



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	11-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	25-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MKS591 1 O 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	447
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	11916
----------------------	-------

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 *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	12
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei

MASTEROPPGAVE

Barn skjules i de voksnes klær? Children hidden in adults' clothes

Kandidatnummer: 447

**Master i Klinisk Sykepleie - operasjonssykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap Institutt for helse- og
omsorgsvitenskap 30 studiepoeng**

**Veileder Rolf Horne - førsteamanuensis ved HVL
Master i klinisk sykepleie Høgskolen på Vestlandet
Innleveringsdato 25.Mai 2022**

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

I arbeid med denne studien har jeg lært mye om operasjonssykepleiernes historie og politiske føring av studiet ved bruk av rammeplan, studieplan og pensumlitteratur. Kunnskapen jeg har tilegnet meg vil jeg bære med meg videre sammen med Bourdieu sine samfunnsteorier. Jeg har lært at de sosiale virkelighetene har flere nyanser enn jeg hadde sett for meg, både synlige og de mere tildekte. Jeg har gjennomføre dette studiet med god støtte fra mitt sosialt nettverk familie, venner, medstudenter og veileder, og har fått styrket min kulturelle og sosiale kapital. Jeg vil rette en takk til Tommy Fernandes som har gitt meg tilbakemeldinger og hjulpet meg med oversettelsen av sammendraget. Jeg vil rette en stor takk til alle dem og spesielt til min veileder Rolf Horne. Han har alltid vært engasjer, delt av all sin kunnskap og fått meg til å forstå og se ting på en ny måte, han har hatt tid og gitt raske og kloke tilbakemeldinger og motivert meg videre i skrivingen gjennom hele prosessen. Oppgaven markerer slutten på et 2 års studie i klinisk sykepleie med fordypning i operasjon med mastergrad. Til tider har prosessen med masteroppgaven vært utfordrende, men gjennom samarbeid med medstudenter, inspirerende møter og forelesninger med lærere har jeg fått positive tilbakemeldinger som har bidratt til økt motivasjon og skrive lyst. Jeg vil også rette en takk til min Onkel Jan Karl Tholfsen som er indremedisiner og min tante Aud Sølvi Tholfsen som er operasjonssykepleier. De har gitt meg gode innspill fra sitt kompetansefelt og gitt meg inspirasjon for skriveprosessen. De har fortalt historier fra barbertiden, om de barberende leger som startet å amputere ben, armer, fingre og tær under 1. Verdenskrig og at bedøvelse ikke var relevant, bortsett fra litt Whiskey. De fortalte at det var tannleger som ga første bedøvelse og at operasjon av barn ikke startet før anestesi kunne gis til barn. Hva som var de første og vanligste operasjoner av barn kunne de ikke svare på, men appendisitt var en av de operasjonene som ofte ble gjennomført da de startet karrieren på sykehus. De fortalte også at barnedødeligheten var stor da kompetanse ikke var god nok til å gjennomføre operasjon på barn før på 1950 tallet.

Sammendrag

I denne studien har jeg undersøkt hvordan det kan ha seg at rammeplan, studieplan og pensumlitteraturen posisjonerer seg som de gjør om barn og unge i utdanning i operasjonssykepleie. Operasjonssykepleie til barn og unge antas å være annerledes enn til

voksne. Dette innebærer i tilfelle at operasjonssykepleiestudiet har fokus på barn, og det særegne barn trenger i forbindelse med operasjoner, for at studenter skal opparbeide seg kunnskap på området. Bakgrunn for studien er mine erfaringer som tilsier at det er et marginalt fokus på barn og unge i utdanningen av operasjonssykepleiere, noe som fikk meg til å underes over hvorfor det er slik. Vilåårene for at fokuset på barn i denne utdanningen viser seg ikke å være undersøkt tidligere, noe som gav meg inspirasjon for å gjennomføre denne studien.

Studien er basert på en antakelse om at endringer i det norske samfunnet, i medisinen og i utdanningen kan ha betydning for hvilke fokus utdanningen setter på ulike aldersgrupper av pasienter. Formålet med studien er derfor for det første å beskrive, for så å forklare fokuset på barn i utdanningen for operasjonssykepleie.

Antagelsen er undersøkt i lys av Bourdieu sin praktikkteori hvor begrepene reproduksjon, habitus og doxa er sentrale for analysen samt de sosiokulturelle forhold jeg vil argumentere for har særlig relevans. Studien anvender praxeologisk analysestrategi og er basert på en registrantanalyse av rammeplan, studieplan og pensumlitteratur som omtaler direkte eller indirekte barn og unge til operasjon.

Analyse av Empirien viser at pensumlitteraturen omfatter barn og unge mer indirekte som pasient enn spesifikt som barn og unge. Det tyder på et etterslep i innholdet til utdanningen i operasjonssykepleie sett i lys av oppstart av kirurgien på barn og unge i Norge. Videre er utviklingen i den medisinske behandlingen som omhandler barn og unge til operasjon relevant. Undersøkelsen viser også at utdanningen domineres av et generalisert perspektiv hvor barn fortsatt kan være innskrevet i en historisk forestilling om å behandle barn som små voksne. Empirien viser da at når det mangler noe som omhandler barn og unge til operasjon fra myndighetenes sin side i rammeplanen er det lite å finne noe som direkte omhandler barn og unge til operasjon lengre nede i hierarkiet, med mindre det finnes noen sterke posisjoner som etablerer og klarer å slå igjennom slik som barnekirurgen Knutrud gjorde i starten av 1957, da barnekirurgien først kom til Norge.

Nøkkelord: Operasjonssykepleie, operasjon, utdanning, rammeplan, studieplan, barn, praxeologi, doxa og habitus

Executive Summary/ Abstract

As part of my thesis work, I have focused my research on how the framework plan, thesis plan and the curriculum literature are positioned as they are with regard to an education in Surgical Nursing especially for children and young patients as a group. Surgical Nursing directed towards children and young patients is considered to be different than for adults. It implies that Surgical Nursing education has a focus on children and the special expertise, experience and care children need in relation to operations. Students, as a consequence gather good knowledge in this field.

The background for my thesis work is reflected from my own experience that points to the fact that education in the field of Surgical Nursing has a very marginal focus directed towards children and young patients as a group. This made me wonder why it seemed to be this way. It showed that the conditions for the experienced lack of focus in this education have not been examined before, and as such inspired me to execute my thesis with such an aspect in focus.

The thesis work is based on an assumption that changes in Norwegian society, in Medicine, and in education could have had an effect on what kind of focus has been selected with regard to different age groups of patients. The purpose of the thesis is therefore primarily to describe and then explain about the focus on children as part of the education in Surgical Nursing.

The assumption made has been investigated by Bourdieu in light of his practice theory. Here it refers to terms like reproduction, habitus and doxa which are key factors in addition to socio-cultural relationships that will be part of my argumentation as being especially relevant. The thesis makes use of praxeological analysis strategy and is based on a registrant analysis of the framework plan, thesis plan and curriculum literature that reviews surgery of children and young persons, directly or indirectly.

The empirical observation shows that the curriculum literature includes children and young persons more indirectly as patients rather than being more specific as children and young persons. That suggests a lag in the content in the education of Surgical Nursing seen in the light of the start-up of surgery for children and young people in Norway in addition to the development of medical treatment of children and young persons leading up to surgery as a result. The survey shows that education is dominated of a generic perspective that encompasses children in a historical setting of considering children as young adults.

Further, the empirical observation can suggest a large gap in the education of Surgical Nursing, especially in light of when and where doctors started surgery on children and young persons. Please refer to (Chapter2.4) as to where and when Child Surgery started up in Norway as an established activity. There is a natural lag as it does take time to make change. It shows that there is a lag between documentation from authorities and what shows up in the textbooks. There is little or nothing that addresses surgery related to children and young persons from authorities. Similarly, in the framework plan nothing is referred to surgery of children and young persons. However, in 1957 the Child Surgeon Knutrud did make progress and established a breakthrough as Surgery for Children arrived in Norway.

Key Words: Surgical Nursing, surgery, education, framework plan, thesis plan, children, praxeology, doxa and habitus.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Sammendrag.....	1
Executive Summary/ Abstract.....	3
1.0 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn og undring.....	7
1.2 Min posisjon og disposisjoner for studien.....	9
1.3. Antagelse og undersøkelsesstrategi.....	10
1.3 Avgrensing	10
2.0 Historisering	11
2.1 Operasjonssykepleie – fra opplæring ved operasjonsbordet til masterstudie	11
2.2 Barn på sykehus før og nå - Operasjonssykepleie historie om barn og deres plass i samfunnet.	13
2.3 Barn i det norske samfunnet historisk sett.....	14
2.4 Kirurgisk behandling av barn	15
2.4.1 Viktige årstall innenfor barnekirurgien	16
2.5 Rommet der operasjonssykepleierne møter sykepleie til barn og unge med foreldre	17
3.0 Teoretisk forankring.....	18
3.1 Praktikkteori	18
3.2 Bourdieu; Doxa, habitus og reproduksjon.....	18
3.2.1 Doxa	19
3.2.1. Doxa hvor barn er nevnt i lærebøkene i operasjonssykepleie fra 1955 til 2018.....	20
3.2.2 Habitus.....	20
4.0 Metode.....	21
4.1 Dataproduksjon	21
4.2 Brudd	21
4.3 Registrantanalyse.....	22
4.1.1 Tabell 1; Registranttabell - eksempel	22
5.0 Analysere strategi.....	23
5.1 Praxeologiske studier fra tidligere.....	23
6.0 Etske vurderinger	24
6.1. Operasjonssykepleie data	24
6.1.1 Første sykepleiebøkene:	25
6.1.2 Lærebøker i operasjonssykepleie 2009 og 2018.....	25
6.1.3 Tabell av pensumbøker i Operasjonssykepleie	27
7.0 Rammeplan, studieplan og pensum.....	28
7.1 Rammeplan.....	28

7.2 Studieplan.....	28
7.3 Pensumlitteratur.....	29
7.3.1 Viktige bøker i operasjonssykepleieutdanningen	29
7.0.1 funn i Utdanningsplaner/Rammeplaner/studieplan og pensumlitteratur	31
8.0 Dokumentanalyse	32
8.1 Forskerens posisjonering til å imøtekomme barn, unge og foreldre til operasjon.....	33
9.0 Analyse del 1	34
9.1 Rammeplan 2005 som omhandler barn og barnekirurgi	35
10.0 Analyse del 2: Like lite om barn som forestillinger om kroppsstørrelsen.....	37
Oppsummering og diskusjon.....	41
Avsluttende kommentarer	42
Referanser	44

1.0 Innledning

Denne studien har undersøkt hvordan operasjonssykepleieutdanningen posisjonerer seg til barn og unge i alderen 0-18 år og hvordan det kan være at fokuset og innholdet i studien relatert til barn og unge er slik det er. Formålet med studien er å avdekke forhold som kan bidra til å forklare de sosiale praksisene som produserer og reproducerer fokus på barn og unge ved utdanning i operasjonssykepleie i Norge.

1.1 Bakgrunn og undring

Interessen for hva man lærer og blir eksponert for i utdanningen til operasjonssykepleie kommer dels fra egne erfaringer som student og fra personlige erfaringer som pasient og forelder til et barn som ble operert. Her har jeg erfart at det mangler kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse om å håndtere barn i møte med operasjonsavdelingen. Det gjelder for eksempel det å snakke med og instruere barn om det de skal være med på i forberedelsene til å innta operasjonsbordet. Barn og unge som skal til operasjon er forskjellige. De har ulike behov og håndterer ukjente situasjoner på ulike måter. Opplevelsen av å komme til operasjonsavdelingen, og måtte være i slusen før de kommer inn i et rom med mange lyder, sterkt lys, instrumenter og nye lukter kan være både skremmende og fremmed både for barnet og foreldrene. De fleste barn under 14 år har med seg en av sine foreldre inn i slusa og videre inn på operasjonsavdelingen. I tillegg møter de på ukjente mennesker som de skal relatere seg til i en kort men kritisk periode før de trilles inn til operasjonsstuen der det står enda flere ukjente mennesker iført frakker, hette og munnbind. Man kan vanskelig si at alle barn opplever det positivt eller trygt. Barn og unge har spesielle behov ved ulik alder, spesielt når vi ser det i sammenheng med sykdom og behandling (Syse, 2001). Det å gjøre barnet til et subjekt på operasjonsavdelingen hvor det ukjente dominerer og hvor de kan oppleve å ha kontroll og at det de er med på gir mening, har fått meg til å undres over hva utdanningen representerer som understøtter studenters læringsutbytte relatert til behandling og omsorg for barn i forbindelse med operasjoner. Til tross for et stadig større fokus på barns rettigheter og viktigheten av at barn blir behandlet forsvarlig ut fra deres utgangspunkt og forestående kirurgisk inngrep, og at det etter min oppfatning er lite fokus på sykepleie til barn og unge med foreldre i utdanningen i operasjonssykepleie, ønsker jeg å undersøke dette nærmere. Selv om det er utarbeidet en rekke prosedyrer og retningslinjer for hvordan man skal behandle barn

og unge på, ser det ut til at behandling av barn og unge før operasjonsstart blir praktisert på mange forskjellige måter. Studien tar ut ifra dette utgangspunkt i en undring over hvilke disposisjoner operasjonssykepleierne har mulighet for å utvikle gjennom utdanningen i operasjonssykepleie slik den tilbys i dag med utgangspunkt i studiets oppbygning og innhold. Denne undringen har videre ført til en antakelse om at preoperativ sykepleie til barn ikke vektlegges i forhold til hvor mange barn som utsettes for kirurgiske inngrep ved norske sykehus. Studien søker derfor svar på følgende spørsmål:

- Hvordan posisjonerer utdanning i operasjonssykepleie om barn?
- Hvordan kan det være at utdanningen posisjonerer seg om barn slik den gjør?

For å kunne svare på forskningsspørsmålet, har jeg valgt å se nærmere på det historiske perspektivet fra sykepleierutdanningen startet til operasjon søstrene fikk en egen utdanning frem til i dag. Hvordan lærer operasjonsstudentene å ivareta barn, unge og foreldre inn til operasjon? Hva står det i rammeplanen og studieplanen om barn og unge til operasjon og hvilken undervisning er vektlagt i studiet materialisert gjennom pensumlitteraturen. Hva man lærer i praksis ville også være interessant, men er ikke undersøkt i denne studien på grunn av omfanget for masteroppgaven.

Studien undersøker altså rammeplanen som er grunnlaget for operasjonssykepleierens høyere utdanning med Lov om høyere utdanning og høgskole. Rammeplanen omhandler ulike fagfelt og gir en oversikt som fastsetter bestemte hovedtrekk og fører til videreutvikling. For å fremme videreutvikling, arbeides det med retningslinjer innen helse og sosialfaget for å bedre sluttkompetansen til studentene.

Studieplanen beskriver oppbyggingen av studiet, mål, læringsutbytte og vurderingsformer i de ulike studiene, og forplikter seg til studentene og universitet, og er dermed å oppfatte som en operasjonalisering av rammeplanen.

Pensumlitteratur som er viktig for studentene for dette er deres læreverk de skal studere og arbeide med fra studiets start til slutt. En mer utfyllende beskrivelse av rammeplan, studieplan og pensumlitteratur kommer lengre ned i oppgaven i punkt 7.0 rammeplan, studieplan og pensumlitteratur.

For å undersøke dette, har jeg valgt å se på utdanningen fordi jeg antar at noe av det jeg har sett i arbeidet som student, sykepleier og nå som operasjonssykepleier som handler om barn,

unge og foreldre, antas det kliniske arbeidet som gjøres, kan ha noe med hvordan sykepleiere utdannes og hvilke disposisjoner de har opparbeidet seg gjennom utdannelsen med vekt på hvilke fokus utdanningen har på sykepleie som er særlig rettet mot barn, unge og foreldrene. Det vil si at jeg ikke undersøker de konkrete praksisene som utøves i klinikken. Jeg vil altså heller ta et steg tilbake fra den praktiske hverdagen, for å forstå og forklare hvordan det kan være at innholdet i rammeplaner og studieplaner, samt pensumlitteraturen for utdanningen i operasjonssykepleie posisjoneres slik de gjør med tanke på sykepleie til barn og unge som blir behandlet kirurgisk. Dette vil i neste omgang kunne si noe om hvilke disposisjoner operasjonssykepleierne utvikler gjennom studie og som orienterer dem i arbeidet med barn og deres foreldre når de er ferdig utdannet. Studien handler dermed ikke om tekniske forhold knyttet til selve operasjonen, men om grunnlaget studenter i operasjonssykepleie utsettes for i utdanningen og som ifølge Bourdieu bidrar til å orientere for deres praktiske sans for det arbeidet som gjøres når de er ferdigutdannet og møter barn og unge i forbindelse med operasjoner på operasjonsavdelingene. (Bourdieu, 2007).

1.2 Min posisjon og disposisjoner for studien

Jeg som gjennomfører denne studien, er ferdig utdannet spesialsykepleier i operasjonssykepleie i 2021 med 90 studiepoeng. Jeg er mor til 3 barn og har arbeidet som sykepleier i 6 år etter grunnutdanning i sykepleie innen jeg startet masterutdanningen i operasjonssykepleie høsten 2020. Studien her skal kvalifisere for en mastergrad i klinisk sykepleie.

Allerede som liten opplevde jeg at min søster ble syk, bare 2 år gammel fikk hun diabetes mellitus. Fra den dag og videre år var mine foreldre med henne på sykehus for å lære om sykdommen og medisinene. Jeg bodde da rundt omkring i Norge hos mine tanter, mens mine foreldre reiste rundt på ulike sykehus i Norge med min søster. Etter hvert som årene gikk og jeg vokste opp hadde jeg allerede da erfaring med å ta ansvar og å ta vare på andre mennesker rundt meg. Som 23 åring ble jeg mor for første gang. Som mor til et alvorlig sykt barn, og oppveksten jeg har hatt, har jeg erfart betydningen av hvordan helsepersonell møter barn. Jeg har erfart hvordan barnet og meg selv ble møtt av helsepersonell både i forhold til informasjon om selve inngrepet, leie på operasjons-bordet og hjelpe, forstå og støtte barnet mitt gjennom operasjonsforløpet. Som student ved bachelorutdanningen i sykepleie opplevde jeg dette fra en annen posisjon hvor jeg kom i kontakt med syke barn som var operert og var under

oppvåkning på en overvåking/intensivavdeling ved et mindre sykehus. Her erfarte jeg at barn ikke var det samme som små voksne og at deres behov for informasjon, kontakt, stell og pleie var særlig knyttet til alder og ikke minst til hvordan relasjonen til meg og det øvrige helsepersonellet utviklet seg under oppholdet på intensiv/overvåkningsavdelingen. Hvordan foreldrene var informert og hadde oversikt over behandlingsforløpet var også viktig med tanke på hvordan barna håndterte situasjonen. Jeg erfarte også at barn ble behandlet forskjellig av de mange sykepleierne, hvor noen var glade for å ha ansvaret for barna og fikk hurtig en tillitsfull relasjon til barnet og foreldrene, mens andre var mere opptatt av å ta ansvar for de voksne pasientene. Jeg har også erfart at foreldre ikke er en homogen kategori mennesker, noe som setter ekstra krav til hvordan man behandler barna og hva de ønsker og trenger av informasjon og hjelp til å sørge for omsorgen for barnet. Min posisjon er operasjonssykepleier og disposisjonene mine bærer jeg med meg historier som gjør at jeg er observant, kan tilpasse sykepleie til pasienter, med å differensiere det slik at barn ikke får den samme behandlingen som voksne.

1.3. Antagelse og undersøkelsesstrategi

Studien er basert på en antakelse om at innholdet og fokuset i utdanningen struktureres av en kombinasjon av samfunnsmessige og sosiale vilkår. Antakelsen handler om at fokuset i operasjonssykepleierutdanningen er rettet spesielt mot en arbeidsførende befolkning i alderen mellom 25 og 65 år. Det kan være en årsak til at barn i rammeplanen, studieplanen og i pensumlitteraturen har lite fokus. Studien undersøker denne antakelsen fra en praksisteoretisk posisjon inspirert av den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1930-2002) hvor habitus og doxa er sentrale analytiske begrep for å analysere frem forklaringer på hvordan det kan være at fokuset på barn er slik det er i utdanning for operasjonssykepleie.

1.3 Avgrensing

Studien er eksplorativ og retter seg altså både mot strukturen og om hvordan fokuset på barn materialiserer seg i utdanningen. Og handler dermed overordnet om hva det fra myndighetene sin side forventes at studenter i operasjonssykepleie bør eller skal lære og hva en utdanningsinstitusjon legger til grunn for at studentene eksponeres for i utdanningen rettet

mot barn og unge. Studien undersøker derfor myndighetenes rammeplan for operasjonssykepleie, en norsk utdanningsinstitusjons studieplaner og pensumlitteratur. Studien undersøker med andre ord hvordan en gitt utdanningsinstitusjon posisjonerer seg om barn i utdanning for operasjonssykepleie. I tillegg til at studien ikke handler om instrumenter, operasjonsteknikker eller grunnutdanningen, men om operasjonsutdanningen, hvilke fokus det er på barn og unge i denne spesialiseringen i sykepleie. Jeg vil se på spesifikke bøker rettet mot operasjonssykepleierutdanningen fra 1955 – 1978 – 2009 og 2018. Operasjonssykepleie i over 40 år blir også prioritert da utdanningsplanen fra 1952 er beskrevet, utdanningsplanen fra 1952 ligger ikke i NSF-LOS dokumenter, og har muligens gått tapt. Resterende bøker som vist i tabell 6.3.1 faller utenom og tilhører mer bachelorutdanningen og vil ikke bli prioritert.

2.0 Historisering

En historisk framstilling av operasjonssykepleierutdanningen fra opplæring ved operasjonsbordet til masterstudie skal bidra med å avdekke fokuset på barn og unge i utdanningen, og er derfor relevant for å finne svar på forskningsspørsmålet.

2.1 Operasjonssykepleie – fra opplæring ved operasjonsbordet til masterstudie

Den første operasjonssykepleierutdanningen startet i Norge i 1930- årene. På verdensbasis var det Florence Nightingale som startet operasjonssykepleierutdanningen i slummen av London på 1800 tallet og i USA var det oppstart 1876. Det har vært en omfattende utvikling fra å være en sykehusintern utdanning og frem til i dag da utdanningen er en master/videreutdanning på høgskole og universitetets nivå. I 1868 ble opplæring av operasjon-/narkosesøster gitt i sykepleierutdanningen i Norge av Cathinka Gulberg. (Strømskag, 2002).

Operasjonssykepleierutdanningen var i lang tid dårlig strukturert og startet opplæring av sykepleiere ved prøving og feiling derav «learning by doing». Det var ikke systematisert, og opplæring ble gitt under arbeid. Høsten 1912 engasjerte Ullevål-søster Bergljot Larsson seg i å danne en stiftelse for sykepleiere. Hun vendte seg til sykepleiere i de største norske byene med et spørsmål om de ville komme til Kristiania for å delta i stiftelsen Norsk Sykepleier Forbund (NSF). Larsson var «formann» til i 1936 og ble etter hvert redaktør i Sykepleieren, et tidsskrift for sykepleiere. Her jobbet hun frem til 1947 (Schiøtz A. , 2017). NSF jobbet med å

få lik utdanning og hovedmålet var en 3 års utdanning med like retningslinjer, økonomi for de med sykepleieutdanning, videreutvikling og faglig fremgang og opptakskrav til sykepleiestudiet. Legene ble interessert i å samarbeide med sykepleiere med kompetanse og 3 års utdanning. Først i 1948 kom spørsmålet om offentlig godkjenning og lov om sykepleieutdanning (Schiøtz, 2017). I 1950 skrev Pløen i tidsskriftet Sykepleien at spesialisering krevde mer teoretisk undervisning, læretid på 12 måneder, og nevner arbeidet med utdanningsplanen. Teori og praksis måtte foregå på en operasjonsstue med godkjente sykepleierskole tilknyttet sykehus (Pløen, 1950). I 1952 ble utdanningsplanen utarbeidet av Norsk Sykepleierforbunds utdanningskomite (Høiland, 1996). Det var den første utdanningsplanen som stilte krav om å bli spesialelev, man måtte da ha offentlig godkjent sykepleierutdanning og ett års praksis for å bli autorisert, eller jobbe som narkosesykepleier eller på spesialavdelinger (Høiland, 1996). Utdanningen måtte planlegges «systematisk og skolemessig», og det stiltes krav om en instruksjonssykepleier på operasjonsavdelingene som skulle ha spesialelever (Pløen, 1950). I 1958 ble det enighet om at anesthesiutdannelsen måtte bygge på operasjonsutdannelsen, men at operasjon og anestesi var to forskjellige spesialiteter (Høiland, 1996). I 1975 ble utdanningsplanen revidert og kom med en klar sykepleierprofil og operasjonssykepleierens funksjon var klart definert. Den ble godkjent av Norsk Sykepleierforbunds hovedstyre i 1976. Ved utarbeiding av utdanningsplaner til operasjonssykepleie ble det satt krav til en tydelig sykepleierprofil og et større pasientfokus i nyere tid. Det gjenspeiler seg i utdanningsplanen fra 1976, der operasjonssykepleie opp gjennom tiden har blitt sett på som et instrumentelt og teknisk yrke. Ser vi på utdanningsplanen viser det at fokuset er individuell omsorg og pasientrettet sykepleie (Høiland, 1996). Utdanningsplanen ble revidert i 1983 og arbeidet med å revidere funksjonsområdet og stillingsbeskrivelse til operasjonssykepleiere ble lagt frem på generalforsamlingen i 1987 (Høiland, 1996). I 1998 vedtar stortinget at bedriftsinterne videreutdanninger skal overføres til høgskolene. Utdanningene ble flyttet ut av sykehusene og over til høgskoler og universitet (NSFLOS, u.a). I 1999 kom den første rammeplanen for videreutdanningen i operasjonssykepleie og den blir igjen revidert i 2005 er nå fremdeles gjeldende (NSFLOS, 2015). I 2007 ble operasjonssykepleieutdanningen til en ordinær høgskoleutdanning med rammefinansiering (NSFLOS, 2015) Høsten 2021 kommer RETHOS 3. (lovdata.no, 2021).

Helhetlig sett har hele studiet hatt en bratt læringskurve på en positiv måte. Fra å stå som ferdig utdannet operasjonssykepleier til nå å skrive master har gitt mere innsikt i hvor viktig forskningsprosjektet er. Ifølge rammeplanen for videreutdanning i operasjonssykepleie må alle operasjonssykepleiere i Norge ha autorisasjon som sykepleier og videreutdanning i akutt og/eller kritisk syke mennesker og med fordypning i operasjonssykepleie (Forskrift om krav til mastergrad, 2005). Videreutdanning som operasjonssykepleie, gir kompetanse til å arbeide i operasjonsavdelinger, kirurgiske poliklinikker og dagkirurgiske enheter. Som operasjonssykepleier har man struktur og full kontroll over alle instrumentene. Gjennom arbeidet med denne studien har det med fokus, kontroll og struktur vist seg å være viktig (Forskrift om krav til mastergrad, 2005). Videreutdanningen i operasjonssykepleier med master i klinisk sykepleie gir kompetanse til å utføre oppgaver ved å assistere kirurgen ved undersøkelser, under kirurgiske inngrepet og koordinere driften under inngrepene samtidig som man opprettholde det sterilt miljø under hele inngrepet. Andre viktige oppgaver er forebygging av hypotermi, infeksjoner og leiringsskader (Eide & Dåvøy, 2018, s. 28).

2.2 Barn på sykehus før og nå - Operasjonssykepleie historie om barn og deres plass i samfunnet.

Pensumbøker omhandler barn på sykehus først på midten av 1900 tallet (Sundal, 2014). Derimot er det særlig fokus på epidemiske sykdommer. Levevilkårene på den tid var noe helt annet enn de er i dag, og levealderen var rundt 40 år. Spedbarns død og barnedød var også høyt på denne tiden. Og pandemiene som syfilis og tuberkulose bidro til en rask oppbygging av sykehus og helsevesenet i hele Norge (Bjorvatn & Danielsen, 2022).

Barn kom inn i et systematisk vaksinasjonsprogram allerede i 1810 med koppevaksinen, men ikke før etter 2. verdenskrig kom flere vaksiner inn i barnevaksinasjonsprogrammet (Stålcrantz, 2008).

Den store utbyggingen av sykehus som kom under tuberkulose utbruddene kom godt med da spanskesyken slo til for fullt og rammet Norges befolkning ved 1918 -1920 tallet.

Spanskesyken ble kjent til å være et influensavirus som kom i flere omganger. I Norge døde rundt 15000 mennesker og svært mange av dem var barn og unge. Ettervirkningene av viruset

utviklet seg til bakteriell lungebetennelse og difteri, gjorde barn og unge alvorlige syke (Borza, 2001).

Det er som sagt meget sparsom dokumentasjon tilgjengelig om hvordan barn og unge med foreldre ble behandlet på sykehus under denne perioden og frem til 1940 årene. I følge Sundal (2014) er temaer som omhandler barn, unge med foreldre stort sett fraværende i fagbøkene i sykepleie før 1940. Etter 1940 og frem til nåtid er det fortsatt lite som omhandler barn, unge og foreldre på sykehus (Sundal, 2014). Allerede ved 1950- tallet oppdager fagfolk at barn alene på sykehus hadde pådratt seg psykiske påkjenninger under oppholdet. Konsekvensene for barna førte til blant annet sengevæting, søvnproblemer, angst og apati. Foreldrenes tilstedeværelse og barns aleneværelse på sykehus gir uttrykk for den tidens syn på barn. (Hernæs, 2018). Ikke før på 1970- tallet ble det et større gjennombrudd om å la foreldre ta del i pleien av syke barn på sykehus, dette var med på at sykehusene kunne utføre andre oppgaver mens foreldrene tok seg av barnet. I 1980 ble det mer normalt å følge barn og unge på sykehus (Hernæs, 2018). Slik er det fremdeles.

2.3 Barn i det norske samfunnet historisk sett

Oppvekst handler om forming og utvikling av hvordan et individ er og blir i samfunnet. Oppvekst som utvikling oppfattes gjerne som kompetanse, refleksjonsevne og som gir barn tilpasningsevnen til samfunnet og til livet (Barne- og familiedepartementet, 1994). Historisk sett vet vi at ved 1800- tallet var barn ned i 7 års alderen sett på som en liten voksen og måtte hjelpe til med arbeid på lik linje som de voksne (Mohn, 2000). I etterkrigstiden og frem til 1960 årene ser vi at mor er hovedpersonen i barns liv, hun blir her barnets samhandlingspartner frem til skolealderen. Husmor familien blir sett på som et stabilt hjem med sentrert oppvekst som har særpreg og kvalitet. Etter hvert blir det vanskeligere å realisere husmor familien da samfunnet blir preget av at begge foreldrene arbeider, oppblomstringen av skilsmisser øker, nødvendigheten med oppstart av barnehager og fritidshjem blir en nødvendighet for at hverdagen skal gå rundt (Barne- og familiedepartementet, 1994). Fra 1981 – 1995 har sentrale temaer om Barnevern, seksuelle overgrep mot barn, ungdomspolitikken den generelle og spesifikke, barnehager, opplæring, minoriteter, samiske barn og ungdom, innvandrerbarn og ungdom vært i fokus. 1991 blir FN`s barnekonvensjon anerkjent i Norge, det betyr at Regjeringen og Stortinget forpliktet seg til å følge den opp. Myndighetene har forpliktet seg til å sende inn en rapport til FNs barnekomite` hvert femte år

om barns situasjon. (Barnekonvensjon, 1991). I 1994 – 1997 sender Norge langtidsprogrammet og Norges rapporten til FN om Barnekonvensjonen. Utviklingen har bidratt med at barn blir raskere selvstendige, har mere krav til foreldrene, fritid og nærmiljøet og står mer frem som et selvstendig individ. Barn er under rask utvikling og må forstås i sosial læring, biologisk modning og det må tas hensyn til kompetanse i utdanningssamfunnet. Den sosiale kontakten med foreldrene, med andre barn og mulighetene for utfoldelse via lek er viktig for fremtiden (Barne- og familiedepartementet, 1994).

2.4 Kirurgisk behandling av barn

Barn og unge som har behov for kirurgisk behandling og oppfølging er ofte på grunn av medfødte misdannelser, infeksjoner, kreftsykdommer, traumer eller sykdommer i øyne, øre, nese, hals og kjeveområde, nevrokirurgisk behandling eller trenger plastikk-kirurgisk behandling (Dåvøy, Eide, & Hansen, 2018) I Norge blir barn og unge i alderen 0 til 18 år undersøkt og behandlet av kirurger med eller uten kirurgiske spesialiteter. Halvparten av Kirurgisk behandling av barn er planlagte innleggelser, resterende kommer som øyeblikkelig hjelp. (Dåvøy, Eide, & Hansen, 2018).

Kirurgi av Barn og unge er ofte utfordrende, og har et stort aldersspenn og har ulike inngrep med ulike forberedelser. Barn og unge behandles elektiv eller akutt innenfor ulike organiseringer av behandlingen og utføres under innleggelse eller som dagkirurgi (Dåvøy, Eide, & Hansen, 2018, s. 89).

Utviklingsmessig er barn i en annen kategori enn voksne og skiller seg ut på flere måter. De viktigste forskjellene er den kognitive utvikling, temperatur regulering, respirasjon, væskebalanse, sirkulasjon og metabolisme (Henneberg & Hansen, 2015).

God kirurgisk forberedelse av barn og unge gjør dem tilpasningsdyktige under oppholdet og foreldre er mindre engstelige og mer fornøyde på barnets pre og post operative forløp (Dåvøy, Eide, & Hansen, 2018).

For barn, unge og foreldre oppstår det ofte en stressende opplevelse i det operasjonen klargjøres. Inngrepet i seg selv er ikke alene om å fremkalle redsel og angst, men også alt rundt inngrepet. De fremmede luktene, lydene, lyset og menneskene som farer rundt i rommet tildekket med munnbind og hette. Opplevelser foreldre bærer med seg eller usikkerheten rundt

inngrepet og hva utfallet av operasjonen blir er med på å påvirke barns opplevelser om operasjonen og påvirker barns trygghet, redsel og angstsituasjon. (DeMasto & Snell, 2013).

Barn, unge og foreldre har behov for å vite at de får tilstrekkelig informasjon, og at informasjonen blir gitt på barns nivå ut ifra tidligere erfaringer alder og modenhet. De vil også sikre seg at de er i kompetente hender når de kommer til operasjon (Helse og Omsorgsdepartemanget, 1999).

2.4.1 Viktige årstall innenfor barnekirurgien

1957	Starten på barnekirurgi i Norge
1959	Barnekirurgi og generell kirurgi skilles
1960	Oppgradering med flere senger og mer personell
1962	Egen Barnekirurgisk avdeling
1973	7. juli oppstart av Barnekirurgisk forening
1979	Barnekirurgisk avdeling trenger dedikert legepersonell og barnesykepleiere
1979	Forklaring om ulike typer inngrep
1980	Rikshospitalet skrev medisinsk historie da siamesiske tvillinger blir skilt fra hverandre. De var sammenvokst fra bryst til føttene. De skiltes uten komplikasjoner før, under eller etter inngrepet.

For å kunne forklare hvordan og hvorfor sosiale fenomener oppstår og forandrer seg, må man se på historien. Kirurgisk behandling av barn blir i dag utført av kirurgiske leger der noen har spesialkompetanse innen barnekirurgi (Lundar, 2020). I Norge fikk vi vår første barnekirurgisk avdeling i 1962 med professor Ola Knutrud som pioner. Dette satte Norge på verdenskartet innenfor barnekirurgien (Kutzsche & Kutzsche, 2017). Knutrud jobbet ved Rikshospitalets barnekirurgiske avdeling og var overlege og professor i medisin (barnekirurgi) ved Universitetet i Oslo fra 1970 til 1986.

I 1957 var starten på barnekirurgi i Norge og bestod da av 6 senger ved rikshospitalet. I 1959 mente Knutrud at det var et stort behov å skille generell kirurgi og barnekirurgi, da hadde de verken operasjonsstue for barn eller barneavdeling. Barn som var nyopererte ble trillet via de gamle underjordiske tunellene for å komme til barneavdelingen som på den tid lå på et annet sted på sykehusområdet. Det var tre forhold som talte for egne barneavdelinger, barn er ulike voksne, og er organismer som reagerer på særegne måter og har spesielle sykdomskomplekser. Utslagene kommer ved alder og størrelse til pasienten og pasientens utvikling og forståelse av sin sykdom (Kutzsche & Kutzsche, 2017). Terapiformer som brukes i barnemedisin kan ofte ikke benyttes på lik måte hos barnekirurgiske pasienter (Kutzsche & Kutzsche, 2017). Etter hvert innså myndighetene viktigheten med at barn som var operert fikk ligge på barnehospitalet på lik linje med barn som fikk indremedisinsk behandling (Kutzsche & Kutzsche, 2017). I 1973 den 7. juli ble Den Norske Barnekirurgiske Forening (NBKF) ved Rikshospitalet grunnlagt (Norsk barnekirurgisk forening, 2008). I 1979 kommer det frem at barnekirurgi som eget fag trenger dedikert legepersonell og barnesykepleiere for å kvalitetssikre det barnekirurgiske arbeidet (Kutzsche & Kutzsche, 2017). Livstruende “anleggsanomalier” og om viktigheten av gode anestesi- og postoperative tjenester (Kutzsche & Kutzsche, 2017)- Barnekirurgi har her i landet vært en egen spesialitet siden 1963 og er dermed den eldste kirurgiske spesialiteten i Norge og det er takket være professor Ola Knutrud (Kutzsche & Kutzsche, 2017).

2.5 Rommet der operasjonssykepleierne møter sykepleie til barn og unge med foreldre

Slusen er det fysiske rommet der operasjonssykepleiernes møte med barn starter, de sosiale praksisene her handler om å forberede pasienten og kontrollere for rutiner og prosedyrer som er foreskrevet før utført operasjon, uansett hvilke inngrep pasienten skal til (Almås, 2005).

Et eksempel, som viser utfordringer som krever kompetanse om barn er forståelse og løsninger rundt kropp, intimitet og hygiene. For eksempel vil det å ta dynen vekk blottlegge barnet, det anbefales da å legge et operasjonslaken over barnet før barnet legges over til operasjonsbordet.

Det blir også gitt nødvendig informasjon i slusen, mellom sykepleiere fra post til spesialsykepleiere og pasient eller pårørende som kan bekrefte eller avkrefte informasjonen

som blir gitt. Det blir også sjekket om medikamenter som skal gis før operasjon er gitt eller ikke, da med spørsmål rettet mot pasient eller pårørende (Almås, 2005).

Det som hender i slusen og har relevans og betydning for barn før operasjon, viser viktigheten med å identifisere og ha kunnskap for det som mangler i utdanningen når det gjelder barn. Det er viktig at vi som operasjonssykepleiere i samtale med foreldre har en særlig oppmerksomhet for hvilke problemer som kan oppstå hvis barnet blir gjort til et objekt eller til en tredje person i samtalen mellom operasjonssykepleier og foreldrene.

3.0 Teoretisk forankring

Studien er som tidligere introdusert inspirert av Bourdieus praksisteori med tilhørende analytiske begreper doxa, habitus og reproduksjon som i det følgende blir beskrevet.

3.1 Praktikkteori

Studien undersøker som sagt et område ved operasjonssykepleieutdanningen og hvordan den posisjonerer seg i forhold til barn som en sosial praktikk i studiet. Bourdieu konstruerte sin praktikkteori med blikk på å kunne forstå og forklare mennesker eller bestemte gruppes handlinger, og hvorfor disse handlingene ser ut som de gjør (Petersen, 1996, ss. 124-143). En sosial praktikk er noe som blir gjort i praksis, og praksis er der mennesker gjør til daglig i de sosiale sammenhenger (Harrits, 2017, s. 25).

3.2 Bourdieu; Doxa, habitus og reproduksjon

Bruken av Bourdieu representerer også et perspektiv som først og fremst tar sikte på å avdekke forhold som ikke er erkjente og gjerne neglisjerte normer for makt og dominans i samfunnet (Aakvaag, 2008). Bourdieus teorier kommer ut fra hans empiriske studier fra det franske samfunnsliv. Bourdieu har undersøkt flere aspekter av samfunnet, som utdanningssystemet, kunstfeltet, det politiske feltet, smak og forbruk, staten, mediene, boligmarkedet, sosial marginalisering og universiteter. Han hevder selv at hans samfunnsteori bare var et forsøk på å løse problemer som han selv hadde støtt på i sine egne empiriske

studier og av den grunn ikke at hans studier ikke bare var gjort for «teoriens skyld» (Aakvaag, 2008). Studien har som sagt siktemål om å avdekke curriculum om barn i operasjonsutdanningen og hvordan den er produsert og reproduisert gjennom rammeplan, studieplan og pensum. For å forklare posisjoneringer er habitus eller disposisjoner for hvordan institusjonen (studiet som posisjon) posisjonerer seg relevant. I følge Bourdieu orienterer disposisjoner for posisjoneringer, noe som derfor kan bidra til å forklare hvordan det kan være at barn har den plass i utdanningen som det har (Wilken L., 2015).

Bourdieu's teori går ut på symbolsk vold der makt får en bestemt virkelighetsforståelse til å framstå objektiv og virkelig, uten å forklare det til de involverte. De involverte vet ikke at det er snakk om en virkelighetsforståelse, samtidig som det ikke er klart at alternative virkelighetsforståelser utelukkes. Den symbolske volden er myk, ikke fysisk vold, men som en «usynlig makt». Det betyr at de som utøver makten og de som makten blir utøvd på, miskjenner at maktutøvelse finnes. Den symbolske volden følger det makt til for å definere og klassifisere, og makt for å få ting til å eksistere. Symbolsk vold fordrer overensstemmelse mellom de subjektive strukturene (habitus) og de objektive strukturene (det sosiale rom) (Wilken, 2008, ss. 68-69).

Ikke alle mennesker i det sosiale rom har forutsetninger eller muligheten til å delta i det sosiale liv. I det sosiale rommet, eller i denne sammenheng utdanningen, er vi interessert i de underliggende strukturene og i institusjonene som er med på legitimere makt (for eksempel bestemme hva som utdanninger skal ha fokus på) som igjen fører til en historisk vilkårlig orden for virkeligheten som fremstår naturlig og selvsagt. Bourdieu var opptatt av mekanismene i symbolsk makt, reproduksjon i utdanning, samfunn og kultur, språk og symbolsk makt (Callewaert, 2014, ss. 165-170). I denne sammenheng handler den symbolske makten om hvem og hvordan fokuset på barn i operasjonsutdanningen defineres og materialiserer seg, det vi si hvordan de setter seg igjennom i ulike dokumenter og pensum.

3.2.1 Doxa

Doxa er et analytisk begrep som representerer regler og normer innenfor et sosialt rom, slik som for eksempel operasjonsutdanningen i Norge. Doxa finner vi i alle etablerte felt og de viser seg som ulike representasjoner i feltet (Wilken L., 2015, ss. 42-45). Doxaen er ikke

bevisst og er udiskutable premisser på hvordan agentene oppfører seg og virker derfor styrende for agentenes praksiser, altså for hvordan for eksempel innholdet i en studie er prioritert og utformet. Ettersom doxaen er implisitt må den konstrueres frem. Analytisk egner doxa seg som begrep til å beskrive sidene av kulturen og samfunn, her under utdanning, som folk flest tar for gitt og som man ikke finner nødvendig å stille spørsmål ved (Wilken L. , 2015). I denne sammenheng handler det om det man tar for gitt i forhold til innholdet og fokus i operasjonssykepleieutdanningen. Ved å analysere frem doxa i utdanningen gjøres det synlig hvilke posisjoneringer som eksisterer.

3.2.1. Doxa hvor barn er nevnt i lærebøkene i operasjonssykepleie fra 1955 til 2018

Årstall	Doxa
1955	21 ganger er barn nevnt.
1978	16 ganger er barn nevnt, og har ikke eget kapittel om barn.
2009	I innledningen s. 20 står det skrevet at boken ikke tar med behandling av barn og pårørende, men barn er allikevel nevnt 12 ganger.
2018	I kapittel 3. et eget avsnitt: - barn som operasjonspasient. Avsnittet handler om: <ul style="list-style-type: none"> - kirurgiske tilstander til barn - utviklingsmessige sørtrekk - preoperativ forberedelse

3.2.2 Habitus

Med inspirasjon fra Bourdieu kan habitus forstås som et system av disposisjoner med kroppsliggjorte preferanser ervervet gjennom sosial arv og sosialisering. Systemet av disposisjoner er i følge av Bourdieu både strukturert og strukturerende for agenter og institusjoner (Callewaert, 2014).

I denne studien brukes habitus som et analytisk begrep for å kunne konstruere frem hvordan utdanningen er strukturert og virker strukturerende for hvilke fokus det er i utdanningen. Etter som denne studien setter fokus på barn i operasjonssykepleierutdanningen vil habitus begrepet

kunne bidra til å avdekke den sosiale orden i forholdet til hvilke fokus det legges på barn i operasjonssykepleierutdanningen. I følge Bourdieu fungerer habitus som et orienterende prinsipp for handlinger, det vil si den logikk som fungerer orienterende for hvordan utdanningen er strukturert. På denne måten virker habitus formende for praksiser som ligger til grunn for å gi innholdet i utdanningen sin form (Harrits, 2017, ss. 48-52).

4.0 Metode

Det å være opptatt av endringer eller brudd i historien/utviklingen som gjelder fokus på barn i operasjonssykepleierutdanningen handler om er et verktøy for å kunne avdekke endringer. Det å lete etter brudd er å avdekke forandringer. Det handler om å bryte med hverdagsforståelsen med det vi undersøker, det vi tar for gitt. Datasamlingen som beskriver hvordan vi skal finne empiri, videre kommer brudd, her kommer det en nærmere beskrivelse av fremgangsmåten og vitenskapelig metode og deretter kommer registrantanalysen med Bourdieu sin antagelse om doxa, habitus og reproduksjon.

4.1 Dataproduksjon

For å fremskaffe empiri i dette studiet har jeg sett på hvordan studie i operasjonssykepleie posisjonerer seg til forberedelse av barn, unge og foreldre til operasjon. Det empiriske materialet som danner datagrunnlaget for denne studien er rammeplaner, studieplaner og pensumlitteraturen i operasjonssykepleie, sykepleie. Her analyseres det frem hvordan barn, unge blir satt i fokus og omtalt.

4.2 Brudd

For å finne et brudd må man først bryte med hverdagsforståelsen av de ulike fenomen. Det oppnås nødvendigvis ikke brudd i tenkemåten i et enkelt grep, men det oppnås i den objektive konstruksjonen langsomt av den gjenstanden som blir undersøkt. Vitenskapelige metoder og teoretiske begrep kan her være nyttige ettersom det kan hjelpe med å finne et mønster og en relasjon som kan bli synlig i praksis over tid. Man må bestandig finne et annet brudd, før man

kan man produsere praxologisk viten. Et brudd med det objektive subjekt der den egentlige sannhet med den sosiale verden, er sannhet på et objektivt det dobbelte og blir et subjektivt nivå (Harrits, 2017, ss. 22-23).

4.3 Registrantanalyse

I lys av Bourdieu sin antagelse om habitus, doxa og reproduksjon vil studien følge en praxeologisk metodologi der det empiriske materialet systematiseres, analyseres og registreres i en registrant. Det vil si at dokumentene plasseres systematisk i en tabell og essensen fra tekstene trekkes ut, konkretiseres og registreres i en kronologisk rekkefølge (Kropp, 2009, s. 173). Dette gjøres ved å se tilbake på rekonstruksjon og historie. På en slik måte kan man se hvilke endringer som har vært og hvordan de har endret seg. Registrantanalyse kan dermed være en metodisk hjelp for å forstå og forklare hvorfor fokus på barn i operasjonssykepleie utdanningen er som det er. På den måten kan man samle inn data fra dokumenter i et lite referat. Ved å stille det samme spørsmålet til de ulike tekstene, er det mulig å belyse både opprinnelsen til forskningsobjektet og de historiske forandringene. På den måten får man oversikt over historiske prosessen og kjennskap til prosessen som er avgjørende å forstå hvordan nåtidens mennesker forholder seg til de aktuelle praktiske problemstillingene (Kropp, 2009, ss. 173-174). Å registrere de prosessene som preger feltet historiske der man kan se agentenes posisjon og forskeren vil finne en forståelse for måten de handler slik de gjør. Formålet i en registrantanalyse er å analysere frem posisjoner i feltet, de som kommer tydelig frem i teksten og kan være dominerende, og de ikke-utalte, de implisitte posisjonene. I en slik registrant vil feltets historie og nåtidens organisering bli et helhetlig bilde. Det vil gi muligheten til å skape kunnskaper om feltets doxa og habitus. Det andre målet i en registrantanalyse er å bidra til å få en kronologisk fremstilling av de viktige hendelser i den historiske prosess, organiseringen i feltet og dens utvikling. Det kan være med på å vise brudd og endringer i feltets historie (Kropp, 2009, ss. 181-182).

4.1.1 Tabell 1; Registranttabell - eksempel

År	Type dokument	Posisjon	Disposisjoner	Posisjoneringer
2009	Lærebok	Pensumlitteratur	Sentrale tema	Omfang og innhold

5.0 Analysere strategi

Første delen av studiens analyse forklarer jeg min posisjonering der jeg ser på min posisjon i operasjonsavdelingen i forhold til barn, unge og foreldre til operasjon. Prosessen har ført til refleksjoner ved mine posisjoneringer i fagområdet og hvilke påvirkninger min bakgrunn er med på å forme studiens teorigrunnlag som pensumlitteratur, studieplan og det statlige dokumentene rammeplanen. Jeg har valgt å bruke eksplorativ studie for å konstruere frem en teori som kan bidra til å forklare fokuset på barn i operasjonsavdelingen, og ved hjelp av datamateriale og analysene vil jeg konstruere frem et gjennombrudd i studien.

For å konstruere frem en teori som kan bidra til å forklare fokus på barn i operasjonsutdanningen, har jeg sett nærmere på posisjoneringen til forfatterne som skrev de første lærebøkene, til sykepleien som forfatterne Nissen, Kaurin og Waage var en del av. På denne tiden oppstod sykepleie underordnet en medisinsk logikk og legens kontroll (Schiøtz A., 2003). Nissen forsøkte å opponere mot dette ved å argumentere for at det mannlige kjønn ikke skulle overordne det kvinnelige, men heller at sykepleieren burde være et embete på lik linje med prester og leger. Men dette synspunktet fikk ikke gjennomslag (Schiøtz A., 2003, ss. 158-160).

5.1 Praxeologiske studier fra tidligere

Den tradisjonelle praxeologiske måten å arbeide på har jeg hentet inspirasjon fra tidligere praxeologiske studier. Disse studiene har fått meg til å forstå begreper og teoriuniverset til Bourdieu på en enklere måte (Bjørndal Dahl, 2020) (Kristiansen, 2020). Sundal sin doktorgradsavhandling om barn, unge og foreldre i sykehus (Sundal, 2014) har videre vært med på å få en bedre forståelse av teorigrunnlaget, særlig om synet på barn gjennom hvordan barn er behandlet i sykehusene. Disse studiene har dessuten vært inspirerende og guidende i arbeidet med forskningsprosessen.

6.0 Ethiske vurderinger

Denne studien er en litteraturstudie og berører ikke mennesker direkte. Av den grunn er det ikke relevant å søke om godkjenninger fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (REK, 2020) eller Norsk senter for forskningsdata (NSD) (NSD, 2020). Dette fordi studiet ikke omhandler personer eller pasienter hvor personfølsomme opplysninger eller helseopplysninger kommer frem (Halvorsen & Jerpseth, 2016).

Informasjon som regnes som offentlig finner jeg på internett eller i bøker og rapporter, og blir benyttet uten å innhente samtykke fra personene det gjelder eller dem som har gitt ut opplysningene, men her må man oppgi kildene og hvor man har hentet informasjonen fra (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2016 s.84-87).

For å kunne svare på forskningsspørsmålene må jeg undersøke kilder tilbake i tid for å avdekke endringer i praktikkene, det kan bidra til å forstå dagens praktikker der jeg refererer til Bourdieu om historisering og oppdager endringer eller brudd i hvordan temaet viser seg. Jeg vil se nærmere på rammeplan, studieplan og pensumlitteratur i operasjonssykepleier utdanningen, jobbe med pensumlitteraturen for å se hvilke funn jeg gjør der jeg vil bruke tabeller for å synliggjøre disse funnene. Det vil trolig bli nødvendig å se på rammeplan, studieplan og pensumlitteraturen til barnesykepleien for å se om det fører frem til svar på forskningsspørsmålene. Det kan bli aktuelt å søke informasjon tilbake i tid for å se hvordan barn, unge og foreldre ble behandlet på sykehus og hvordan det er i dag, og hva vi i studiet til operasjonssykepleie lærer om dette temaet og til det vil jeg se nærmere på Hildegunn Sundals doktorgrad i dette studiet. Jeg kommer også til å søke informasjon via fagtidsskrifter. Dette vil bidra til å få tilstrekkelig informasjon som kan gi svar på problemstillingen. Ved å undersøke hvilke posisjoner, det vil si rammeplaner, studieplaner, pensumlitteraturen, og eventuelt andre posisjonerer seg om preoperativ operasjonssykepleie til barn, unge og foreldre til operasjon, vil det danne grunnlag for å konstruere frem teori om hvordan utdanningen i operasjonssykepleie posisjonerer seg i relasjon til barn, unge og foreldre.

6.1. Operasjonssykepleie data

Operasjonssykepleiebøker fra første utgave i 1877 og til siste pensumbok i 2018. Her har jeg valgt å legge vekt på operasjonssykepleie fra 2009 og fra 2018 fra pensumlisten. Bøkene føres i tre ulike tabeller. En tabell med bøkene fra 1877 til 1914 og en tabell fra 2009 og 2018 og den siste fra 1877 til 2018.

6.1.1 Første sykepleiebøkene:

År	Posisjon	Utgaver	Forfatter	Disposisjoner	Sist utgave
1877	Lærebok i sykepleien	1.	Rikke Nissen	Sykepleier	
1879	Lærebok i Sykepleiersken	1.	Edvard Kaurin 1839-1917	Lege	
1901/1914	Lærebok i sykepleien	5.	Hans Riddervold Waage	Lege	1917

6.1.2 Lærebøker i operasjonssykepleie 2009 og 2018

Hva er publikasjons- tidspunktet?	Hva er omfavnet av tekstene?	Hvilke kilder er det?	Hvem er forfatteren og hvilke posisjoner har de?	Hva skriver de om:

2009	Barn er nevnt 12 ganger, men ingen kapittel om barn. S.20 s.70 s. 98 s.107 s. 142 s. 242 s. 248 s. 250 s.310 s. 338 og siste sider er barn nevnt 2 ganger på s.246	Lærebok i Operasjonssykepleie	Grethe Myklestul er operasjonssykepleier og lektor ved HVL, Petrin Hege Eide er operasjonssykepleier og lektor ved HVL, Ingeborg Hansen er operasjonssykepleier og lærer ved høyskolen i Oslo	På s. 22 står det skrevet i inledningen at boken tar ikke med behandling av barn og pårørende.
År 2018	9 sider Fra side 88 til 96.	Lærebok i Operasjonssykepleie 2018	Grethe Myklestul er operasjonssykepleier og lektor ved HVL, Petrin Hege Eide er operasjonssykepleier og lektor ved HVL, Ingeborg Hansen er operasjonssykepleier og høyskole lærer ved operasjonsstudie i Oslo.	I kapittel 3, operasjonssykepleierens målgruppe her omtales barn som operasjonspasienter. Det blir beskrevet at barn og foreldre er i en sårbar posisjon ved ankomst til operasjonsavdelingen, dette gjelder ved elektiv, med forutgående innleggelse, dagkirurgisk eller akutt. Resterende av dette kapittelet skrives det om de kirurgiske tilstandene til barn, utviklingsmessige særtrekk kognitiv utvikling, premature, barn født før 37 svangerskapsuke, nyfødte og spedbarn 0- 11/2 år, småbarn 11/2 – 3 år, førskolebarn 3-5 år,

				skolebarn 6- 12 år, ungdom 13- 18 år, preoperative forberedelser, respirasjons- og sirkulasjonssystemet, væskebalanse, temperaturregulering, metabolisme og stressrespons, pasientsikkerhet og leiring og klargjøring for operasjon.
--	--	--	--	--

6.1.3 Tabell av pensumbøker i Operasjonssykepleie

År	Pensumlitteratur
1877	Lærebog i sygepleien for diakonisser
1879	Sygepleiersken: Kortfattet veiledning i sygepleie for Sykepleierskeren i by og bygd
1901/1914	Lærebog i sygepleien/ Lærebok i sykepleien
1921/1926	Haandbok i sygepleien/ Lærebok i sykepleien
1941/1951	Lærebok for sykepleiersker
1955	Operasjosstueteknikk
1961	Lærebok for sykepleiere
1968	Lærebok for sykepleierskoler Generell sykepleie
1978	Håndbok for operasjonssykepleier
1992	Klinisk sykepleie
2009	Operasjonssykepleie

2010	Klinisk sykepleie
2018	Operasjon- sykepleie

7.0 Rammeplan, studieplan og pensum

Videre i dette kapittelet tar jeg for meg rammeplan, studieplan og pensumlitteratur. Til dette kapittelet vil det utformes tabeller som blir lagt nederst i kapittelet.

7.1 Rammeplan

Det overordnede grunnlaget for operasjonssykepleieutdanningen er rammeplan.

Rammeplanen for høyere utdanning er et dokument produsert av Kunnskapsdepartementet med hjemmel i lov om universitet og høyskole av 1. April 2005 nr. 15 § 3-2 annet ledd, der rammeplan er forskrifter til Norsk lov. Rammeplanene som er knyttet opp mot studier for høyere utdanning som er gjeldende i dag og rammeplaner som ikke er gyldige lengre.

Rammeplanen omhandler ulike fagfelt og er med på å gi en oversikt, som fastsetter bestemte hovedtrekk, samtidig forutsetter videreutvikling av detaljer ved et senere tidspunkt. Kommer det en ny rammeplan er den gamle rammeplanen gyldig en gitt periode før den nye overtar. Dette blir gjort for at personer som er under utdanning skal kunne fullføre sitt løp. Det vil av den grunn være en overlapping av gyldighetsperiodene for samme utdanning. Rammeplanen er som et verktøy innad i studiet. (regjeringen.no, 2020). Siden høsten 2017 har det pågått et stort utviklingsarbeid for å utvikle nasjonale retningslinjer innen helse- og sosialfaget, her vil man at retningslinjene skal være med å definere sluttkompetansen for hver utdanning og utgjøre en minstestandard for kompetanse for helse- og sosialfagutdanningene.

(regjeringen.no, 2021)

7.2 Studieplan

Studieplan er en plan som beskriver studiets mål, oppbygging, læringsutbyttet og vurderingsformer for hvert studietilbud. Denne planen viser helheten i studiet. Studieplanen

forplikter seg til universitetet og studentene. Det er et arbeidsverktøy for lærerne og studentene gjennom hele studieløpet. Studieplan utvikles lokalt og blir revidert regelmessig. Studieplanene beskriver læringsutbyttet, NKR (Nasjonal kvalifikasjonsrammeverk) som er med på å gi en generell beskrivelse av kvalifikasjonene studentene på de ulike nivåene har ved fullført studie, og gir en oversikt over hvordan læringsutbyttet beskrives i studieplanen. Læringsutbyttene beskrives i form av kunnskap, generell kompetanse, ferdigheter og beskrive hva en student vet, kan og er i stand til å gjøre ved endt utdanning. Studieplanen for HVL vil forsikre at studiet oppfyller rammeplanens krav og forskrift til anestesisykepleie, intensivsykepleie og operasjonssykepleie som er fastsatt i rammeplan og forskrift av Utdannings- og forskningsdepartementet 1. desember 2005, og forskrift med krav om mastergrad § 3, Kunnskapsdepartementet, 1. desember 2005 (hvl.no, 2020).

7.3 Pensumlitteratur

Pensumlitteratur er viktig for alle studenter, og er læreverket studentene skal jobbe med fra studiestart til studieslutt. Pensumlitteraturen gir en pekepinn på hvilke læreverker og litteratur som studenten trenger til de gitte temaene som skal gjennomføres. Det er et læreverk studentene skal bruke til læring og skal kunne mestre gjennom studieforløpet. Ved studiestart blir pensumlitteraturen til hver studie delt ut og man kan da innhente bøker og det læreverket som trengs til studiestart. Valg av pensumlitteratur primært er en rent faglig vurdering der hovedhensynet samsvarer med studieplan og pensumlitteratur. Litteraturen er da innholdsmessig relevant og har god kvalitet. Nivået må være tilpasset grunnfaget som forkunnskapene studenten har med seg og at pensumlitteraturen er oppdatert. (Dahl, 1998). hentet 11.mars. 2022

7.3.1 Viktige bøker i operasjonssykepleieutdanningen

År	Bok	Forfatter	Tema	Hva står om barn
1955	operasjonsstueteknikk	Hillestad	Sterilisasjonsmetoder s.20 Desinfeksjonsmiddel s.45 Rektal narkose s. 52	I de nevnte kapitlene står det om abscesser, hvilke

			Hode, hals og bryst s.122 Brysthulen s.148 Bukvegg s. 164 Magesekk og tarm s. 169 Blæreoperasjon m.m s. 248 Endoskopiske undersøkelser s. 326	desinfisering som brukes på barn, narkose, polypper og brokk m.m
1978	Håndbok for operasjonssykepleie	Hillestad, Gjendem, Hansen, Olsen og Sverreson	Desinfeksjon ØNH Utstyr som blir brukt	Desinfeksjonsmidler til bruk på barn, operasjon av polypper og utstyr som brukes på barn
2009	Operasjonssykepleie	Dåvøy, Eide og Hansen	Har ingen kapittel som omhandler barn.	Barn er nevnt i boken, men ikke inkludert.
2018	Operasjonssykepleie	Dåvøy, Eide og Hansen	Kapittel 3. barn som operasjonspasienter skrevet av Inger Lucia Søjberg.	Kirurgiske tilstander hos barn s. 88 Utviklingsmessige særtrekk s. 89 Preoperative forberedelser s. 91-96

7.0.1 funn i Utdanningsplaner/Rammeplaner/studieplan og pensumlitteratur

År	Dokumenter	Funn	Referanser
1952	Første Utdanningsplan som ble utgitt	Ifølge NSF-LOS finnes ikke denne utdanningsplanen i deres register, men ifølge Mette Høiland skrevet i sin bok operasjonssykepleie i over 40 år er barn ikke tatt inn i utdanningsplanen fra 1952.	(NSFLOS, u.a) (Høiland, 1996)
1952-2022	Pensumlitteratur	Det er gjort funn i noe pensumlitteratur, finnes lite i pensum som direkte omhandler barn og unge til operasjon.	Se tabell 6.1.3
1975	Revidert utdanningsplan	Revidering av utdanningsplanen og godkjent av NSF, det nevnes ikke direkte noe om barn, men barnesykepleie ble nevnt. Fokuset til operasjon skulle være å bygge på grunnutdanningen til sykepleie og vektlegge pasient.	(Høiland, 1996)
1983	Revidert utdanningsplan	Da oppbyggingen av høgskoleprogrammet og spesialiseringen startet ble det satt fart på å revidere utdanningsplanen. Arbeidet startet i 1982 og var godkjent av Norsk Sykepleieforbund i november 1983. det står skrevet om ivaretagelse av pasient, pasientsikkerhet, operasjonssykepleiernes ansvarsområde og hygiene. Barn er ikke direkte nevnt.	
1999	Første rammeplan	Fokuset her er at rammeplanen er rådgivende, tar for seg utdanningens form, utdanningsplan, retningslinjer for videreutdanningen i sykepleie til	

		akutt/syke pasienter og ha et klart sykepleiefokus. Her nevnes det mennesker i alle aldre, men ikke direkte om barn.	
2005	Revidert rammeplan	Det står ikke direkte skrevet om barn.	(regjeringen.no, 2005)
2020	Studieplan	Operasjonssykepleie skal utøves med respekt for pasientens og pårørendes integritet, ressurser og opplevelser ved å være akutt og/eller kritisk syk og får kirurgisk behandling. Her står det heller ikke direkte om barn.	(hvl.no, 2020)
2021	Rethos 3 Rammeplan	Det står ikke direkte skrevet om barn I § 4. Operasjonssykepleie som fag og profesjon – kunnskap <i>d. har avansert kunnskap om personsentrert operasjonssykepleie</i> <i>e. har inngående kunnskap om operasjonspasientens og pårørendes behov i et</i>	(lovdata.no, 2021)

8.0 Dokumentanalyse

I følgende analyse gjøres det rede for min egen posisjonering i forhold til barn, unge med foreldre til operasjon. Videre forklares min posisjonering i lys av doxa og habitus i rommet jeg agerer i. Pierre Bourdieu argumenterer for at forskere ikke er nøytral i sin forskning. En forsker er og en agent som delvis står i relasjon til det som blir forsket på. Dette gjelder selvsagt også meg. Forskeren må da stille seg selv de samme spørsmålene som blir stilt til

forskningsobjektet. Videre må forskeren objektivere sin relasjon til den praktikken som blir forsket på (Wilken L. , 2015, ss. 84-86). Hvordan myndighetene posisjonerer seg i forhold til rammeplanen og hvordan utdanningsinstitusjonen posisjonerer seg til studieplanene og pensumlitteraturen som omhandler barn, unge og foreldre til operasjon. Hvordan resultatene fra denne studien blir brukt er et spørsmål for utdanningsinstitusjonene og de posisjonene som har ansvar for å utarbeide studieplaner og pensumlister for fremtidige studenter.

8.1 Forskerens posisjonering til å imøtekomme barn, unge og foreldre til operasjon

Min egen posisjonering til å imøtekomme barn, unge og foreldre til operasjon er at jeg anser å ivareta og trygge barn, unge og foreldre som en del av mitt virke som operasjonssykepleier. Barn og unge møter man til stadighet ved en operasjonsavdeling. For meg er det naturlig å være imøtekommende og ivareta pasient og pårørende til operasjon, dette til tross for at jeg som student ved sykepleierutdanningen, egne opplevelser og ved operasjonssykepleierutdanningen har vært i situasjoner hvor jeg har støtt på utfordringer. Som operasjonssykepleierstudent var jeg i mine praksisperiode innom ulike sykehus og operasjonsavdelinger. Her opplevde jeg at enkelte operasjonssykepleiere unngikk å imøtekomme barn og bare hadde fokus på foreldre, mens andre operasjonssykepleiere hadde først fokus på barn og så foreldrene og noen hadde så vidt øyekontakt med barn og foreldre når de kom til operasjon. I disse tilfellene der jeg observerte føler jeg doxa som utfordrende, ved å kjenne på følelsen av at barn og foreldre ikke bestandig ble ivaretatt.

Hvordan kan utdanningen være med på å forberede operasjonssykepleier studenter til å imøtekomme barn, unge og pårørende til operasjon, før de skal videre til operasjonsstuen. Formidlingen kan bli gjort på ulike måter, en måte kan være å vektlegge dette bedre i studieplanen eller rammeplanen. En måte kan være å bruke simulering for at studentene blir mer forberedt på hva de møter som ferdig utdannet samtidig som å nyskape rammeplanen, studieplanen og pensumlitteraturen. Opparbeide et bedre samarbeid med barnesykepleien med simulering eller hospitering i deres studie og bygge videre på et samarbeid i studiet. Basert på egne erfaringer har jeg båret med meg denne undringen om denne studien, faktisk helt siden jeg var liten har jeg båret på at noe manglet gjennom mine møter med helsevesenet. Jeg ble mer bevisst på fraværet av barn og unge i faglitteraturen som sykepleierstudent og videre inn i operasjonssykepleierstudiet.

Jeg er en kvinne født i starten på 80 tallet. Jeg vokste opp i en middelklassefamilie med gifte foreldre, to søsken og to besteforeldre i Nord-Norge. Resterende av familien som søskenbarn, tanter og onkler hadde jeg nær relasjon til og besøkte dem ofte på øst og Vestlandet. Mine foreldre er begge fagutdannet og har jobbet helt frem til pensjonsalder. Mine søsken er utdannet spesialpedagog og anestesisykepleier og jeg har nå tittelen operasjonssykepleier. Min begrunnelse for å bli sykepleier var hovedsakelig basert på min oppvekst og et stort ønske med å få jobbe på sykehus med å ivareta andre mennesker. I barndommen hadde jeg en drøm om å bli gullsmid, men dette endret seg etter hvert i ungdomsårene. Utdannelsen som sykepleier tok jeg ved Høgskolen på Nesna i Nordland og fikk to barn i løpet av studiet. Etter fullført studie jobbet jeg først ved medisinsk avdeling og etter noen år begynte jeg å jobbe på medisinsk slag rehabilitering ved Helgelandssykehuset og jobbet der i 6 år. Min erfaring har jeg med meg fra barndommen, egne opplevelser og jobben som sykepleier. Med erfaringene jeg selv har med meg, har jeg bestandig hatt lyst å gjøre noe mer med utdannelsen som sykepleier, og etter mye frem og tilbake falt valget på master i klinisk sykepleie med master i operasjonssykepleier. Her er ingen dager like, møter på nye pasienter til hver operasjon og får nye utfordringer. Å være operasjonssykepleier krever at man jobber systematisk, er praktisk anlagt, liker å jobbe med mennesker i ulike alder og tar imot utfordringer. Med min bakgrunn fra oppveksten med en søster som fikk diabetes som 2-åring, i den tiden det ikke var mye kunnskap om diabetes 1, ble vi opplært til å holde orden og kontroll på hvor vi hadde tingene våre. På denne tiden måtte mat og drikke veies og måles for å påse at min søster ikke fikk i seg for lite eller for mye mat og drikke i forhold til insulinet min søster fikk før mat. Vi måtte også hjelpe til med husarbeid, passe på hverandre og lage mat. Min søster kunne aldri være alene og vi ble opplært til hva som måtte gjøres hvis hun fikk føling, noe hun fikk ukentlig. Sett i lys av mine erfaringer, er det kanskje ikke rart at jeg undres over hvordan man som operasjonssykepleier skal imøtekomme barn, unge og foreldre til operasjon, da dette temaet har lite eller ingen fokus i operasjonssykepleierutdanningen i forhold til pasienter i arbeidsfør alder og eldre.

9.0 Analyse del 1

Dette kapittelet handler om å beskrive rammeplanen, studieplanen og pensumlitteraturen inneholder om barn og unge direkte eller indirekte. Dette for å svare på spørsmål 1. Hvilke fokus er det på barn og unge i operasjonssykepleieutdanningen?

Rammeplanen, den statlige føringen inn i utdanningen er den høyeste i hierarkiet og er delvis ulik studieplanen fordi posisjonene er forskjellige. Rammeplanen er med på å angi målområder og bestemme videreutdanningens innhold og er et nasjonalt styringsdokument (regjeringen.no, 2020). Hovedpoenget med rammeplanen er å sikre at alle høgskoler i Norge har mulighet for å være fleksible og fremme utdanningsløsninger og gjøre fagområdene til de ulike videreutdanningene likeverdige. Tilnærmingen til barn og unge til operasjon kan også fremvise sammenheng mellom Styringsdokumentenes posisjon og posisjonering til fagområdet (regjeringen.no, 2020). Rammeplanen skal sikre at samme tilbud i videreutdanningen ved ulike høgskoler er enhetlige i de viktige områdene. Ut fra høgskolens lokale forutsetninger skal det gis frihet til pedagogisk utvikling. Rammeplanen vil endres hvis helse- og sosialpolitiske mål og utvikling i samfunnet mener det må gjøres. I rammeplanen for 2005 posisjoneres det to punkter som omhandler barn eller barnekirurgi direkte. Indirekte posisjoneres resten av rammeplanen seg om barn og unge som pasient (regjeringen.no, 2020).

Forskriftene til videreutdanning i operasjonssykepleie posisjoneres studiepoengene for fullført studie. Det faglige innholdet posisjoneres av høgskolens styre og posisjoneres inn i en fagplan. Fordypningsoppgave og praksis posisjoneres det minimum 45 studiepoeng eller maks 54 studiepoeng der 90% av disse skal posisjoneres inn i pasientsituasjoner. Posisjoneringen av lengde, form, antall og plassering i studieforløpet posisjoneres av høgskolens styre og tas med i fagplanen, disse praksisstudiene er obligatoriske (regjeringen.no, 2020).

9.1 Rammeplan 2005 som omhandler barn og barnekirurgi

Side	Kapittel	Omfang der barn er nevnt	Kapittelet handler om
11.	2A - Deleemne i Fysiologi, patofysiologi og indremedisin	1 gang	Fysiologiske og patofysiologiske særtrekk hos barn og eldre
12.	2B – Anatomi og kirurgi	1 gang	Kirurgiske undersøkelser og inngrep innen ulike spesialiteter: Gynekolog,

			obstetikk, urologi, gastroenterologisk-, endokrin-, ortopedisk., thorax-, kar-, nevro- og barnekirurgi, øre-nese-hals og øyekirurgi, rekonstruktiv kirurgi og invasiv behandling.
--	--	--	--

(regjeringen.no, 2020)

Studieplanen posisjonerer seg og legger vekt på hvordan operasjonssykepleierstudiet bygges opp og hvilke funksjoner som er viktig at en nyutdannet operasjonssykepleier kan ved studiets slutt. Studieplanen viser videre posisjoneringer og hovedfokus på utdanningens helhet og dens fokus på barn og unge til operasjon er studieobjekter her. (jf. Kap. 2.0, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 og 2.5). Studieplan beskriver studiets mål, oppbygging, læringsutbytter og vurderingsformer for hvert enkelt studietilbud og viser helheten i studiet. Studieplanen er arbeidsverktøyet for lærerne og studentene gjennom hele studieløpet. Studieplanene beskriver nasjonale kvalifikasjonsrammer (NKR) og læringsbyttet som igjen gir en beskrivelse av studienes kvalifikasjoner og de ulike nivåene ved endt studie og gir en oversikt over læringsutbyttets beskrivelse av studieplanen. Studieplan vil forsikre at studiet oppfyller rammeplanens krav og forskrift til anestesisykepleie, intensivsykepleie og operasjonssykepleie og forskrift av Utdannings- og forskningsdepartementet 1. desember 2005, og forskrift med krav om mastergrad § 3, Kunnskapsdepartementet, 1. desember 2005 (hvl.no, 2020).

I pensumlitteraturen i operasjonssykepleien er det forskjeller på hvordan barn og unge til operasjon blir vektlagt. I kapittel 3. operasjonssykepleierens målgruppe på side 88 til 96 i læreboken fra 2018, er det et avsnitt, Barn som operasjonspasienter. Avsnittet handler om personer under 18 år, med henvisning til norsk lov og FNs konvensjon om barns rettigheter (Helse og omsorgsdepartementet, 2000), (FNs barnekonvensjon, 1989). i Norge utgjør barn og unge 22% av befolkningen. Videre står det skrevet at operasjonssykepleierne bør ha med seg grunnleggende kompetanse om barns omsorgsbehov. Kapittelet handler i korte trekk om kirurgiske tilstander hos barn, utviklingsmessige særtrekk og kognitiv utvikling (tabell 9.1). i møte med barn er det nevnt at man skal sette seg ned på barns nivå og møte dem på deres størrelse for å trygge barn ved kommunikasjon. I pensumboken fra 2018 er det ikke lagt vekt

på hvordan man skal føre samtaler med barn og heller ikke om barns utvikling.

Pensumlitteraturens posisjonering er viktig for studenter, da det er læreverket studentene skal jobbe med i hele studiet. Posisjoneringen til pensumlitteraturen sier noe om hvilke læreverk og litteratur som posisjonerer seg til studenten og til hvilke posisjoner de bestemte temaene som gjennomføres har. Pensumlitteraturen blir posisjonert ut ved studiestart og studentene kan da innhente bøker og læreverk til studiestart. Pensumlitteratur er en rent faglig vurdering der hovedhensynet samsvarer med pensumlitteratur og Studieplan. Litteraturen er relevant og har god kvalitet. Nivået må posisjonere seg og tilpasse seg grunnfaget og pensumlitteraturen må være oppdatert. (Dahl, 1998).

10.0 Analyse del 2: Like lite om barn som forestillinger om kroppsstørrelsen.

Dette kapittelet handler om analyse til grunn for å konstruere en teori om hvordan det kan være at fokuset på barn i operasjonssykepleieutdanningen som også omhandler barn og unge er som det er. Analysen tar utgangspunkt i trilogien posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer samt relasjonen til de historiske framskrivningene som handler om barn, barn i samfunnet, operasjonssykepleier og kirurgisk behandling av barn. Innledningsvis kan det tyde på at forandringer og utviklingen som har vokst frem er med på å danne grunnlaget for hvilke fokus det er på barn og unge til operasjon og kan således bidra til å forklare og dermed svare på spørsmål 2. Hvordan kan det være at utdanningen posisjonerer seg slik de gjør?

Ved slutten av 1800-tallet var det en vekst innenfor medisinsk kunnskap, og oppvekst av sykehus gikk fra å være en «oppbevaringsplass» for fattige og syke til å behandle sykdom. Det viser seg at kirurgien som tok form etter 1850 tallet var viktig og ble igjen en viktig pådriver i den kirurgiske utviklingen. Ny kunnskap tredde frem innen bakteriologi som førte til å utvikle hygieneteknikker som antiseptikk og aseptikk (Solheim, 1993). Det kan tyde på at kirurgien fikk en mer sentral rolle i sykehusbehandlingen, med sine teknikker og instrumentbehandling, men her økte også kravene til assistentene som skulle assistere under de kirurgiske inngrepene. Det ser ut til at utdanningen til Operasjonssykepleiere startet opp her. Det fantes få faglærte sykepleiere ved forrige århundreskifte i Norge. Legene uttrykte misnøye med ufaglærte sykepleiere gang på gang (Melby, 1990). fra 1900 tallet ble det

modernisering og nybygging av sykehus i Norge som igjen førte til et bedre arbeidsmarked for legene. Barnekirurgi kom først til Norge i 1957 og det viser seg da at den første barnekirurgiske avdeling ble etablert ved rikshospitalet i 1963 av barnekirurg Ola Knutrud. Operasjoner på barn og unge vokste frem og dødeligheten synker betraktelig. Spesialisering i Operasjonssykepleier utdanningen utviklet seg betraktelig etter krigen og utviklingen av helsevesenet tok form. Etter denne Opprustningen ble det mer spesialisering på legebehandlingene innen ulike fagfelt. Landsgrupper opprettet fagforeninger for de ulike spesialitetene og behovet for sykepleiere og operasjonssykepleiere økte betraktelig (Hofoss, 1980). Det ser ut til at oppbyggingen av sykehus og helsevesen har direkte eller indirekte inkludert barn og unge på sykehus historisk sett og litt tidligere. Det ser ut til at før oppstart av Barnekirurgien i Norge i 1957, var barnedødeligheten stor. Kunnskapen om barn og unges kropp i forhold til den voksne tredde frem etter hvert som utviklingen og spesialiseringen innenfor kirurgien trådte frem.

Det ser ut til at spesialiseringen i operasjonssykepleie fra barnekirurgen Knutrud sin tid har tatt grep som omhandler barn og unge til operasjon direkte eller indirekte, der barn blir omtalt som barn eller der barn blir omtalt i mere generelle vendinger sammen med voksne som pasient og det ser ut til operasjonssykepleiers fremvekst danner et viktig bakteppe her. Det kan tyde på at grunnlaget for utviklingen frem mot egen spesialutdanning i operasjonsstudiet blir lagt her. Dette er med på å forklare hvorfor barn blir gjort til et objekt og sidestilt med de voksne. Det vil da sees i form av pensumlitteraturen når barn ikke nevnes direkte som barn, men nevnes som pasient og blir da et grunnlag for at barn også er inkludert. På denne måten blir barn gjort til objektet pasient og blir stilt på lik linje med de voksne. Det som omhandler barn i operasjonssykepleierstudiet, er det størst fokus på en indirekte måte. Barn blir indirekte omtalt eller ikke omtalt ved at fokuset er så stort på voksne i aldersgruppen 25-65 år. Det kan være at fokuset i læreverket settes til den arbeidsføre alder da det er flest i denne gruppen som kommer til operasjon. Det er igjen med på å vise at barn og unge ikke har et så stort fokus inn i operasjonssykepleie utdanningen. Om dette er en prioritering som er gjort fra hensynet til volumet i pensumlitteraturen kan denne undersøkingsa ikke svare på. Det ville krevd ytterligere empiriske data.

Utarbeidelse av utdanningsplaner i nyere tid for operasjonssykepleie ble det satt krav til en tydelig sykepleierprofil med et større pasientfokus. Ser vi på Utdanningsplanen fra 1976 gjenspeiler dette seg. Operasjonssykepleie har blitt sett på som et teknisk og instrumentelt

yrke gjennom tiden, men ser vi på utdanningsplanen viser den at operasjonssykepleie har fokus på pasientrettet sykepleie og individuell omsorg (Høiland, 1996).

I 1973 ved generalforsamlingen til NSFLO ble det bestemt at operasjonssykepleierne skulle få en stillingsbeskrivelse, men de møtte motstand i arbeidet da helsedirektoratet manglet godkjenning av utdanningsplanen og hvilke innføringer i yrkesgrupper operasjonsavdelingen skulle ha. Dr. med. Kaare Solheim var støttespillerne til operasjonssykepleierne og i form av et innlegg i tidsskriftet for Den Norske Lægeforening nr. 25/80 der overskriften lød slik «Spesialsykepleiere - en nødvendighet». Han påpeker her operasjonssykepleiernes omfattende arbeid og viktigheten med å få utarbeidet en utdanningsplan gjennom NSFLOS for å få definert deres oppgave og rolle (Solheim, 1980). revidering av utdanningsplanen ble gjort i 1983 og arbeidet med å revidere funksjonsbeskrivelsen og stillingsbeskrivelsen for operasjonssykepleie ble påbegynt og fremlagt på generalforsamlingen i 1987 (Høiland, 1996). det kommer frem at operasjonssykepleier har ansvar for det helhetlige i enheter hvor det er akutt/kritisk syke mennesker som gjennomgår kirurgiske undersøkelser og behandlinger, og består av forebyggende, helsefremmende, behandlende, miljøterapeutiske og rehabiliterende sykepleietiltak overfor pasienter med akutt/kritisk sykdom/skade i en stressende og kritisk situasjon. Operasjonssykepleie må planlegges og utøves målrettet der de ulike komponentene, psykiske, fysiske, åndelige og sosiale er ivarettatt (Høiland, 1996, s. 99).

Empirien kan tyde på at det er et stort etterslep i studiene for operasjonssykepleie sett i lys av hvor og når legene startet med å operere barn og unge, og hvor og når barnekirurgien oppstod i Norge som en egen spesialitet (se kapittel 2.4). Det er et etterslep, for det tar tid å skape forandringene. Det viser seg da å være et etterslep mellom myndighetenes dokument og det som faktisk kommer inn i pensumbøkene. Empirien viser også at når det mangler noe som omhandler barn og unge til operasjon fra myndighetenes sin side i rammeplanen er det lite å finne noe som direkte omhandler barn og unge til operasjon lengre nede i hierarkiet, med mindre det finnes noen sterke posisjoner som etablerer og klarer å slå igjennom slik som barnekirurgen Knutrud gjorde i starten av 1957, da barnekirurgien først kom til Norge. Dette viser at det foregår en reproduksjon både over tid og fra et nivå til et annet.

Det andre etterslepet er utviklingen til operasjonssykepleieutdanningen, da den står i nær relasjon til utdanningen til anestesi og anestesiutdanningen, slik sett kan svaret på hvorfor det har tatt tid å komme i gang med operasjoner på barn og ha fokus på barn i utdanningen til operasjonssykepleien.

Det ser ut til at fokuset ligger på en annen plass, da grunnen er at de ikke opererte på barn da de manglet kompetanse og anestesi på den ene siden, og anestesisfeltet er helt avgjørende for at operasjonene på barn skal kunne gjennomføres på den andre siden. Her kan forklaringen på at det er så lite fokus i operasjonssykepleierstudiet på barn ligge, da det ikke var operasjoner på barn, for det var ikke relevant å ta det inn i utdanningen da de ikke opererte barn. De manglet anestesimidler, de manglet anestesipersonale, de manglet utstyr som var tilpasset barn både til anestesen og ulike operasjoner. Selv om utviklingen har godt teknologisk fremover så er det fortsatt den dag i dag ikke særlig fokus på barn, unge til operasjon. Så her ser vi et etterslep i tid og utviklingen i klinikken og ligger langt foran utviklingen i utdanningen.

Empirien viser en reproduksjon i pensumlitteraturen fra 1955 til 1978. I 1955 blir barn nevnt 22 ganger, og i pensum fra 1978 blir barn nevnt 16 ganger. Dette viser ~~det~~ at fokuset på barn i liten grad forandres og at det er mulig å se at barn omtales mer indirekte enn direkte i hovedlærerverket i operasjonssykepleiebøkene. Videre i pensumboken operasjonssykepleie fra 2009, står det på side 22 skrevet eksplisitt i innledningen at boken ikke tar for seg barn og pårørende. Et videre søk viser dessuten til at barn også her nevnes 16 ganger, men at det her ikke er eksplisitt fokus på det særegne ved å behandle barn. Her finner jeg posisjoner som definerer doxaen i operasjonssykepleierutdanningen ved å ekskludere barn i hovedlærerverket. Her får vi da et forsterket syn på at barn ikke er i fokus i pensumbøkene som er utgitt i 1978 og 2009. Ser man på innholdet i pensumboken fra 2018 er barn inkludert i kapittel 3. Barn som operasjonspasienter og fokuset om barn endrer seg fra å ikke være inkludert til å bli noe inkludert i pensumlitteraturen. Empirien viser at det fortsatt er stor forskjell mellom vektleggingen på barn i forhold til vektleggingen på voksne i innenfor operasjonssykepleieutdanningen.

Empirien viser at pensumlitteraturen omtaler barn mer indirekte som pasient enn spesifikt som barn og unge. Dette kan tyde på at en gammel historisk dyd, der barn og unge oppfattes små voksne fortsatt er levende i utdanningen dermed og reproduseres stadig. Når man ser i pensumbøkene der barn så vidt blir nevnt, ser vi da at utdanningen posisjonerer seg om barn i pensumlitteraturen generelt under et mer overordnet begrep, nemlig pasientbegrepet som trolig først og fremst dekker sykepleie og behandling av voksne. Barn omtalt under pasientbegrepet vil på den måten kunne relateres til oppfatninger med lange historiske røtter hvor barn var arbeidskraft allerede fra syvårsalderen.

Oppsummering og diskusjon

I dette kapitlet presenteres hensikten med undersøkelsene og funnene jeg er kommet frem til i studien. Hensikten med undersøkelsen var å belyse hvordan utdanningen i operasjonssykepleie omhandler barn og unge som skal opereres, dette svarer studien på. Operasjonssykepleie sette sent fokus på barn og har et tydelig etterslep i utdanningen. Analysen viser at barn fremdeles betraktes som små voksne slik de var på 1800 tallet tatt i betraktning, vektingen mellom fokus på barn versus voksne både i rammeplan, studieplan og pensumlitteraturen. Det er åpenbart en pågående forandring, men også en viss reproduksjon. Gjennom å studere rammeplan, studieplan og pensumlitteraturen og analysere materialet har jeg kommet frem til at hovedfunnet ligger i at barn og unge ligger pakket inn i pasientbegrepet sammen med de voksne. Dette gjør at man ikke lærer mye spesifikt om barn, men heller at generalisert kunnskap myntet på voksne legges til grunn for hvordan man arbeider med barn. Med den voksne menes mennesker mellom 25 og 65 år, de som er i den arbeidsføre alder og som er med på å holde landet i funksjon. I Norge finner vi at barn og unge er 22% av befolkningen og det i seg selv sier noe om hvor viktig det er å ha rett kunnskap til barn i ulik alder når de kommer inn til operasjon, akutt eller planlagt (Dåvøy, Eide, & Hansen, 2018). Her finner jeg at studieplanen og pensumlitteraturen henger etter med det som omhandler barn og unge med foreldre til operasjon. Viktigheten av å belyse barn, unge med foreldre til operasjon fikk jeg ved å se på læringsteori i lys av et sosiokulturelt perspektiv. Gjennom analysen har jeg sett betydningen av bruk av rammeplan, studieplanen, pensumlitteraturen, egne erfaringer og praksiserfaringer. Det man støter på som et problem i studiet, enten som undervisning eller opplever i praksis tar man med seg og evaluerer og bruker i like og ulike situasjoner man kommer opp i. Denne studien har gitt meg mange svar, men også mange spørsmål. Analysen har bidratt til en mere nyansert forståelse hvorfor jeg har opplevd og erfart hendelser og behandling av barn både personlig, privat og som student. Forklaring på hvorfor utdanningen er som den er og den kliniske praksisen er som den er, kan openbart forklares gjennom å avdekke den rådende doxa. Når jeg blir frustrert over hvordan barn blir behandlet, handler det trolig om at min praktiske sans kommer i konflikt med den rådende doxa om hvordan man ser på barn og hvordan det er kutyme for å behandle barn i slusa på operasjonsavdelingen.

Avsluttende kommentarer

Denne studien har sitt utspring fra egne erfaringer, sykepleierstudiet, praksis og operasjonssykepleierutdanningen. Det hele startet da jeg undret meg over hvordan utdanningen i operasjonssykepleie omhandler barn og unge til operasjon (jf. Kap. 1.1).

Før studiet i operasjonssykepleie startet opp hadde jeg lest meg litt opp på rammeplan, studieplan og pensumlitteraturen. Her var det pensumbøkene som fikk størst prioritet, da nysgjerrigheten på studiet var stor. Pensumbøkene ble bestilt og bladd gjennom før studiestart, og allerede her reagerte jeg på at pensumlitteraturen ikke hadde fokus på barn og unge med foreldre inn til operasjon. og undringen over dette ble enda mer i fokus da timeplanen med forelesningene ble tilgjengelige og barn og unge ikke var et eget tema.

Undringen og studien har bidratt til en større innsikt i hvordan operasjonssykepleiestudiet har som fokus på barn og unge. For å forstå og kunne forklare praktikken i nåtid, har enn et historisk tilbakeblikk vært fruktbart for å finne forklaringer relatert til forskningsobjektet, slik Bourdieu beskriver den. Historien om barnekirurgi er beskrevet i (jf.kap. 2.4). Før denne studien startet tenkte jeg ikke på at operasjon av barn startet så sent i Norge som i 1957 og at Norge fikk sin første barnekirurgiske avdeling i 1962. Operasjonssykepleie utdanningen startet ved å være en sykehusintern utdannelse frem til den i dag er en videreutdanning/masterutdanning fra sykepleier til operasjonssykepleier med 2 års videreutdanning på høyskole/universitet. Opplæringen i operasjonssykepleie var en start med prøving og feiling og blir omtalt i litteraturen at de hadde dårlig struktur, derav «learning by doing». Legene fikk øynene opp for hvilke kvalifikasjoner de mente sykepleierenes burde ha for å imøtekomme legenes behov i praksis og ble interessert i å samarbeide og sette dagsorden overfor hva de mente sykepleierne skulle kunne og gjøre. Den første utdanningsplanen som stilte krav til å bli spesialelev var denne og sykepleierne måtte ha offentlig godkjente sykepleieutdanning og 1 års praksis for å få autorisasjon. I analysen kommer det frem at det er et etterslep i studien mellom myndighetenes dokument, rammeplanen og det som kommer i studieplanen og videre frem i pensumlitteraturen noe som bidrar til å forklare utdanningens doxa. Her kommer det frem at når det ikke omhandler barn og ungdom i rammeplanen så er sannsynligheten for at studiet ikke omhandler barn og ungdom direkte lengre ned i systemet mangler, men omhandler barn og ungdom indirekte som pasient. Utfra hvordan barn blir omtalt, eller ikke omtalt kan man si at barn fremdeles betraktes som små voksne, selv om de

ikke har det samme erfaringsgrunnlaget som en voksen pasient møter med helsevesenet. Dette synet er heldigvis i endring. Det er imidlertid nødvendig at denne forandringen forankres i rammeverk og pensumlitteratur slik at denne pasientgruppen blir ivaretatt på en måte som er til beste for alle. Dette ser jeg som student da fokuset på barn og unge til operasjon ikke er et direkte tema i forelesningene. Rammeplanen, studieplan og pensumlitteraturens posisjonering inn i operasjonssykepleiestudiet og fokus på barn har vært en sosial kamp på ulike måter og har hatt stor betydning for å avdekke barns og unges behov ved operasjon. Forandringen og utviklingen har tatt tid og vil ta tid før det blir lagt vekt på barn og unge til operasjon. Ved å belyse dette i min masteroppgave kan det være med på å rette et større søkelys mot barn og unge i operasjonssykepleierutdanningen.

Bourdieu's teoriunivers med tilhørende begreper kan fungere som et rammeverk for videre studier som omhandler barn og unge til operasjon. Denne studien reiser flere problemstillinger som kunne være aktuelt å undersøke videre for å få et bredere kunnskapsgrunnlag om temaet barn i operasjonsutdanningen. Forslag til undersøkelser kan for eksempel være:

- En observasjons/intervjuundersøkelse der man undersøker hvordan barn blir behandlet i operasjonsavdelingen.
- En feltanalyse hvor man ser på dominansforholdene og hvilke posisjoner som setter dagsorden for hvordan man behandler barn på operasjonsstuene.
- Et prosjekt der man ser på ulike læringsformer relatert til barn på tvers av utdanningene operasjon, barnesykepleie og anestesi sykepleie. Der det i form av simulering og undervisning lærer å imøtekomme barn og unge.
- Med tanke på at min studie kun inkluderer norske lærebøker som empiri, kunne det vært interessant å gjennomføre en tilsvarende studie i andre land og gjøre observasjoner av hvordan barn og unge tas inn i operasjonssykepleie utdanningen der.

Referanser

- Almås, H. (2005). *Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS.
- Barne- og familiedepartementet. (1994, september 27). 26, *NOU 1995:*. Hentet fra Barneombud og barndom i Norge (Lastet ned 21.02.2022 kl 11.17):
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1995-26/id115760/?ch=4>
- Barnekonvensjon, F. (1991, Januar 8). *barne- og familiedepartementet (lastet ned 2.5.2022 kl 21.54)*. Hentet fra
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Bjorvatn, B., & Danielsen, A. (2022, Mars 14). *tidsskriftet den norske legeforening*. Hentet fra
<https://tidsskriftet.no/2003/12/radesyken/radesyken-en-norsk-tragedie> (lastet ned 14.02.22 kl 09.45)
- Bjørndal Dahl, M. (2020). *Dagkirurgi - en helsepolitisk effektiviseringsstrategi?: En praxeologisk registrantanalyse av statlige føringer for dagkirurgi 1995-2020. (Masteroppgave. Høgskulen på*. Hentet fra
<https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopenxmlui/bitstream/handle/11250/2666964/Dahl.pdf?sequence=1> (lastet ned 23.04.22 kl 15.36)
- Borza, T. (2001, Desember 10). *Legeforening, Tidsskrift Den Norske*. Hentet fra
<https://tidsskriftet.no/2001/12/medisinsk-historie/spanskesyken-i-norge-1918-19> (lastet ned 06.03.22 kl 10.10)
- Bourdieu, P. (2007). *den praktiske sans. I s, 91- 109*. København: Hans Reitzels forl.
- Callewaert, S. (2014). *Habitus. I L. B. Bronstad, C. Jørgensen, M. Mottelson, & L. Muschinsky, (Red.) Ny pedagogisk opslagsbog (1. Utg)*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Dahl, J. (1998). Hentet fra <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/2461250/NIFU-skriftserie1998-14.pdf?sequence=1> (hentet 11.mars. 2022).
- DeMasto, D., & Snell, C. (2013). *Promoting coping in children facing pediatric surgery*. Hentet fra
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1055858613000358?casa_token=jJdG55wJBT8AAAAA:qIpGCerUjj7vEj_udqLarA4nZ6p-lhbApS3uSKQEFc0BqQ1_XYluZS223xvq_xHpYpZB1Y-SmRI (lastet ned 22.03.22 kl 17.43)
- Dåvøy, G. M., Eide, P. H., & Hansen, I. (2018). *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Eide, P., & Dåvøy, G. (2018). *Funksjons- og ansvarsområde. I G. Dåvøy, P. Eide, & I. Hansen, (Red.), Operasjonssykepleie (s.28-33*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Esmark, K. (2009). *Sociologi i fortidens fremmede land. I I. hammer selv, J. Arnholtz, & I. Willig, Refleksiv sociologi i praksis. Empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu*. København: Hans Reitzels Forlag.
- FNs barnekonvensjon. (1989). Hentet fra www.regjeringen.no (hentet 23.03.22 kl 09.30)
- Folkehelseinstituttet. (2021, mai 5). Hentet fra
<https://www.fhi.no/nettpub/tuberkuloseveilederen/forekomst-og-kontroll/1.-innledning/>.

- Forskrift om krav til mastergrad. (2005). *Forskrift til rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie (LOV-2005-04-01-15-§3-2)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1385?q=rammeplan%20for%20videreutdanning%20i%20operasjonssykeplei> (lastet ned 03.02.22 kl 14.23).
- Halvorsen, K., & Jerpseth, H. (2016). *sykepleien.no*. Hentet fra Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier (lastet ned 13.3.22 kl 11.26).
- Harrits, G. S. (2017). *Pierre Bourdieu*. Oslo: Jurist og Økonomforbundets Forlag.
- Helse og Omsorgsdepartemanget. (1999). *Pasient og brukerrettighetsloven (lastet ned 24.01.22 kl 09.13)*. Hentet fra <https://lovdata.no>.
- Helse og omsorgsdepartemanget. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Hentet fra <https://lovdata.no> (hentet 24.03.22 kl 11.43)
- Henneberg, S., & Hansen, T. (2015). *Børneanæstesi*. København: FADL's Forlag.
- Hernæs, N. (2018, Oktober 2). *sykepleien.no*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2018/09/det-var-helt-vanlig-barn-la-alene-pa-sykehus>
- Hofoss, D. (1980). *Spesialisering av helsepersonell: hvorfor og hvordan?* Oslo: Norges almenvitenskapelige forskningsråd's gruppe for helsetjenesteforskning (Rapport nr. 3).
- hvl.no. (2020, 08 17). Hentet fra <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/klinisk-sykepleie-operasjon/2020h/studieplan/> (lastet ned 23.03.22 kl 14.05).
- Høiland, M. (1996). *Operasjonssykepleie i over 40 år*. Oslo: Norsk sykepleierforbunds.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016 s.84-87). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (5 utg.)*. Oslo: Abstrakt. .
- Kristiansen, E. (2020). *Munnbindpraktikker ved kirurgiske inngrep: Et praxeologisk perspektiv (Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet)*. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/2668063> (lastet ned 23.04 kl 15.37)
- Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. I I. Hammerselv, I. H. Hansen, J. A. & I. Willig, *Refleksiv sosiologi i praksis*. Viborg: Hans Reitzels Forlag.
- Kutzsche, S., & Kutzsche, H. (2017, januar 30). *Kirurggen.no*. Hentet fra <https://kirurgen.no/fagstoff/ola-knutrud-1919-1996-barnekirurgiens-banebryter-i-norge/> (lastet ned 12.02.22 kl 17.43)
- lovdata.no. (2021, 10 26). *Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3095> (lastet ned 11.04.22 kl. 19.35)
- Lundar, L. (2020, mars 18). AVDELING FOR GASTRO- OG BARNEKIRURGI, OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS. *BARNEKIRURGI*. Hentet fra https://issuu.com/brataas/docs/kirurggen_2020-1?fr=sNTYxZDY1Mjc0OQ
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp*. Norsk sykepleierforbunds historie. Oslo: Norsk sykepleierforbund og J.W. Cappelens forlag.

- Mohn, E. S. (2000, september 13). «*Barnearbeid i industrien 1870-1915 - 'Manden i Barnet' må beskyttes*». Hentet fra <https://www.ssb.no/a/histstat/artikler/art-2000-09-13-01.html> (lastet ned 23.02.22 kl 12.13)
- Norsk barnekirurgisk forening. (2008, 12 04). Hentet fra <http://barnekirurgi.no/NBKF.html> (lastet ned 03.03.22 kl 10.15)
- NSD. (2020, Desember). *NSD - Norsk senter for forskningsdata*. Hentet fra <https://www.nsd.no/> (lastet ned 12.3.22 kl 10.24)
- NSFLOS. (2015). *Operasjonssykepleiers ansvars og funksjonsbeskrivelse*. Hentet fra <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/> ((lastet ned 1.4.2022 kl 10.50)
- NSFLOS. (u.a). *Operasjonssykepleiens historie*. Hentet fra <https://nsflos.no/nsflos/operasjonssykepleiens-historie/>
- Petersen, K. A. (1996). *Hvorfor Bourdieu?* København: Munksgaard.
- Pløen, I. (1950, oktober). Utdannelse av operasjonssøstre. *Sykepleien*.
- regjeringen.no. (2005). *rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf
- regjeringen.no. (2020, 10 26). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/rammeplaner/id435163/> (lastet ned 15.02.22 kl 12.00).
- regjeringen.no. (2021, 09 16). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/> (lastet ned 13.03.22 kl 13.21).
- REK. (2020, Desember). *REK – regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk*. Hentet fra <https://rekportalen.no> (lastet ned 12.03.22 kl 09.24)
- Schiøtz, A. (2003). Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003. I A. Schiøtz, *Folkets helse -landets styrke 1850-2003, Vol.2*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schiøtz, A. (2017). *Viljen til liv*. Oslo: Samlaget.
- Solheim. (1980). *Spesialsykepleiere – en nødvendighet! Den norske Lægeforenin, nr. 25*, ss. 1471-1472.
- Solheim, K. (1993). Kirurgi og anestesi. I K. Solheim, & B. Ingvaldsen. Oslo: Universitetsforlag.
- Strømskag, K. E. (2002, Mars 20). Hentet fra Anestesian kommer til Norge: <https://tidsskriftet.no/2002/03/merkesteiner-i-norsk-medisin/anestesian-kommer-til-norge> (lastet ned 04.02.22 kl 10.45)
- Stålcrantz, J. (2008, April 9). *fhi.no*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon/barnevaksinasjonsprogrammet/?term=&h=1> (14.02.22 kl 12.23)
- Sundal, H. (2014). *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus*. Hentet fra <https://core.ac.uk/reader/30810440> (lastet ned 12.01.22 kl 08.37)

Syse, A. (2001). Pasientrettighetsloven med kommentarer. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Hentet fra Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2001.

Wilken. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir akademisk forl.

Wilken, L. (2015). I P. bourdieu. Bergen: Fagbokforlaget.

Waage, H. (1901). *Lærebog i sygepleie*. Kristiania: Aschehoug & co.

Aakvaag , G. (2008). *moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forl.