-programmet som passer på deres avdeling og hvordan de skal ta med seg disse elementene videre. Det kommer ikke frem i dokumentet hvordan Reinar posisjoneres seg til Nidcap, men skriver at Nidcap er vist at det i alle fall ikke er farlig for barna.</p> <p>Det poengteres at det mangler store nok langtidsstudier som viser at det er vel anvendte ressurser å la sykepleier bruke 2 ½ år på å utdanne seg til observatør. Den systematiske oversikten i Cochrane er lunken til Nidcap's langtidseffekter, men korttidseffektene er godt dokumentert.</p> <p>Det skrives at i Norge og USA er Nidcap mer akseptert av sykepleiere enn av legene, ellers i Europa er det legene som er mest positive. Nietsch poengterer at han selv ikke har merket motstand fra norske leger, men heller mangel på aktivt engasjement. Sandtrø forteller at det er en faglig uenighet i miljøet og noen leger har satt seg for lite inn i hva modellen handler om.</p>			
<p><u>Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:</u></p>			

Øk.3p, Ku.3p og So.3p = 9p

Bakgrunn for skår:

Journalisten i seg selv ville ikke i denne sammenhengen fått noe høy skår, men grunnet de agentene hun har intervjuet får dokumentet den høyeste kaptials-kåren. Her har journalisten intervjuet skaperen av Nidcap, en Nidcap-observatør, en avdelingsoverlege, en seksjonssjef og en forsker fra kunnskapssentret. Alle disse har høy kulturell kapital, samt at deres meninger, nettverk og posisjon kan bidra til hva som blir innført som omsorgsmodell på avdeling.

Referanse:

Hofstad, E. (2007). Tolker prematursk. *Sykepleien*, 95(18), 20-23.

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2012	Eivor Hofstad: Journalist	Intervju	Den største blant de minste

Posisjoneringer til Nidcap:

Agenten posisjonerer seg positivt til Nidcap. Agenten i dette dokumentet er barnelege Rolf Lindemann. Han skriver at han mener Nidcap på mange måter er misforstått. At flere tror det betyr at de premature skal ha det helt mørkt og stille, men de trenger også lys og lyd for å utvikle seg.

Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:

Øk.3p, Ku.3p og So.3p. = 9p

Bakgrunn for skår:

Agenten som er i fokus i dette dokumentet er Rolf Lindemann som er barnelege/overlege, dr.med., spesialist i barnesykdommer og jobbet som neonatolog både ved Rikshospitalet og Ullevål⁹. Dette er en person som vil ha stor påvirkning med sin kapitaler til å påvirke hva som skal praktiseres samt at mange vil lytte til hva han har å si.

Referanse:

Hofstad, E. (2012). Den største blant de minste. *Sykepleien*, 100(7), 74-77.

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2015	Susanne Dietrichson: Journalist	Intervju	Forsker på for tidlig fødte

Posisjoneringer til Nidcap:

Agenten er positivt til Nidcap. Agenten i dette dokumentet er intensivsykepleier Bente Vederhus. Hun skriver at på avdelingen brukes Nidcap for å gi en familiesentret omsorg og pleie som er tilpasset barnets behov. De ønsker å styrke foreldre-barnrelasjonen, trygge foreldrene og fremme barnets utvikling.

Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:

Øk.2p, Ku.3p og So.3p. = 8p

Bakgrunn for skår:

Agenten som er i fokus i dette dokumentet er Bente Vederhus som er intensivsykepleier og førsteamanuensis. Hun jobber med Nidcap, men det kommer ikke frem i dokumentet

⁹ Posisjoner hentet fra <https://tidsskriftet.no/profil/rolf-lindemann>

om hun har noe utdanning innenfor Nidcap. Hun jobber som forsker så hun får derfor Ku.3p uansett. Hun jobber både på nyfødt ved Haukeland og som førsteamanuensis ved HVL (tidligere HiB, som det står i artikkelen), i tillegg til at hun er forsker. Grunnet dette tenker jeg at hun i stor grad kan påvirke hvilken omsorgsmodell avdelingen skal bruke.

Referanse:

Dietrichson, S. (2015). Forsker på for tidlig fødte. *Sykepleien forskning*, 10(3), 290-291.

Tidsskrift for Barnesykepleiere

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2001	Randi Synnøve Dahl	Leserinlegg	Reisebrev fra Lund i Sverige

Posisjoneringer til Nidcap:

Agenten posisjonerer seg positivt til Nidcap. Hun trekker frem forskning som viser positive resultater. Agenten er av den oppfatningen av at hvis Nidcap skal bli fremtidens omsorgsmodell for premature, så er man nødt å få med legestanden på laget. Agenten skriver at Nidcap er ønsket i USA pga. store økonomiske besparelser. Videre skriver hun at det er en stor økonomisk og samfunnsmessig gevinst at helsepersonell har Nidcap utdanning og det løfter kompetansen ved neonatalavdelingene rundt om i Norge, så hun skjønner ikke hvorfor det skal være så vanskelig å finne støtte til dette prosjektet.

Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:

Øk.2p, Ku.2p. og So.1p = 5p

Bakgrunn for skår:

Finner ingen posisjoner på denne agenten. Siden hun skriver i Tidsskriftet for barnesykepleiere, så kan man gå ut ifra at hun er barnesykepleier. Det at hun får publisere det hun skriver i tidsskrift for barnesykepleie gir henne legitimitet. Så derfor skårer hun 2 poeng både på økonomisk og kulturell kapital, men siden jeg ikke kan være helt sikker på hennes posisjoner så skårer hun bare 1 poeng på sosial kapital.

Referanse:

Dahl, R. S. (2001). Reisebrev fra Lund i Sverige. *Tidsskrift for Barnesykepleiere*, 5(1), 11.

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2001	Hege Pettersen: Sykepleier	Artikkel	NIDCAP-observatører ved Rikshospitalet

Posisjoneringer til Nidcap:

Agenten er positiv til Nidcap. Det skrives om forløpet til agenten for å bli en Nidcap-observatør. Agenten og to andre fra avdelingen skal ta utdanning, de har jobbet med dette temaet i 4 år før de fikk gjennomslag for utdannelsen. For å få gjennomført dette måtte de søke om økonomisk støtte fra fond samt studiepermisjon fra personalavdelingen med full lønn i et år. Dette pga. at avdelingen og sykehuset ikke hadde ressurser til å bevilge penger.

Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:

Øk.1p, Ku.1p og So.2p. = 4p

Bakgrunn for skår:

Som sykepleier havner agenten på det laveste innenfor økonomisk kapital, kulturelt sett er agenten fortsatt bare en sykepleier når artikkelen ble skrevet og ikke en Nidcap-observatør i tillegg. Sosialt får agenten middels grad av påvirkning, da hun (med to andre sykepleiere) allerede har fått avdelingen på å satse på utdanning av tre stykk men det er fortsatt en vei å gå for og få dette til å bli den primære omsorgsmodellen på avdelingen.

Referanse:

Pettersen, H. (2001). NIDCAP-observatører ved Rikshospitalet. *Tidsskrift for Barnesykepleiere*, 5(2), 12-13.

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2002	Nina Boye Petersen Marit Masdal ¹⁰ : Avdelingssykepleier, kvinneklinikken Randi Holmsen	Nyhetsartikkel	Nyfødtavdelingen på Rikshospitalet

Posisjoneringer til Nidcap:

Agentene posisjonerer seg positiv, de skriver at Nidcap fortsatt er et sentralt satsningsområde på avdelingen. De har tre sykepleiere på avdelingen som utdanner seg til observatører (som er nevnt i artikkelen ovenfor). Det som også skrives er at målsettingen for hvordan de skal bruke observasjonene og instruktørene etter at de er ferdig med utdanningen er noe de så vidt har begynt på.

Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:

Øk.2p, Ku.2p og So.3p = 7p

Bakgrunn for skår:

Finner ikke posisjon til Peteresen og Holmsen. Siden dokumentet er publisert i Tidsskrift for barnesykepleiere har det en legitimitet og man kan gå ut fra at alle eller noen av disse er barnesykepleiere. I tillegg så er Masdal avdelingssykepleier ved nyfødtavdelingen på Rikshospitalet, hun har da i stor grad mulighet til å påvirke hvilken omsorgsmodell som skal brukes på avdelingen.

Referanse:

Petersen, N. B., Masdal, M. & Holmsen, R. (2002). Nyfødtavdelingen på Rikshospitalet. *Tidsskrift for Barnesykepleiere*, 6(1), 8-9.

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2003	Bente Vang	Referat	Nidcap belyst som et smerteforebyggende tiltak

Posisjoneringer til Nidcap:

Referat fra barnesykepleierforbundets vårseminar. Her tas Nidcap opp som pleiemessig smertelindring/forebygging. Dokumentet posisjonerer seg positivt til Nidcap, men understreker at vi må ha forståelse av barnets utviklingsgrad for å kunne gi barnet

¹⁰ Posisjon er hentet fra <https://sykehushistorier.com/items/show/171> (25min) da posisjoneringene ikke kommer frem i dokumentet

individuell omsorg. Så skrives det om hva Nidcap går ut på i korte trekk, før referatet avsluttes med et sitat av Anna Karin «Vårt moralske ansvar er å vite så mye som mulig – og gjøre det beste vi kan av det vi vet».

Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:

Øk.2p, Ku.2p og So.2p = 6p

Bakgrunn for skår:

Referent Vang skriver i Tidsskrift for barnesykepleie og jobber selv ved barneavdelingen ved Hammerfest sykehus. Siden hun skriver i dette tidsskriftet og har deltatt på forbundets vårseminar, kan man anta at hun er barnesykepleier selv. I forhold til sosial kapital så vurderes dette ut fra dokumentet i seg selv og Vang sin kapital til sammen. Når denne omsorgsmodellen er en del av seminaret til barnesykepleieforbundet, så tenker jeg at de stiller seg positivt til omsorgsmodellen. Det kan være med å bidra til å få avdelingene til å vurdere denne modellen. Men siden at det også er intensivsykepleiere og vanlige sykepleiere som også jobber på en nyfødtavdeling, så er det ikke alltid nok at bare et forbund stiller seg positivt til dette, derfor før ikke dette dokumentet den høyeste skåren.

Referanse:

Vang, B. (2003). Nidcap belyst som et smerteforbyggende tiltak. *Tidsskrift for Barnesykepleiere*, 7(3), 7.

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2006	Eva Thor: Spesialsykepleier neonatal intensiv Ålesund	Referat	Referat fra neonatal sykepleiedag 8. november 2005 i Trondheim

Posisjoneringer til Nidcap:

Referatet er fra barnesykepleieforbundets neonatale sykepleiedag. Dokumentet posisjoneres seg positivt til Nidcap og mener at vi også burde bruke denne omsorgsmodellen i mottak. For å bruke dette i mottaket blir det sagt at man må arbeide rolig, men med effektive bevegelser, unngå støy, beskytte øynene mot lys, støtte barnet ved suging, intubering, veiing, forflytting, vurdere behov for smertelindring og ha barnet i et godt leie. Det snakkes om hvorfor Nidcap er viktig for det premature barnet, ikke bare i den vanlige omsorgen, men også nå barnet blir tatt imot i mottak. Det kommer ikke frem noen uenigheter rundt Nidcap. Det skrives at pleierne fra Ålesund var svært stolt av forelesningen av sine kollegaer og at Nidcap er godt integrert i Ålesund sin avdeling, siden både sykepleierne og lege tenker Nidcap og samarbeider om dette.

Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:

Øk.2p, Ku.2p og So.2p = 6p

Bakgrunn for skår:

Agenten som skriver dette referatet er spesialsykepleier som jobber ved en nyfødtavdeling. I tillegg så jobber hun ved den nyfødtavdelingen i Norge som har klart å innføre Nidcap i avdelingen sin. I forhold til sosial kapital så vurderes dette ut fra dokumentet i seg selv og Thor sin kapital til sammen, slik som i dokumentet over her.

Referanse:

Thor, E. (2006). Referat fra neonatal sykepleiedag 8. november 2005 i Trondheim.

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2008	Bente Vederhus	Referat	Referat fra Nidcap kongress i Ålesund 10-12 juni 2008
<p><u>Posisjoneringer til Nidcap:</u> Referatet er fra en Nidcap kongress i Ålesund. Dokumentet posisjonerer seg positivt til Nidcap. Ved denne kongressen var både skaperen av Nidcap, flere leger og sykepleiere som jobber med denne omsorgsmodellen. Disse var med på å holde foredrag for deltakerne som var kommer. Det kommer frem at deltakerne har forskjellige erfaringer med Nidcap, men interessen og behovet for faglig påfyll var en fellesnevner. Det skrives om at Nidcap som metode er blitt implementert i Ålesund hvor de har fem Nidcap-observatører, fem som er under utdanning til å bli det (deriblant en neonatolog) og at to av observatørene er under utdanning til å bli Nidcap-master. Dette med et mål om at Ålesund skal bli Norges Nidcap-senter i 2010.</p>			
<p><u>Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:</u> Øk.2p, Ku.3p og So.3p = 8p</p> <p><u>Bakgrunn for skår:</u> Agenten er intensivsykepleier og førsteamanuensis¹¹. Hun jobber som forsker så hun får derfor Ku.3p uansett. Hun jobber både på nyfødt ved Haukeland og som førsteamanuensis ved HVL (tidligere HiB, som det står i artikkelen), i tillegg til at hun er forsker. Grunnet dette tenker jeg at hun i stor grad kan påvirke hvilken omsorgsmodell avdelingen skal bruke.</p>			
<p><u>Referanse:</u> Vederhus, B. (2008). Referat fra Nidcap kongress i Ålesund 10-12 juni 2008. <i>Tidsskrift for Barnesykepleiere, 12(2), 9.</i></p>			

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2008	Randi Bing: Barnesykepleier	Referat	Referat: Nidcap kongress, Ålesund, 10.-12-06.2008
<p><u>Posisjoneringer til Nidcap:</u> Referatet er fra en Nidcap kongress i Ålesund. Referent starter med å fortelle om første Nidcap-seminar hun og tre kollegaer var på i 1994. Der ble de introdusert for en ny praksistenkning og en ny realitet i prematuromsorgen. Dette førte til at de reiste hjem med en ny forståelse, inspirasjon og en følelse av at det de så og opplevde i arbeidet med barna ble satt i system. 14 år senere er de på et nytt seminar og referenten skriver at det var et privilegium å få være til stede og oppleve engasjementet og kompetansen som var samlet, og få konkretisert den store utviklingen som de har vært en del av.</p>			
<p><u>Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:</u> Øk.2p, Ku.2p og So.2p. = 6p</p> <p><u>Bakgrunn for skår:</u></p>			

¹¹ Posisjoner hentet fra Dietrichson, S. (2015). Forsker på for tidlig fødte. *Sykepleien forskning, 10(3), 290-291*

Agenten er en barnesykepleier, det kommer ikke frem om hun har noe utdannelse innfor Nidcap selv om hun jobber med dette, hun får derfor bare 2 poeng for kulturell kapital.

Referanse:

Bing, R. (2008). Referat: Nidcap kongress, Ålesund, 10.-12-06.2008. *Tidsskrift for Barnesykepleiere*, 12(3), 15.

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2010	Ellen Marie Ingulfsvann: Barnesykepleier og Nidcap-observatør	Nyhetsartikkel	Inntrykk fra «Opening symposium of a new Karolinska NICU» 18. november og NIDCAP nettverksmøte 19. november 2009, Stockholm

Posisjoneringer til Nidcap:

Dokumentet posisjonerer seg positivt til Nidcap. Det skrives at familiesentrert tenkning startet tidlig på 70-tallet og at det har tatt alt for lang tid å komme dit vi er og ønsker å være i dag. Agenten skriver om hvordan avdelingen ved Karolinska er bygget opp og at de jobber etter filosofien om familiesentrert omsorg og utviklingstilpasset pleie og omsorg. Videre trekker agenten frem to studier som ble tatt opp under nettverksmøtet, Den ene studien var Edmonton-studien som konkluderte at ved Nidcap-basert pleie så har barna kortere sykehusopphold, mindre kronisk lungesykdom og bedre nevrologisk utvikling ved 18-årsalderen. Den andre studien av Leiden var en randomisert kontrollert studie som ser på effekten av utviklingstilpasset til barna. Studien kunne ikke dokumentere noen tydelige forskjeller på kontrollgruppen, men at det var en svakhet at alle barna i studien fikk pleie i samme avdeling og de Nidcap-stelte barna hadde anbefalinger for pleien hengende ved kuvøsen/sengen.

Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:

Øk.2p, Ku.3p og So.3p. = 8p

Bakgrunn for skår:

Agenten er en barnesykepleier som er nyutdannet som Nidcap-observatør. Hun får derfor 3 poeng innenfor kulturell kapital. Agenten er på besøk i Stockholm for å se hvordan de har utformet sin nye avdeling og hun har vært med på et nettverksmøte til Nidcap samtidig. Når avdelingen gir agenten mulighet til dette, vil jeg tenke at hun har en påvirkningskraft til om de skal bruke Nidcap i den avdelingen hun jobber på.

Referanse:

Ingulfsvann, E. M. (2010). Inntrykk fra «Opening symposium of a new Karolinska NICU» 18. november og NIDCAP nettverksmøte 19. november 2009, Stockholm. *Tidsskrift for Barnesykepleiere*, 14(1), 11-14.

PAIDOS, tidsskrift for barneleger

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
---------	-----------------------	---------------	--------

2003	Jan Henrik Lund: Avdelingssjef	Sykehusstafett	Barneavdelingen i Fredrikstad
<u>Posisjoneringer til Nidcap:</u> Dokumentet posisjonerer seg positivt til Nidcap, men skriver nesten ingenting om det. Det agenten sier om Nidcap er at avdelingen har vært en av pionerene innenfor Nidcap-behandling av nyfødte.			
<u>Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:</u> Øk.3p, Ku.3p. og So.3p. = 9p			
<u>Bakgrunn for skår:</u> Agenten er avdelingssjef for barneavdelingen i Fredrikstad. Det komme ikke frem om han er neonatolog, men siden han skriver i PAIDOS så kan man gå ut fra at han er en barnelege. Siden han er avdelingssjef så har han stor påvirkningskraft for hvilken omsorgsmodell avdelingen skal bruke.			
<u>Referanse:</u> Lund, J. H. (2003). Barneavdelingen i Fredrikstad. <i>PAIDOS</i> , 21(1), 7-8.			

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2006	Ove Økland: Avdelingssjef	Sykehusstafett	Barneavdelinga ved Ålesund sjukehus
<u>Posisjoneringer til Nidcap:</u> Dokumentet posisjonerer seg positivt til Nidcap. Det kommer frem at avdelingen har hatt et stimulerende samarbeid med en tilsvarende avdeling i Lund, med hospitering av neonatologer. Sykepleierstaben har gjennomsnittlig erfaring på 11 år og innføringen av Nidcap startet allerede i 1995.			
<u>Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:</u> Øk.3p, Ku.3p og So.3p. = 9p			
<u>Bakgrunn for skår:</u> Agenten er avdelingssjef for barneavdelingen i Helse Sunnmøre. Det komme ikke frem om han er neonatolog, men siden han skriver i PAIDOS så kan man gå ut fra at han er en barnelege. Siden han er avdelingssjef så har han stor påvirkningskraft for hvilken omsorgsmodell avdelingen skal bruke.			
<u>Referanse:</u> Økland, O. (2006). Barneavdelinga ved Ålesund sjukehus. <i>PAIDOS</i> , 24(1), 8-10.			

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2007	Thore Henrichsen: Randi Dovland Andersen:	Invitasjon til kongress	4. nordiske kongress om barn og smerte
<u>Posisjoneringer til Nidcap:</u> Dokumentet posisjonerer seg positivt til Nidcap. Det kommer frem at det kan være uenigheter rundt Nidcap med at det ikke alltid er en barneleges favoritt-tiltak. Agentene inviterer så videre til at kongressen kan være en mulighet til å lære mer om Nidcap.			
<u>Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:</u>			

Øk.3p, Ku.3p og So.3p = 9p

Bakgrunn for skår:

Henrichsen¹² er en pediater som har vært med på å bygge opp barneintensiven på Ullevål i sin tid. Det står ikke noe om posisjonen hans i Norsk Barnesmerteforening, men siden han skriver sammen Andersen går jeg ut ifra at han enten er nestleder eller styremedlem i foreningen. Andersen¹³ er sykepleier og forsker. I 2004 var hun med å danne Norsk Barnesmerteforening som hun var leder i fra 2005 til 2008. Deres samlede kaptial blir derfor høy.

Referanse:

Henrichsen, T. & Andersen, D. R. (2007). 4. nordiske kongress om barn og smerte. *PAIDOS*, 25(1), 18-19.

Fagbøker

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
1998 2005* ¹⁴ 2011* 2017** ¹⁵	Trond Markestad: Dr.med. og spesialist i barnesykdommer. Professor emeritus ved Den medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen, og forskningsrådgiver ved Sykehuset Innlandet HF. Har lang og bred klinisk erfaring med barn fra universitets- og lokalsykehus, og fra førstelinjetjenesten som kommuneoverlege, helsestasjonlege og skolelege. Randi Grønseth: Sykepleier med embetseksamen i sykepleievitenskap. Jobbet i flere år på barneavdeling. Tidligere høyskolelektor ved videreutdanning i barnesykepleie. Forlagsredaktør i sykepleieredaksjonen i Gyldendal Akademisk.	Lærebok	Pediatri og pediatriisk sykepleie

Posisjoneringer til Nidcap:

Agentene posisjonerer seg positivt til Nidcap. De starter med å skrive om premature barn modenhetsgrad av sentralnervesystemet og deres kapasitet til å tolerere stimuli. Videre skriver de at det kan være høy aktivitet på en intensivavdeling med mye lys- og

¹² Posisjoner hentet fra <https://fagbladetjournalen.no/jeg-kunne-ha-blitt-og-valgte-ga/>

¹³ Posisjoner hentet fra <https://sykepleien.no/2020/04/smerteskalaer-ma-brukes-i-en-sammenheng>

¹⁴ * Ny utgave

¹⁵ **Siste utgave

lydintrykk. Dette har intensivavdelingene tatt hensyn til med å innføre Nidcap. Så skriver de i korte trekk hva Nidcap går ut på. De skriver også at flere avdelinger har sykepleiere som er godkjente Nidcap-instruktører som observerer og ivaretar barna, samt veileder foreldre og resten av personalet.

Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:

Øk.3p, Ku.3p og So.3p. = 9p

Bakgrunn for skår:

Begge agentene har gjennom sin karriere opparbeidet seg en stor kapital. Når man ser på posisjonene de har til sammen så kan de ikke få annet et de høyeste skårene.

Referanse:

Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (4. utg.). Fagbokforlaget

Årstall	Forfatter og posisjon	Type dokument	Tittel
2016	Trond Markestad: Dr.med. og spesialist i barnesykdommer. Har lang og bred klinisk erfaring med barn fra universitetssykehus i USA, Canada og fra Haukeland universitetssykehus og lokalsykehus. Flere års erfaring som kommuneoverlege, helsestasjonlege og skolelege. Vært leder av Rådet for legeetikk i Den norske legeforening. Undervist i pediatri og medisinsk etikk for helsepersonell. Bred forskningserfaring og ble i 2012 utnevnt til ridder av 1. klasse av St. Olavs orden for sin innsats innen nyfødttmedisin. 2014 mottok han L. Meltzers høyskolefonds pris for fremragende forskningsformidling fra Uni. i Bergen. Professor emeritus ved Den medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen, og forskningsrådgiver ved Sykehuset Innlandet HF.	Lærebok	Klinisk pediatri

Posisjoneringer til Nidcap:

Agenten posisjonerer seg positivt til Nidcap. Han skriver at metoden bidrar til å redusere antall komplikasjoner og bedre det medisinske behandlingsresultatet fordi barna blir mindre stresset. Ellers skriver han kort om at dette er en metode hvor sykepleierne lærer seg å tolke den enkelte barns behov og innretter prosedyrer, ro og pleie etter det.

Dokumentets kapitalskår, basert på indikator:

Øk.3p, Ku.3p og So.3p. = 9p

Bakgrunn for skår:

Gjennom sin karriere innenfor helse har agenten bygget seg opp en stor kapital. Dette kan

ses gjennom agentens posisjoner som han har hatt gjennom sin karriere.

Referanse:

Markestad, T. (2016). *Klinisk pediatri* (3. utg.). Fagbokforlaget