



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

Etablering av Avansert hjemmesykehus for barn og unge i  
Norge - En praxeologisk studie

Establishment of Advanced home hospital for children and  
youth in Norway - A praxeological study

Marit Grødem

Master i klinisk sykepleie - Barnesykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder Rolf Horne, førsteamanuensis,  
Master i klinisk sjukepleie, Høgskulen på Vestlandet  
04. juni 2021

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

## Forord

Denne masteroppgaven representerer enden av masterløpet i klinisk sykepleie med spesialisering i barnesykepleie. Arbeidet med masteroppgaven har i sin helhet vært interessant, lærerikt, omfattende og utfordrende. Det har vært interessant å utforske hvordan og hvorfor Avansert hjemmesykehus (AHS) har oppstått som et alternativ til tradisjonell sykehusbehandling og sykehusopphold for barn og unge i Norge.

Det er mange som fortjener en takk. Først og fremst vil jeg takke veileder og førsteamanuensis Rolf Horne for god veiledning, konstruktive tilbakemeldinger og oppfølging gjennom hele prosessen. Takk for gode råd og støtte underveis.

Det har vært nytt og til tider krevende å bli kjent sitt Bourdieu sitt teoretiske univers. Takk for at jeg har fått muligheten til å bli inkludert i den Praxeologiske forskergruppen. Takk for nyttige innspill og inspirasjon til å forstå enda mer av Bourdieu sin vitenskapsteori. Det har gitt meg nye perspektiver til å betrakte virkeligheten og det sosiale livet på.

Jeg vil også rette en stor takk til nære og kjære, venner og familie for god støtte, oppmuntring og tålmodighet med meg. Takk for at dere har heiet meg frem gjennom disse intense og tidkrevende månedene. God oppvarming, fjellturer og sosiale avbrekk underveis har hjulpet til å holde motivasjonen oppe. Videre vil jeg takke for gode innspill, tilbakemeldinger og korrekturlesing. Det har vært god hjelp som jeg er takknemlig for.

Nå ser jeg frem til å flytte fokus over til andre perspektiver og bruke mer tid på sosiale relasjoner og livets mange gleder. Med en mastergrad er jeg klar til å tre inn i hverdagen som barnesykepleier, og skaffe egne erfaringer med AHS.

Bergen, juni 2021

Marit Grødem

## Sammendrag

Denne studien omfatter etablering av Avansert hjemmesykehus (AHS) for barn og unge i Norge, med hensikt å undersøke og identifisere vilkårene for at AHS etableres som et alternativ til tradisjonell sykehusbehandling. Formålet med studien er å vise hvorfor AHS har oppstått og hvordan AHS implementeres ved norske sykehus. Studien gransker en 20-års periode for å innta et historisk perspektiv for opprettelse og etablering av AHS, med formål om å skape en viss avstand til forskningsobjektet, og derved oppnå en viss distanse til nåtidige forandringer.

Studien er fundamentert i den franske sosiologen Pierre Bourdieus praxeologiske vitenskapsteori. Studien er en teoretisk empirisk studie, hvor empirien og bakgrunnsmateriale er avgrenset til skriftlige kilder. Analysestrategien er praxeologisk, og registrantanalyse er benyttet som forskningsmetode. Det er utført registrantanalyse av dokumenter fra utvalgte tidsskrifter fra og for sykepleiere og leger, dokumenter fra utvalgte norske sykehus med etablert AHS og regjeringsdokument som omtaler AHS.

Det overordnede forskningsspørsmålet er: «*Hvordan kan det være at det etableres AHS for barn og unge i Norge?*». For å svare på forskningsspørsmålet er argumentasjonen om AHS undersøkt og analysert i lys av Bourdieus praktikkteori, med bruk av analysebegrepene *symbolsk makt, habitus, doxa, sosialt rom og felt*. Begrepene er benyttet for å utforske og forstå sosiale praktikker. Dette for å få frem ulike perspektiver, antagelser og meninger om AHS fra ulike interessenters ståsted.

Studiens funn viser at det var flere argumenter i spill rundt etableringen av AHS. Økonomiske vilkår fikk størst gjennomslagskraft for å etablere Norges første AHS. Flere sykehus har fulgt etter, og helsetjenesten er nå etablert i alle helseregioner. Nye argumenter rettet mot barnets beste får større fokus. Helsetjenesten viser seg fordelaktig både for sykehuset og for barnet og familien rundt. Argumentene for etablering av AHS bør være balansert mellom økonomiske forhold og barnets beste.

**Nøkkelord:** Avansert hjemmesykehus, praxeologi, registrantanalyse, Bourdieu, praktikk, symbolsk makt, habitus, doxa, sosialt rom og felt

## Abstract

This study deals with the establishment of Advanced Home Hospital (AHH) for children and youth in Norway, where the main purpose is to identify the conditions for establishing AHH as an alternative to traditional hospital treatment. The purpose of the study is to examine and explain why AHH has arisen and how AHH is implemented at Norwegian hospitals. The study examines a 20-year period to take a historical perspective for the creation and establishment of AHH, with the aim of achieving a certain distance to the research object, and thereby gain a certain distance to current changes.

The study is based on the French sociologist Pierre Bourdieu's praxeological theory. The study is a theoretical empirical study, where the empirical data and the background material are limited to written sources. The analysis strategy is praxeological, and registrant analysis is used as the research method. A registrant analysis has been performed of documents from selected journals from and for nurses and physicians, background documents from selected Norwegian hospitals with established AHS and government documents mentioning AHH.

The overall research question is: *"How can it be that AHH is established for children and youth in Norway?"*. To answer the research question, the argument about AHH has been examined and analyzed in the light of Bourdieu's theory of practice using the analytical concepts of *symbolic power, habitus, doxa, social space* and *field*. The terms are used to explore and understand social practices. This is to bring out different perspectives, assumptions and opinions about AHH from the point of view of different stakeholders.

The study's findings show that there were several arguments in play regarding the establishment of AHS. Economic conditions had the greatest impact on establishing Norway's first AHS. Several hospitals have followed suit, and the health service is now established in all health regions. New arguments aimed at the child's best interests gain greater focus. The health service proves beneficial both for the hospital and for the child and the surrounding family. The arguments for establishing AHS should be balanced between financial conditions and the child's best interests.

**Key words:** Advanced home hospital, praxeology, registrant analysis, Bourdieu, practice, symbolic power, habitus, doxa, social space and field

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>i</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>ii</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>iii</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	<b>iv</b>
<b>Figurliste:</b> .....	<b>vi</b>
<b>Tabelliste:</b> .....	<b>vi</b>
<b>Forkortelser</b> .....	<b>vii</b>
<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1 <i>Bakgrunn og hensikt</i> .....	1
1.2 <i>Antagelse og analyse</i> .....	1
1.3 <i>Avklaringer og avgrensinger</i> .....	2
1.4 <i>Avansert hjemmesykehus for barn og unge</i> .....	3
1.4.1 <i>Nordisk perspektiv</i> .....	4
1.4.2 <i>Historisk fremstilling av AHS</i> .....	5
1.4.3 <i>Tidligere forskning om AHS</i> .....	8
1.5 <i>Tidligere praxeologiske studier</i> .....	9
1.6 <i>Studiens disposisjon</i> .....	9
<b>2.0 Teoretisk forankring og perspektiver</b> .....	<b>10</b>
2.1 <i>Praxeologisk vitenskapsteori</i> .....	10
2.2 <i>Praktikkteorien</i> .....	11
2.3 <i>Analytiske begrep for studien</i> .....	11
2.3.1 <i>Symbolsk makt</i> .....	11
2.3.2 <i>Habitus</i> .....	12
2.3.3 <i>Sosialt rom og felt</i> .....	12
2.3.4 <i>Doxa</i> .....	14
2.4 <i>Auto-sosioanalyse</i> .....	15
2.5 <i>Forskningsspørsmål</i> .....	15
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>17</b>
3.1 <i>Registrantanalyse</i> .....	17
3.2 <i>Analysespørsmål</i> .....	18
3.3 <i>Teknikk ved innsamling av data</i> .....	18
3.4 <i>Etiske vurderinger</i> .....	20
3.5 <i>Teknikk for rangering av studiens empiri</i> .....	20
<b>4.0 Analyse del I: Auto-sosioanalyse</b> .....	<b>22</b>
4.1 <i>Forfatterens posisjoneringer</i> .....	22

4.2	<i>Forfatterens posisjon og disposisjoner</i> .....	23
<b>5.0</b>	<b>Analyse del II: Konstruksjon av AHS som et sosialt rom</b> .....	<b>25</b>
5.1	<i>Posisjoner og disposisjoner som konstituerer det sosiale rommet av AHS</i> .....	26
<b>6.0</b>	<b>Analyse del III: Posisjoner for etablering av AHS</b> .....	<b>32</b>
6.1	<i>De dominerendes posisjoner om AHS</i> .....	32
6.1.1	<i>Posisjoner fra det overordnede maktfeltet (regjeringen)</i> .....	32
6.1.2	<i>Posisjoner fra sykehusene</i> .....	36
6.2	<i>De dominertes posisjoner</i> .....	42
<b>7.0</b>	<b>Konstruksjon av en teori om AHS</b> .....	<b>47</b>
7.1	<i>Den tradisjonelle sykehusbehandling brytes opp?</i> .....	47
7.2	<i>Kamp mellom det økonomiske og barnets beste?</i> .....	52
<b>8.0</b>	<b>Avslutning</b> .....	<b>54</b>
8.1	<i>Styrker, svakheter og begrensninger ved studien</i> .....	54
8.2	<i>Avsluttende kommentarer</i> .....	55
8.3	<i>Implikasjoner for videre studier</i> .....	56
	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>58</b>
	<b>Liste over vedlegg:</b> .....	<b>70</b>
	<i>Vedlegg 1: Studiens utvalgte AHS</i> .....	71
	<i>Vedlegg 2: Studiens agenter/posisjoner</i> .....	72
	<i>Vedlegg 3: Studiens empiri</i> .....	75
	<i>Vedlegg 4: Registrant</i> .....	78
	<i>Vedlegg 5: Indikatorer</i> .....	99
	<i>Vedlegg 6: Auto-sosioanalyse</i> .....	100

## Figurliste:

Figur 1: Historisk oversikt over etablering av AHS i Norge. ....	4
Figur 2: Illustrasjon av en forenklet oversikt over hendelser i utviklingen av AHS i Norge.....	6
Figur 3: Illustrasjon over sosialt rom og felt.....	14
Figur 4: En forenklet illustrasjon av det sosiale rom. ....	25
Figur 5: Illustrasjon som viser rangering av posisjoner.....	30
Figur 6: Det utadvendte sykehuset (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 50).....	35

## Tabelliste:

Tabell 1: Definisjon av indikatorer for å organisere dokumentenes disposisjon. ....	20
Tabell 2: Oversikt over dokumentenes posisjon. ....	27

## Forkortelser

AHS	Avansert hjemmesykehus
AHUS	Akershus universitetssykehus
BSF	Barnesykepleierforbundet
BUK	Barne- og ungdomsklinikken
FHI	Folkehelseinstituttet
HF	Helseforetak
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
HUS	Haukeland universitetssykehus
HS	Hjemmesykehus
Meld. St.	Melding til Stortinget
NAST	Nyfødtavdelingens ambulerende sykepleietjeneste
NBF	Norsk barnelegeforening
NHSP	Nasjonal helse- og sykehusplan
NPS	Norsk Pædiatrisk Selskap
NSD	Norsk senter for forskningsdata
NSF	Norsk Sykepleierforbund
OUS	Oslo universitetssykehus
Paidos	Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening
Prop.	Proposisjoner til Stortinget
REK	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
RHF	Regionale helseforetak
SABH	Sjukansluten Avancerad Barnsjukvård i Hemmet
SFK	Støtteforening for kreftrammede
St. Meld.	Stortingsmelding
SUS	Stavanger universitetssykehus
Sykepleien	Sykepleien – Tidsskrift for sykepleiere
TDNLF	Tidsskrift for Den norske legeforening
UNN	Universitetssykehuset i Nord-Norge



## 1.0 Introduksjon

Denne studien omhandler etablering av Avansert hjemmesykehus (AHS) for barn og unge i Norge. AHS er et tilbud som gir sykepleie, medisinsk behandling og oppfølging hjemme hos pasienten i stedet for på sykehuset (Børsting et al., 2021, s. 5). AHS er i dag etablert ved flere norske sykehus.

### 1.1 Bakgrunn og hensikt

Min interesse for AHS oppstod en dag på jobb som sykepleier ved en barneavdeling, hvor jeg kom i snakk med foreldrene til et kreftsykt barn som fortalte om deres erfaring med AHS fra et annet sykehus. Dette skapte en nysgjerrighet rundt hvorfor AHS på det tidspunktet ikke var etablert ved det sykehuset jeg har min tilknytning.

Gjennom praksisperioder under barnesykepleiestudiet hospiterte jeg ved AHS, noe som styrket min undring over ordningen og de tilhørende praksiser som ligger til grunn for etablering av den «forlengende armen» ut fra sykehus og inn i hjemmet. Hensikten med denne oppgaven er å utforske ideen og vilkårene for å flytte barn<sup>1</sup> som trenger avansert sykehusbehandling hjem. *Er det slik at AHS er det beste for barnet og familien, eller ligger det andre forklarende faktorer og føringer bak?* Fra dette utgangspunktet vil jeg gå inn i det umiddelbare og uttalte om AHS og analysere relevant empiri for å konstruere en teori om hvordan sykepleiere, leger, norske sykehus og det offentlige (regjeringen) i Norge omtaler AHS, både fra et historisk og et nåtidig perspektiv.

### 1.2 Antagelse og analyse

Studien er basert på antagelsen om at AHS er et godt alternativ til gjennomføring av sykehusbehandling, fundamentert i oppfattelsen av at syke barn har det best hjemme. Antagelsen er utforsket i lys av den franske sosiologen Pierre Bourdieus praktikkteori (jf. kap. 2.2) med tilhørende analytiske begreper (jf. kap. 2.3). Praxeologisk analysestrategi er anvendt

---

<sup>1</sup> Barn er i denne studien en samlebetegnelse på premature, nyfødte, spedbarn, barn og ungdom opp til 18 år.

for å undersøke antagelsen. Analysen er basert på registrantanalyse av et utvalg av empiriske kilder som analyseres for å undersøke hva ulike agenter<sup>2</sup> sier og mener om AHS (jf. vedlegg 4).

### 1.3 Avklaringer og avgrensinger

Denne studien er avgrenset til utvalgte skriftlige kilder som sier og mener noe om vilkårene for etablering av AHS, relatert til somatisk syke barn (jf. kap 3.3). Dette er ikke en studie som vurderer innhold, kvalitet eller virkningen av helsetjenestene som utføres gjennom AHS. Studien inntar heller ikke barne- og familieperspektivet, selv om dette også er et viktig og interessant aspekt.

Oppgavens fokus er å undersøke de sosiale forholdene ved etablering av AHS ut fra hvilke posisjoner og initiativtakere som har bidratt til etablering og utvikling av helsetjenesten. For å forstå og forklare nåtidens praksis ble det nødvendig å gå bak fasaden for å undersøke relevante dokumenter, og dermed kartlegge den historiske utviklingen av AHS (Mathiesen, 2002, s. 17). Det er undersøkt hvordan ulike tekster og dokumenter posisjonerer seg om AHS i tidsperioden 1998 og frem til i dag. 1998 er ti år før første AHS ble etablert, og valgt ut fra antagelsen om at årene før etablering også kan gi viktig informasjon (Helsedirektoratet, 2020, s. 3). Dette er gjort for å få overblikk over opphavet til AHS og skape en viss avstand til forskningsobjektet. Hovedtyngden av materialet i studien er fra 2010 til 2021, begrunnet i at det foreligger få dokumenter om AHS før denne tidsperioden. All litteratur vurdert i studien er samlet i referanselisten.

Dokumenter som omhandler tema som grenser til AHS, for eksempel barnepalliasjon i hjemmet, er ikke en del av denne studien. Studien tar heller ikke for seg konseptene «Virtuelt hjemmesykehus»<sup>3</sup> og hjemmeoppfølging via digitale møter<sup>4</sup> som har utviklet seg i løpet av den gjeldende tidsperioden. I perioden før AHS ble etablert foreligger det noe data om tilbudene

---

<sup>2</sup> En agent er en person, eller som i denne studien også er ulike tidsskrifter og dokumenter, som representerer faggrupper eller institusjoner som posisjonerer seg, som agerer sosialt i forhold til AHS (Bourdieu, 1997, s. 7).

<sup>3</sup> «Virtuelt hjemmesykehus» er et digitalt tilbud for oppfølging av premature og nyfødte ved tidlig hjemreise. Tilbudet er etablert ved sykehuset i Vestfold (Helsedirektoratet, 2020, s. 6).

<sup>4</sup> Nyfødtdavdelingen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i Tromsø tilbyr tidlig hjemreise og oppfølging via «Skype» (Lund et al., 2020).

«Hjemmebesøk<sup>5</sup>», «Hjemmeteam» og «Nyfødtavdelingens ambulerende sykepleietjeneste» (NAST)<sup>6</sup>, som er rettet mot spesifikke pasientgrupper. Tilbudene nevnes i liten grad i denne oppgaven.

De inkluderte regjeringsdokumentene er *Meldinger til Stortinget (Meld. St.)*, *Proposisjoner til Stortinget (Prop.)* og *Oppdragsdokumenter* til de regionale helseforetakene (RHF). Dokumenter fra tre norske offentlige sykehus, som alle har etablert AHS på ulike tidspunkt, er også inkludert. De utvalgte sykehusene er Oslo universitetssykehus (OUS), Haukeland universitetssykehus (HUS) og Lillehammer sykehus (jf. vedlegg 1). Tekster fra fagtidsskrifter fra leger og sykepleier er også inkludert, hvor initiativtakere til AHS danner data fra de ulike dokumentene som igjen danner grunnlag for analyse og som skal bidra til å gi svar på forskningsspørsmålene (jf. kap. 2.5). Det er med andre ord særlig interessant å avdekke hvilke posisjoner som er involvert i AHS, og hvordan de posisjonerer seg for dermed å kunne forstå og forklare etablering av AHS som et alternativ til tradisjonell sykehusbehandling og sykehusopphold.

## 1.4 Avansert hjemmesykehus for barn og unge

I 2008 ble Norges første AHS etablert ved Ullevål sykehus (Helsedirektoratet, 2020, s. 3). AHS er et frivillig tilbud for barn med behov for sykehusbehandling, hvor tilstanden defineres av legene som forsvarlig med behandling og oppfølging av spesialisthelsetjenestene hjemme. AHS er ikke avhengig av diagnose, men av helsetilstand og behandlingsbehov. Tilbudet forutsetter forsvarlig reiseavstand til sykehuset, og at tilbudet er ønsket av barnet og familien (Helsedirektoratet, 2020, s. 3, 14; Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 49).

AHS driftes og organiseres ulikt. Noen sykehus har etablert AHS som egne enheter, mens andre som en del av sengeposten. Helsepersonellens kompetanse bør være spesialisert for å

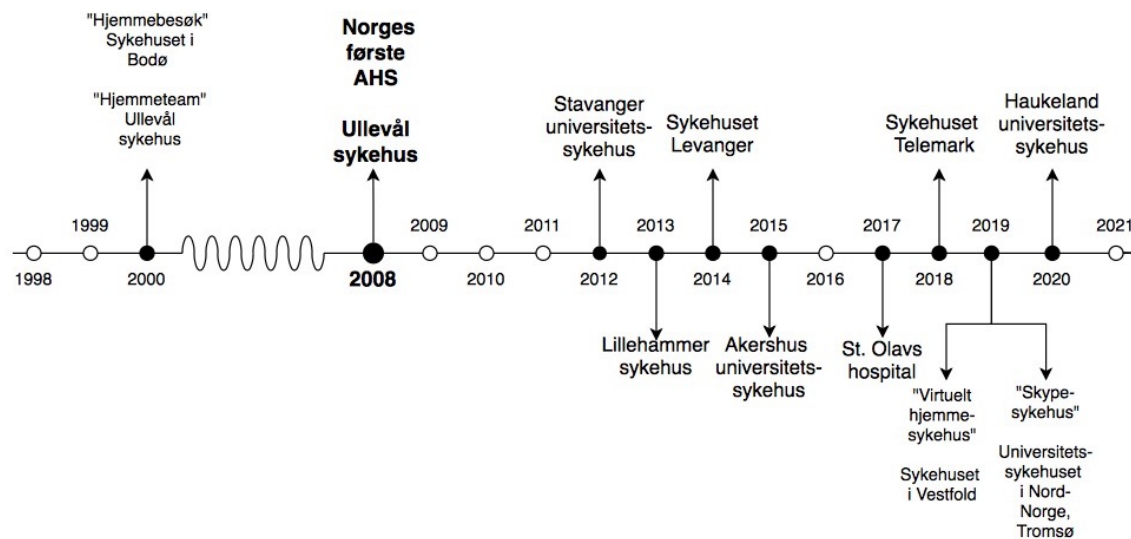
---

<sup>5</sup> «Hjemmebesøk» er et tilbud kan som organiseres ut fra sykehuset ved behov. Tilbudet ble iverksatt rundt år 2000 ved Sykehuset i Bodø (Toften, 2010, s. 67).

<sup>6</sup> «Hjemmeteam», også omtalt som «NAST» ved noen sykehus. Ullevål sykehus var først i Norge til å starte opp «Hjemmeteam» i 2000. Tilbudet muliggjør tidligere hjemreise for premature og syke nyfødte (Helsedirektoratet, 2020, s. 4-5).

kunne behandle og observere barnepasienter hjemme (Berg, 2019, s. 6; Helsedirektoratet, 2020, s. 3; Leonardsen, 2020; Lillehammer sykehus, u.å-c).

Fra statlig hold foreligger ønsket om utvikling av AHS (Prop. 1 S (2015-2016), 2015, s. 304). De siste årene har AHS ekspandert både ved større og mindre sykehus i Norge, se Figur 1 (Helsedirektoratet, 2020, s. 6-8; Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 50). Ifølge Helsedirektoratet er Norge sannsynligvis fremragende i Norden innen utvikling og etablering av AHS, selv om det fortsatt gjenstår en del før AHS inkluderer alle barn opp til 18 år uavhengig av diagnose og bosted (Helsedirektoratet, 2020, s. 5, 12).



Figur 1: Historisk oversikt over etablering av AHS i Norge.

Ullevål sykehus, som har vært en del av OUS siden 2009, tok først i bruk begrepet AHS i 2008 (Braut, 2018; Helsedirektoratet, 2020, s. 5). Selv om noen dokumenter anvender benevnelsen *hjemmesykehus* (HS), vil benevnelsen samles om AHS fordi det er spesialisthelsetjenesten med fagområdet pediatri som er ansvarlig for driften (Helsedirektoratet, 2020, s. 3).

#### 1.4.1 Nordisk perspektiv

AHS er ikke en norsk oppfinnelse. Før Norge etablerte AHS fantes det tilsvarende tilbud internasjonalt. Tidlig på 1990-tallet ble Nordens første AHS etablert i Odense i Danmark. Sverige etablerte *Sjukhusansluten Avancerad Barnsjukvård* (SABH) på slutten av 1990-tallet,

og Finland etablerte AHS i starten av 2000-tallet (Helsedirektoratet, 2020, s. 3-4). Tilbudene i Sverige og Danmark ble innført med mål om å effektivisere drift, redusere sykehuskostnader, og gjøre det mulig for syke barn å bli behandlet hjemme (Grøgaard, 2011a, s. 8; Støme, 2014, s. 9; Toften, 2010, s. 68). Erfaringer fra SABH, etter to års drift, oppsummerte at tilbudet var kostnadseffektivt og medisinsk sett minst like bra som tradisjonell sykehusbehandling (Andersen, 2002, s. 8).

#### 1.4.2 Historisk fremstilling av AHS

For å objektivere forståelsen av nåtidens praktikker er det nødvendig å få et overblikk over historiske endringer som har ligget i kjølvannet før AHS etableres, og den historiske utviklingen av AHS i Norge (Hammerslev & Hansen, 2009, s. 22; Mathiesen, 2002, s. 17). I lang tid har prinsippet om at barn og unge med behov for sykehusinnleggelse aller helst skal være innlagt ved en barneavdeling nærmest bopel (Norsk barnelegeforening, 1997, s. 26). Tradisjonelt har barnepasienter blitt på sykehuset under behandling (Meld. St. 11 (2015-2016), 2015, s. 74; Sundal, 2014).

Før AHS ble omtalt oppstod begrepet «områdepediatri» som ble lansert i 1979 av *Norsk barnelegeforening* (NBF) (Norsk barnelegeforening, 1997, s. 32). Områdepediatri, som barnelegen Ole Sverre Haga stod bak, var en arbeidsform som også omhandlet barnemedisin utenfor sykehuset. Formålet var at barneleger skulle dra ut fra sykehus til primærhelsetjenesten, i hovedsak til helsestasjoner, for å møte pasienter og veilede personalet der (Alme, 2006; Lunde & Holte, 2019, s. 16). Virksomheten ble ikke utviklet som tenkt (Norsk barnelegeforening, 2011, s. 25).

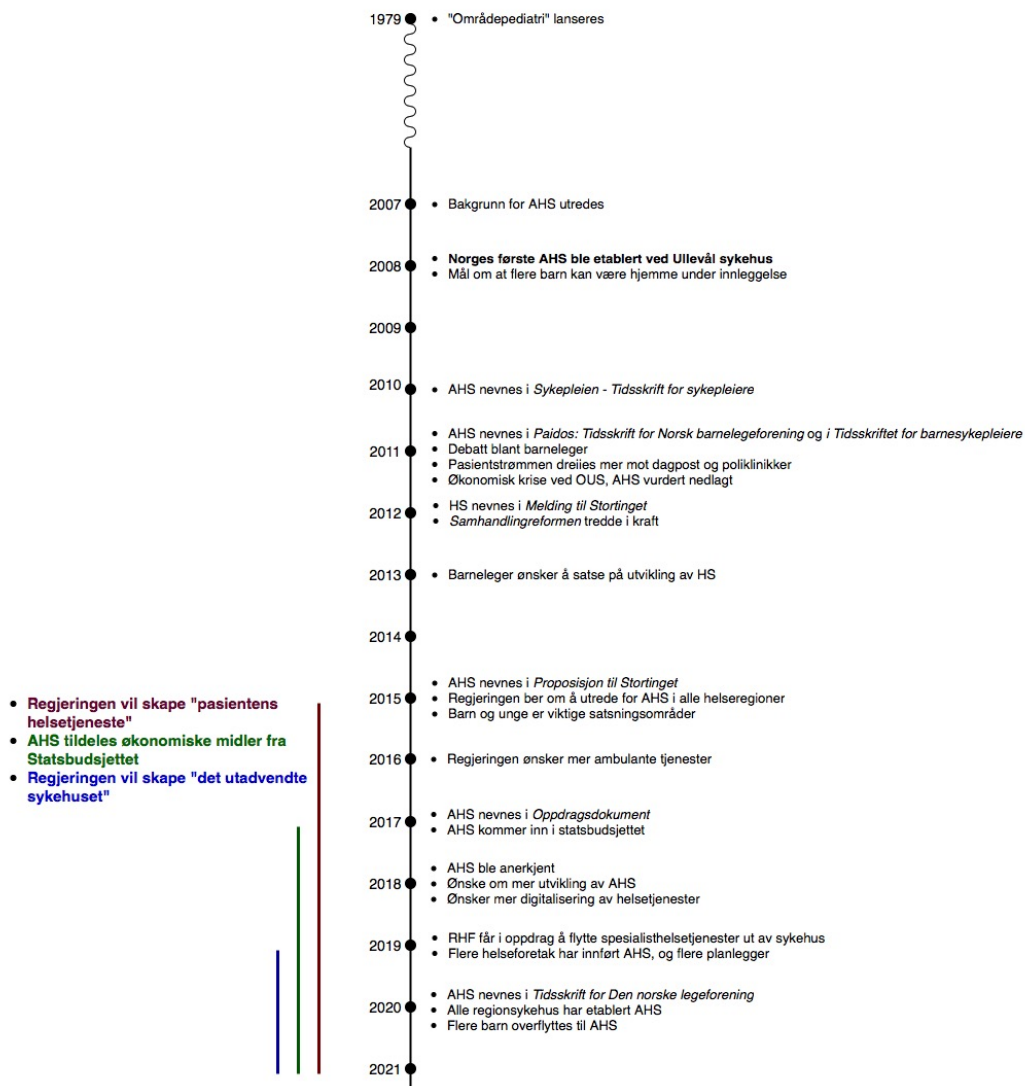
I årene før AHS ble etablert ved OUS utredet barnesykepleier Vigdis Margrete Ziener<sup>7</sup> bakgrunnen for etablering av AHS. På denne tiden var også økonomien ved sykehuset dårlig (Grøgaard, 2011a, s. 5). Ziener kjempet for etablering av AHS i flere år, og sammen med barnelegen Jens Grøgaard stabled de AHS på beina i 2008 (Hernæs, 2020a, s. 53). Under

---

<sup>7</sup> Vigdis Margrethe Ziener var prosjektleder og seksjonsleder ved AHS i elleve år ved OUS (Grøgaard, 2011a, s. 5; Hernæs 2020a, s.52).

åpningen av AHS holdt daværende helseminister, Bjarne Håkon Hansen, en tale hvor han introduserte et mål om at flere barn kan få være hjemme mens de er sykehuspasienter, begrunnet i at barn har det bedre og blir raskere friske hjemme. Han fremhevet også at tilbudet vil styrke samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

Gjennom tidene har det skjedd en dreining av pasientstrømmen fra innleggelse på sykehus til økt behandling ved dagpost og poliklinikker. Dette skapte behov for nye arbeidsformer. Moderne medisin gjør det mulig å behandle stadig mer, som igjen øker belastningen på sykehusene (Meld. St. 24 (2019-2020), 2020, s. 51; Norsk barnelegeforening, 1997, s. 20; St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 113).



Figur 2: Illustrasjon av en forenklet oversikt over hendelser i utviklingen av AHS i Norge.

Sykepleierne er først til å nevne AHS i *Tidsskriftet Sykepleien (Sykepleien)* i 2010, se Figur 2 (Toften, 2010, s. 66). Året etter publiseres en tilsvarende artikkel i *Tidsskrift for barnesykepleiere* (Toften, 2011, s. 15). Samme år posisjonerer barnelegene seg om AHS i *Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening (Paidos)* (Grøgaard, 2011a, s. 5). Legene gjennom *Tidsskrift for Den norske legeforening (TDNLF)* kom sist på banen til å omtale seg om AHS. I regjeringsdokumentene dukker begrepet HS for første gang opp i 2012, men er ikke relatert til barn (Meld. St. 13 (2011-2012), 2012, s. 19).

Det første tydelige sporet av AHS vises først av *Prop.* som posisjonerer frem anmodningsvedtaket: «*Stortinget ber regjeringen utrede muligheten for etablering av Avansert hjemmesykehus for barn innen alle helseregioner, samt kartlegge behovet for styrking av det eksisterende hjemmetilbudet*» (Prop. 1 S (2015-2016), 2015, s. 304). *Meld. St. 15* synliggjorde vedtaket året etter (Meld. St. 15 (2015-2016), 2016, s. 21). Vedtaket ble først fremmet i en *Innstilling til Stortinget* fra Helse- og omsorgskomiteen i 2015 (Innst. 379 S (2014-2015), 2015, s. 14).

Fra 2017 og årlig fremover tildeles økonomiske midler fra statsbudsjettet til utvikling og videreutvikling av AHS til barn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 11; 2018, s. 11; 2019, s. 10; 2020, s. 14; 2021b, s. 12). Tidligere fikk noen sykehus tildelt ekstra midler og ressurser til etablering, mens andre sykehus omorganiserte egne ressurser uten ekstra tilførte midler. Frivillige organisasjoner<sup>8</sup> har også bidratt med midler (Berg, 2019, s. 12-13; Grøgaard, 2011a, s. 5-6; Helsedirektoratet, 2020, s. 5; Lillehammer sykehus, u.å-a; Stiftelsen Sykehusbarn, u.å; Tronrud, 2020).

I løpet av de siste årene har det skjedd en utvikling ved at spesialisthelsetjenester kommer inn i hjemmet (Oslo universitetssykehus, 2020b, s. 9). I 2018 ble AHS anerkjent og ansett som innovasjon som skulle videreutvikles (Hernæs, 2020a, s. 53; 2020b, s. 56). RHF fikk i 2019 i oppdrag å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene. Regjeringen ønsket å skape «det utadvendte sykehuset» og øke bruken av teknologi (Helsedirektoratet, 2020, s. 2; Meld. St. 7

---

<sup>8</sup> Blant annet *Barnekreftforeningen, Støtteforeningen for kreftrammede (SFK)* og *Stiftelsen Sykehusbarn*.

(2019-2020), 2019, s. 8, 48-50). I 2020 var AHS etablert ved alle norske regionsykehus, se Figur 1 (Berg & Milde, 2021, s. 2, 4; Helsedirektoratet, 2020, s. 6-8).

### 1.4.3 Tidligere forskning om AHS

Det foreligger lite eller ingen spesifikk forskning om vilkår for etablering av AHS i Norge. Noen norske masteroppgaver tar for seg effekten og erfaringer ved implementering av AHS, helsepersonellens opplevelse av endringsprosessen ved AHS, økonomiske, organisatoriske- og strukturelle forhold, og familiære perspektiver (Bjørndalen, 2013; Haugsbakk & Harstad, 2020; Ponton, 2017; Støme, 2014). En pågående masterstudie utforsker bedrift- og samfunnsøkonomiske perspektiver ved AHS (Berg & Milde, 2021, s. 10).

Ifølge Helsedirektoratet foreligger det lite forskning på gevinsten av AHS for barn i Norge. Derimot foreligger det omfattende forskning på barns reaksjon ved sykehusbehandling, i tillegg til betydningen av barnets trygghet, trivsel, helse og utvikling. Både nasjonale og internasjonale erfaringer støtter opp om dette (Helsedirektoratet, 2020, s. 3). Folkehelseinstituttet (FHI) utarbeidet en rapport som sorterer og tar for seg internasjonal forskning for å identifisere hvilke områder og pasienter AHS er egnet for (Harboe et al., 2018).

For å undersøke tidligere forskning er det utført søk i *Oria*, *SveMed+*, *Cinahl*, *Google Scholar* og *Helsebiblioteket* ved å anvende og kombinerer søkeordene; *hospital-at-home*, *advanced home hospital*, *home care services*, *Norway*, *pediatrics* og *establishment*. «Snøball-metoden» til Polit og Beck (2017) er i denne sammenheng benyttet for å følge dokumenters referanser, og på den måten finne frem til relevante artikler (Polit & Beck, 2017, s. 492-493). Det er ikke funnet spor av forskning som undersøker hvordan AHS har oppstått i Norge, og heller ikke med en praxeologisk tilnærming som undersøker hvordan ulike interessenter stiller seg til AHS.

Denne praxeologiske studien ser på de sosiale eller de mer skjulte sidene av AHS, og er et bidrag til den samlede eksisterende forskning på temaet.



## 1.5 Tidligere praxeologiske studier

I arbeidet med denne studien har det blitt hentet inspirasjon fra andre praxeologiske studier. Masteroppgavene av Miriam Bjørndal Dahl (2020), Mari Gaupås Blindheim (2019) og Marianne Giske Holvik (2018) har vært til inspirasjon, særlig i forhold til det metodiske og analytiske ved studien.

Doktoravhandlingen til Rolf Horne (2016), som omhandler habilitering av hjelpetrequende barn og unge, har bidratt til inspirasjon for å forstå den praxeologiske vitenskapsteorien. Hildegunn Sundal (2014) sin avhandling har også vært til inspirasjon i arbeidet med historisering av AHS. Jesper Frederiksen (2016) sin avhandling om velferdsprofesjoner, sammen med Dahl (2020), har særlig inspirert til å rangere dokumentene (jf. kap. 3.5).

## 1.6 Studiens disposisjon

I påfølgende kapittel blir det teoretiske grunnlaget for oppgaven, basert på Bourdieus sine teorier og arbeid presentert. I metodedelen (jf. kap. 3.0) legges fremgangsmåten for analysing av dokumentene frem. I analysens første del (jf. kap. 4.0) er det utarbeidet en auto-sosioanalyse for å objektivere forfatteren, etterfulgt av en videre analyse av materialet (jf. kap. 5.0 - 6.0) fra registranten (jf. vedlegg 4). Deretter drøftes studiens forskningsspørsmål, og det konstrueres en teori om vilkår for etableringa av AHS i lys av den praxeologiske vitenskapsteorien (jf. kap. 7.0). Oppgaven rundes av med noen betraktninger og avsluttende kommentarer (jf. kap. 8.0).

## 2.0 Teoretisk forankring og perspektiver

Studien er gjennomgående basert på den praxeologiske vitenskapsteorien inspirert av arbeidet etter Pierre Bourdieu (1930-2002) (Callewaert, 2019, s. 1; Järvinen, 2013, s. 365). Før forskningsspørsmålene presenteres vil den relevante teoretiske bakgrunnen for forskningsspørsmålene legges frem og bli belyst og forklart.

### 2.1 Praxeologisk vitenskapsteori

For å forklare sosiale praktikker har Bourdieu praxeologisk vitenskapsteori som alternativ, og samtidig en kritikk av objektivismen og subjektivismen/fenomenologien (Callewaert, 2021, s. 1; Petersen, 1996, s. 128; Thornquist, 2018, s. 163). Han kombinerte fenomenologien og objektivismen som grunnlag for sin praksisteori. Dette vil si å kombinere, eller overskride, både det strukturelle og det individuelle som grunnlag for hvorfor mennesker gjør som de gjør (Mathiesen, 2002, s. 17; Petersen & Callewaert, 2013, s. 95-97; Aakvaag, 2008, s. 149).

Bourdieu utviklet flere begreper og teoretiske posisjoner<sup>9</sup>. Begrepene er relasjonelle og refleksive, som vil si at det utvikles stadig nye perspektiver av begrepene slik at man kan se nye aspekter ved tidligere problemstillinger og konklusjoner. Med andre ord er det ikke mulig å beskrive en endelig definisjon av hans begreper (Callewaert, 1992, s. 13; Petersen & Callewaert, 2013, s. 97; Wilken, 2008, s. 7-8).

Sosiale praksiser kan analyseres og forklares ved hjelp av begrepene sosiale posisjoner, disposisjoner<sup>10</sup> og posisjoneringer<sup>11</sup>. Det sosiale og det som står på spill i er, ifølge Bourdieu, gjerne skjult for det blotte øyet og må analyseres frem. Gjennom praxeologien søker man å forklare agentenes handlinger (Horne, 2016, s. 39; Petersen & Callewaert, 2013, s. 20).

---

<sup>9</sup> En posisjon kan defineres ut fra kapitalform eller kapitalmengde, som gjør at den skiller seg fra andre posisjoner i feltet. En posisjon kan f.eks. være en lege, sykepleier, sykehus og offentlige dokumenter (Horne, 2016, s. 39-48; Sestoft, 2006, s. 167).

<sup>10</sup> Disposisjoner kan være «anlegg» for å agere på bestemte måter i ulike situasjoner (Hjellbrekke & Osland, 2020, s. 275).

<sup>11</sup> Posisjoneringer forstås som meninger, gjerninger eller synspunkter (Sestoft, 2006, s. 169).

## 2.2 Praktikkteorien

Praktikkteorien, også kjent som den praktiske sans, orienterer og veileder agentenes handlinger. Ifølge Bourdieu er den praktiske sans opprinnelsen til sosiale hverdagspraktikker. Han mente at handlinger er drevet av en praktisk sans for hvordan man agerer i bestemte sammenhenger. Dette vil si at mennesker med samme habitus (jf. kap. 2.3.2) tenderer til samme oppførsel i tråd med deres subjektive disposisjoner og objektive strukturer som er kroppsliggjorte og ubevisste for agenten. Praktikkteorien er basert på miskjente maktrelasjoner, som igjen er basert på symbolsk makt (Bourdieu, 1997, s. 7; Callewaert, 2019, s. 3; Petersen, 1996, s. 125, 136; Wilken, 2008, s. 84).

Det avgjørende er at den praktiske sans skiller seg fra primære spontane opplevelser (Callewaert, 2019, s. 3). Den praktiske sans er en form for tilpasning til sosiale krav som er retningsgivende for en rekke handlinger, selv om de er ubevisste (Bourdieu, 2007, s. 110).

## 2.3 Analytiske begrep for studien

Videre i oppgaven benyttes begrepene *symbolsk makt*, *habitus*, *doxa*, *sosialt rom* og *felt*, og disse presenteres i dette delkapittelet.

### 2.3.1 Symbolsk makt

I samfunnet er det en skjev fordeling av hvor mye kapital (jf. kap. 2.3.3) og sosial status den enkelte har, som kan skape sosiale forskjeller. Symbolsk makt defineres som den makten dominerende klasser utøver ved å klassifisere verden og konstruere virkeligheten på måter som skjuler deres vilkårlige fordeler (Bourdieu, 1996, s. 40, 45; Wilken, 2008, s. 67; Aakvaag, 2008, s. 158). På denne måten kan man få andre til å se og tro på en verdensoppfatning, som for eksempel at AHS er en god idé.

Makten genereres i relasjoner mellom samfunnets dominerende felt. Symbolsk makt utløses automatisk og ubevisst, men er avhengig av sosial kapital. Makten får betydning for det sosiale rom (jf. kap. 2.3.3), og skapes mellom feltene og ikke i et felt. Symbolsk makt handler om

makten til å få en bestemt virkelighetsforståelse til å fremstå som objektiv og troverdig (Prieur, 2006, s. 51; Wilken, 2008, s. 69, 79). Den symbolske makten virker bare når den anerkjennes, som vil si når det vilkårlige ved den miskjennes. Makten blir definert gjennom et bestemt forhold mellom de som utøver makt og de som makten utøves på (Bourdieu, 1996, s. 45).

I det moderne samfunnet kan makten staten utøver forstås som symbolsk makt, og dermed kan staten i stor grad definere den sosiale virkeligheten. Statsfeltet har maktmonopol og handler om hvem som til enhver tid regjerer og bestemmer klassifikasjonsprinsippene, som både har allmenn og universell gyldighet (Wilken, 2008, s. 77-78). Symbolsk makt er med andre ord makten til å skape mening i verden, slik verden er (Harrits, 2017, s. 76).

### 2.3.2 Habitus

Habitus er et sentralt begrep som består av et system av varige og kroppsliggjorte disposisjoner som er en forklaring på hvorfor vi gjør som vi gjør i ulike situasjoner (Järvinen, 2013, s. 372). Habitus formes og tilpasses gjennom oppvekstmiljø og sosiale vilkår som endres gjennom livet. Tidlig sosialisering er viktig for dannelsen av de disposisjoner som individer handler i forhold til. Disposisjonene i habitus er tilegnet, men tilegnelsesprosessene er glemt eller fortrent. Disposisjoner kan benyttes, eller ikke benyttes, i ulike situasjoner. Dette innebærer at agentene i minst like stor grad husker med kroppen som med hodet. På den andre siden betyr det at kroppen formes av habitus, og at kroppen uttrykker habitus (Bourdieu, 2007, s. 92, 94; Prieur, 2006, s. 39; Wilken, 2008, s. 31, 37-38; Aakvaag, 2008, s. 160-162). Habitus står i relasjon til den posisjonen agenten har i det sosiale rom eller felt, for eksempel leger og sykepleiere i det medisinske felt (jf. kap. 2.3.3).

### 2.3.3 Sosialt rom og felt

Både sosiale rom og sosiale felt er teoretiske begreper som bygger på kapitalbegrepet. Agenters habitus og kapital kan relateres til bestemte posisjoner i det sosiale rommet, og står i relasjon til hverandre. Agenten vil opptre med ulike habituser i det sosiale rommet. Habitus og kapital kan bidra til å forklare posisjoneringer. Ved hjelp av det sosiale rommet kan

strukturen av posisjoner og relasjonen mellom dem konstrueres frem (Callewaert, 2021, s. 12-13; Sestoft, 2006, s. 167-169; Wilken, 2008, s. 51; Aakvaag, 2008, s. 151-155).

Bourdieu skiller mellom tre hovedformer for kapital; økonomisk-, kulturell- og sosial kapital. Økonomisk kapital består av økonomiske ressurser som kan investeres eller gi økonomisk avkastning<sup>12</sup> (Callewaert, 2021, s. 13; Aakvaag, 2008, s. 152). Kulturell kapital<sup>13</sup> er kunnskap, informasjon og ferdigheter, og henger sammen med arv, miljø og utdanning (Harrits, 2014, s. 128; Järvinen, 2013, s. 369). Sosial kapital består av tilgang til sosiale nettverk<sup>14</sup> gjennom relasjoner. Til mer økonomisk og kulturell kapital, til mer øker mulighetene for å profitere på sosial kapital. Betydningen av sosial kapital avhenger av mengden kapitalformer som andre agenter har (Wilken, 2008, s. 39, 56; Aakvaag, 2008, s. 153).

Kapital gir posisjonene plassering i det sosiale rommet og makt. Dette fører til at noen posisjoner dominerer mens andre blir dominert, som kan avdekkes gjennom sosiale praktikker (Callewaert, 2021, s. 13; Aakvaag, 2008, s. 151-155). Når kapitalformene oppfattes legitime i et spesifikt felt kan de konverteres til symbolsk kapital (Järvinen, 2013, s. 385). Symbolsk kapital finnes overalt og er det som anerkjennes som verdifullt, og kan være et redskap for å oppnå makt og dominans (Broady, 1991, s. 169-171; Hjellbrekke & Osland, 2010, s. 277).

### **Sosialt rom og felt**

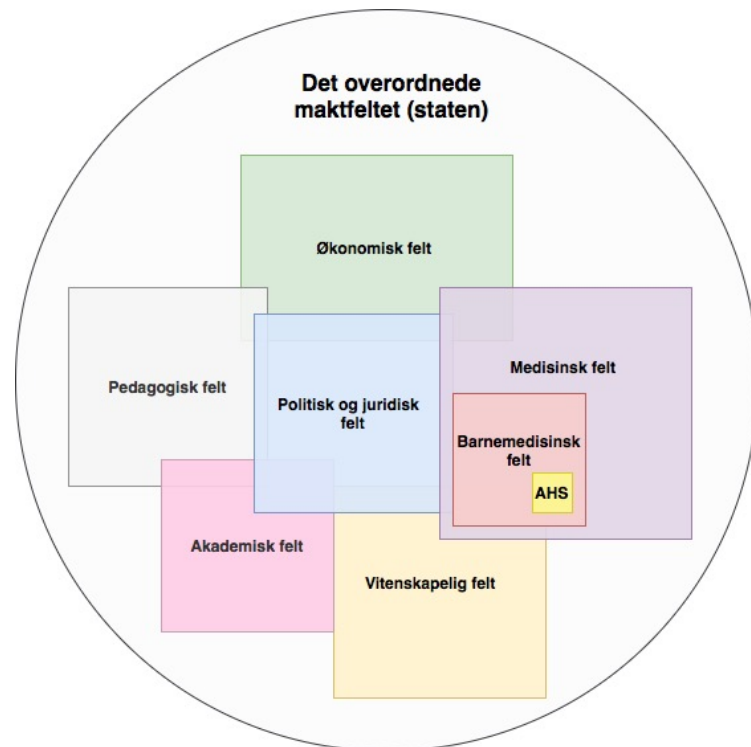
Den sosiale verden kan tenkes og teoretisk klassifiseres som felt og sosiale rom hvor sosial praksis foregår. Det finnes flere felt som alle har særegne interesser å kjempe for, og som alle er underlagt statlig kontroll gjennom lover og regler, se Figur 3 (Mathiesen, 2002, s. 19; Wilken, 2008, s. 38-39).

---

<sup>12</sup> Økonomisk avkastning som f.eks.; penger, aksjer, råvarer, eiendommer og annen materiell rikdom (Callewaert, 2021, s. 13; Aakvaag, 2008, s. 152).

<sup>13</sup> Kulturell kapital finnes i ulike former: Objektive former som i bøker og kunst, i kroppsliggjorte former som habitus eller disposisjon, eller i en institusjonalisert form som viser seg gjennom titler, diplomer, grader og autorisasjoner godkjent av staten (Callewaert, 2021, s. 13; Hjellbrekke & Osland, 2010, s. 276).

<sup>14</sup> Sosiale nettverk som f.eks.; familie, venner, organisasjoner og institusjoner (Aakvaag, 2008, s. 153).



Figur 3: Illustrasjon over sosialt rom og felt.

Figur 3 viser at det er mange felt som relaterer seg til hverandre, omgitt av det overordnede maktfeltet hvor staten regulerer og kontrollerer gjennom å vedta lover og forordninger, og utdele kapital, som for eksempel økonomiske overføringer. AHS har sin organisatoriske forankring i sykehuset og er dermed en del av det medisinske feltet hvor det blant annet kjempes om hva sykehuset skal beskjeftige seg med, hvordan sykehuset og behandlingen skal organiseres, og hvem som skal gjøre hva.

#### 2.3.4 Doxa

Ifølge Bourdieu er alle sosiale felt definert av grunnleggende «spilleregler» som agentene i feltet må slutte seg til. Spillereglene omtales som feltets doxa, og handler om hva som er rett og galt, normalt og unormalt, kvalifisert og diskvalifisert (Järvinen, 2013, s. 378; Wilken, 2008, s. 42; Aakvaag, 2008, s. 156-157). Agentene møter spillereglene på en måte som er preget av egen habitus (Hjellbrekke & Osland, 2010, s. 278).

Doxa er det usagte, det udiskutable, definert av de dominante posisjonene i rommet, og som agentene handler i forhold til og som gjør deltakelse i feltet meningsfylt. Dersom man står

utenfor feltet kan man lettere se og diskutere feltets regler (Wilken, 2008, s. 43). Når nykommere i et felt utfordrer doxa oppstår det et stormløp for å forsvare det etablerte. Bourdieu kaller angrepene på doxa for heterodoxa. Nye innspill endrer den gjeldende doxa og svekker den dominante posisjonen (Blindheim, 2019, s. 23; Aakvaag, 2008, s. 157).

## 2.4 Auto-sosioanalyse

Forfatterens innfallsvinkel til studien vil være preget av egen posisjon, disposisjoner og posisjoneringer. Delvis i det medisinske felt og nå på vei inn i det akademiske felt. Hva man har i bagasjen, det vil si hva som bidrar til hvordan man oppfatter verden, kan danne bestemte problemstillinger og posisjoneringer som har betydning for forskningsprosessen. Det kan være data som man genererer, refleksive prosesser og teoretiske konstruksjoner som samlet kan komme ut av arbeidet (Prieur, 2002, s. 110-111). Av den grunn vil en analyse av egen bakgrunn og sosial posisjon være av verdi, en såkalt auto-sosioanalyse (jf. kap. 4.0 - 4.2). Dette gjør forfatter bedre i stand til å håndtere egen påvirkning over forskningsarbeidet ved å bli mer bevisst over egen prekonstruert oppfattelse av virkeligheten (Hammerslev & Hansen, 2009, s. 16-17; Horne, 2016, s. 41; Wilken, 2008, s. 86-87).

## 2.5 Forskningsspørsmål

Det overordnede spørsmålet studien søker svar på er som følgende: «*Hvordan kan det være at det etableres AHS for barn og unge i Norge?*».

For å finne svar skapes spørsmål om hvordan AHS oppstod, hvordan det har utviklet seg over tid og ikke minst hvordan og hvem som har gjort og sagt hva for at AHS er i ferd med å etableres ved stadig flere sykehus.

Følgende underspørsmål er:

- *Hvilke posisjoner utgjør det sosiale rom for etablering av AHS?*
- *Hvordan posisjoneres sykepleiere, leger, utvalgte sykehus og det offentlige (regjeringen) i Norge seg om AHS?*

- *Hvorfor posisjonerer de ulike agenter seg slik de gjør?*

I oppgavens neste kapittel vil det redegjøres for benyttet metode, og studiens dokumenter presenteres.



## 3.0 Metode

Dokumentanalyse er valgt som forskningsmetode for å besvare forskningsspørsmålene (jf. kap. 2.5). Innenfor den praxeologiske vitenskapstradisjonen blir registrantanalyse brukt som dokumentanalyse. Dokumentene tildeles en posisjon i det sosiale rommet av AHS (jf. kap. 3.5).

### 3.1 Registrantanalyse

Registrantanalyse er en effektiv og systematisk måte å registrere, gjennomarbeide og danne en god oversikt over store mengder informasjon. Det er utført registrantanalyse av skriftlige kilder, forstått som agenter, og videre som posisjoner (Kropp, 2009, s. 173-175; Mathiesen, 2002, s. 34). De skriftlige kildene er regjeringsdokumenter, sykehusdokumenter og artikler og innlegg fra fagtidsskrifter fra leger og sykepleiere.

Registrantanalysen består av ulike registranter, som er en samling av korte referater basert på systematisk lesing av dokumenter. Analysespørsmålene (jf. kap. 3.2) er stilt til de ulike dokumentene for å analysere agentens posisjon og identifisere de ulike posisjoneringene (Esmark, 2009, s. 194; Kropp, 2009, s. 173-175, 180). Posisjoneringene kan være for eller imot AHS.

For å oppnå et historisk perspektiv er det utført registrantanalyse av dokumenter fra ca. 20 år tilbake i tid for å fange opp endringer som kanskje kan forklare hvorfor AHS har oppstått. Ved hjelp av metoden kan man også analysere historiske prosesser som er avgjørende for å få en forståelse av hvorfor agenter agerer slik de gjør. Metoden kan bidra til å se på AHS sine institusjonelle forhold til agentenes praksisformer og holdninger. Nåtidige sosiale praktikker kan sammenlignes med historiske sosiale praktikker. Det kan bidra til å kunne spore hendelser og forandringer som har iverksatt historiske prosesser (Kropp, 2009, s. 174, 180-184).

Oppgavens forskningsdata er dokumenter fra registranten (jf. vedlegg 4), hvor samlet data er fra ulike posisjoner. Registrantanalysen er utført med et formål om å avdekke hvordan og hvorfor ideen om AHS har oppstått. For å understøtte forskningsdataene er det i tillegg brukt noen andre kilder som bakgrunnsmateriale (Kropp, 2009, s. 173-175, 182).

### 3.2 Analyse spørsmål

Studien er basert på Bourdieus teori og analysebegreper (jf. kap. 2.2 og 2.3). Følgende spørsmål er stilt til dokumentene:

- *Hva er tittelen på dokumentet?*
- *Når er dokumentet utgitt?*
- *Hvem er agenten og hvilken posisjon står bak dokumentet?*
- *Hvilken posisjon har agentene i det sosiale rommet?*
- *Hvordan posisjonerer ulike posisjoner seg om AHS?*

### 3.3 Teknikk ved innsamling av data

Studiens empiriske materiale er kilder som representerer ulike agenter som er sentrale i forhold til AHS (jf. vedlegg 2), og konstruerer frem sammenheng mellom agentenes posisjoner og posisjoneringer i det sosiale rommet (Järvinen, 2013, s. 372). For å samle inn relevante dokumenter er søkeordene; *avansert hjemmesykehus, hjemmesykehus, ambulante tjenester og det utadvendte sykehuset* benyttet i elektroniske tidsskrifter og i regjeringsdokumenter.

#### **Regjeringsdokumentene**

Inkluderte regjeringsdokumenter (jf. vedlegg 3.1) er i hovedsak utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)<sup>15</sup>, med unntak av to *Meld. St.*<sup>16</sup>. *St. Meld. nr. 47*, som presenterer *Samhandlingsreformen* (St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009), er inkludert selv om den ikke gav direkte søketreff. Dette på bakgrunn av at flere dokumenter henviser til *Samhandlingsreformen* fordi den legger føringer for utvikling av helse- og omsorgstjenester. Derimot er *Oppdragsdokumenter* til de ulike RHF i perioden 2004-2021 gransket og inkludert, med unntak av 2007-2009, og 2012, da disse ikke er tilgjengelige elektronisk. *Oppdragsdokumentene* presenterer tilnærmet det samme, og dermed er *Oppdragsdokumenter* til Helse Vest RHF utvalgt.

---

<sup>15</sup> HOD ble etablert i 2004, og er et av flere departement i regjeringen (Berg & Aspøy, 2020).

<sup>16</sup> Kunnskapsdepartementet og Statsministerens kontor.

## Sykehusdokumentene

Inkluderte sykehusdokumenter (jf. vedlegg 3.2) er gjort tilgjengelig for denne studien. Fra OUS ble to av dokumentene tilsendt<sup>17</sup>. Rapporten *Evaluering av innovasjonsprosjektet: Avansert Hjemmesykehus, pasienter tilknyttet OUS i alderen 0-18 år* (Oslo universitetssykehus, 2014) er et internt dokument fra OUS som bygger på resultater fra en masteroppgave som tar for seg kostnadssiden ved AHS (Støme, 2014). Rapporten *Spesialisthelsetjenester i hjemmet – OUS Hjemme* (Oslo universitetssykehus, 2020b) er en konseptutredning som er ikke unntatt offentligheten, og kan dermed brukes fritt. Alle dokumenter fra Lillehammer sykehus ble tilsendt<sup>18</sup> (Lillehammer sykehus, u.å-a, u.å-b, u.å-c). Rapportene fra HUS har forfatter fått tilgang til via helseforetaket (HF) sitt intranett med tillatelse<sup>19</sup> til å anvende (Berg, 2019; Berg & Milde, 2021).

## Fagtidsskriftene

De utvalgte fagtidsskriftene (jf. vedlegg 3.3 og 3.4) er leger, barneleger, sykepleiere og barnesykepleier sine talerør (jf. vedlegg 2.4). Disse er utvalgt grunnet studiens nasjonale fokus. *TDNLF* er undersøkt elektronisk fra 2000 og frem til i dag, med funn av to relevante dokumenter. *Paidos* er også gjennomgått elektronisk fra 2002 og frem til i dag. *Sykepleien - Tidsskrift for sykepleiere* sitt elektroniske arkiv, og videre søk på nettsiden sykepleien.no, er undersøkt fra tidsperioden fra 1998 til 2021. Heretter i denne studien er både *Tidsskriftet Sykepleien*, *Sykepleien Forskning* og sykepleien.no dekket med «Sykepleien» som en felles benevnelse. Publisering kanal fremgår i registranten (jf. vedlegg 4). Årganger av fagtidsskriftene som ikke er funnet elektronisk er undersøkt i papirutgave, med unntak av *Tidsskrift for barnesykepleiere*, som er gjennomgått fra 2001 og frem til 2018, da det ikke er utgitt tidsskrifter etter dette.

---

<sup>17</sup> Elisabeth D. Sørvalg, spesialrådgiver ved innovasjonsavdelingen, kan kontaktes for tilgang til dokumentene (eldrso@ous-hf.no).

<sup>18</sup> Kristin M. Bokrudstad kan kontaktes for tilgang til dokumentene (kristin.m.bokrudstad@sykehuset-innlandet.no).

<sup>19</sup> Helle L. Milde kan kontaktes for tilgang til dokumentene (helle.laurvig.milde@helse-bergen.no).

### 3.4 Ethiske vurderinger

Denne studien berører ikke mennesker direkte, og derav har det ikke vært behov for å søke godkjenning fra *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk* (REK) (REK, u.å). Godkjenning fra *Norsk senter for forskningsdata* (NSD) har heller ikke vært nødvendig (NSD, u.å).

Studiens materiale er behandlet respektfullt og varsomt gjennom fortolkning. Anvendt empiri er i all hovedsak offentlige og tilgjengelige dokumenter. Dokumentene fra sykehus har forfatter fått tilgang til ved etterspørsel uten behov for konfidensialitetsavtale. Dokumentene er likevel behandlet konfidensielt.

### 3.5 Teknikk for rangering av studiens empiri

For å vurdere og kartlegge studiens empiri (jf. kap. 3.3), er det satt opp indikatorer for å rangere kapitalmengde, og dermed hvilken posisjon, dokumentene har i det sosiale rommet. Inspirasjon for å definere kapitaler er hentet fra avhandlingene til Frederiksen (2016, s. 134) og Dahl (2020, s. 25), som anvender den praxeologiske metoden, se Tabell 1.

Tabell 1: Definisjon av indikatorer for å organisere dokumentenes disposisjon.

Disposisjon	Indikatorer
<b>Økonomisk kapital</b>	<u>Øk 3</u> : Dokumenter/posisjoner som direkte understøtter AHS økonomisk. <u>Øk 2</u> : Dokumenter/posisjoner som har mulighet til å understøtte AHS økonomisk. <u>Øk 1</u> : Dokumenter/posisjoner som har ingen, eller i liten grad mulighet understøtte AHS økonomisk.
<b>Kulturell kapital</b>	<u>Ku 3</u> : Dokumenter/posisjoner som tydelig legger direkte rammer og føringer for AHS. <u>Ku 2</u> : Dokumenter/posisjoner som argumenterer om AHS. <u>Ku 1</u> : Dokumenter/posisjoner som inneholder veiledning relatert til AHS.

<b>Sosial kapital</b>	<p><u>So 3:</u> Dokumenter/posisjoner som direkte eller indirekte påvirker AHS som alternativ sykehusbehandling, og/eller fagtidsskrift tilknyttet en organisasjon med medlemsmasse over 20.000 medlemmer.</p> <p><u>So 2:</u> Dokumenter/posisjoner som til en viss grad påvirker og berører AHS som alternativ til sykehusbehandling, og/eller fagtidsskrift tilknyttet en organisasjon med en medlemsmasse fra 1000 til 20.000 medlemmer.</p> <p><u>So 1:</u> Dokumenter/posisjoner som ikke direkte påvirker AHS som alternativ til sykehusbehandling, og/eller fagtidsskrift tilknyttet en organisasjon med en medlemsmasse under 1000 medlemmer.</p>
-----------------------	--

De ulike kapitalformene (jf. kap. 2.3.3) danner disposisjoner som har betydning for hvilke meninger og argumenter som verdsettes gjennom posisjoneringer, og er viktige for å avdekke meningene i kampen om hva det kjempes om (Frederiksen, 2016, s. 131). Innenfor hver kapitalform er det tre indikatorer som angir en tallverdi. Den samlede tallverdien for hvert dokument angir en poengsum<sup>20</sup> for totalvolum av kapital. Tallverdi er omgjort til høy, middel eller lav posisjon (jf. kap. 5.1 og Tabell 2). Dette kartlegger dokumentene sine disposisjoner som en del av posisjoneringene (Frederiksen, 2016, s. 136).

Etterfulgt av den metodiske tilnærmingen er Bourdieus teori og analytiske begrep (jf. kap. 2.2 og 2.3) lagt over empirien gjennom en refleksiv prosess. Dette for å analysere og tolke med et mål om å forstå og forklare agentenes posisjoner, disposisjoner og hvordan de posisjonerer seg for å konstruere en teori om AHS som svar på forskningsspørsmålene (jf. kap. 2.5).

---

<sup>20</sup> Høy = 7-9 poeng, middels = 4-6 poeng og lav = 1-3 poeng.

## 4.0 Analyse del I: Auto-sosioanalyse

I analysens første del er det utført en mindre konstruksjon av forfatterens habitus og posisjoneringer (jf. vedlegg 6). Forfatteren er en del av den sosiale verden, og dermed vil forfatteren ha en prekonstruert forforståelse av forskningsobjektet (Prieur, 2002, s. 117; Prieur & Sestoft, 2006, s. 226).

### 4.1 Forfatterens posisjoneringer

Jeg har nylig fullført videreutdanning i klinisk sykepleie, spesialisert i barnesykepleie, og holder på med mastergraden. Mitt yrkesvalg falt på sykepleier fordi jeg ønsket å jobbe med mennesker. For meg har det alltid vært viktig å vise omsorg, hjelpe og kunne bety noe for andre. Sykepleieryrket virket interessant, variert og utfordrende med mange muligheter.

Tidlig under sykepleiestudiet bestemte jeg meg for å jobbe med syke barn. Etter fullført bachelorgrad i sykepleie har jeg vært en del av det barnemedisinske feltet på sykehuset. Som sykepleier har jeg alltid hatt et ønske om å utøve sykepleie etter barnets beste. Dette kan ses i sammenheng med min overbærende posisjonering om at jeg ønsker å være en sykepleier som jeg selv ville hatt, dersom det var jeg som var pasient.

Det at jeg valgte å ta en mastergrad kommer av mine ambisjoner. Jeg har alltid vært søkende etter å øke kunnskap og kompetanse, særlig innenfor barnemedisin. Mastergraden vil også styrke min posisjon som sykepleier og åpne opp for flere muligheter i min yrkeskarriere. Etter fullført mastergrad tiltrer jeg i en heltidsstilling med kombinasjonen AHS og sengepost ved et sykehus i Norge.

Min familie betyr mye og har en viktig plass i livet mitt. Gjennom oppveksten har jeg erfart nestekjærlighet. Mine foreldre har alltid støttet og oppmuntret meg, og ønsket meg det beste. Dette henger sammen med mine ønsker for de rundt meg. Mine posisjoneringer om AHS er at det er en god helsetjeneste som ivaretar barnets beste, noe som er viktig for meg.

Min familie og mitt barndomshjem har alltid vært en trygg og stabil arena for meg. Betydningen av hjemmet som en sosial arena kan bidra til å forklare min oppmerksomhet og holdninger til AHS. Jeg oppfatter hjemmet som en god arena som holder fast på det trygge og kjente. Hjemme legges forholdene til rette for at barn får være barn selv om de er syke. Barn får leke, spise, sove og utfolde seg på sin egen hjemmebane i trygge omgivelser. Familien får være mer samlet og hverdagene normaliseres i størst mulig grad.

#### 4.2 Forfatterens posisjon og disposisjoner

Mine habituelle disposisjoner har sitt opphav fra barndommen. Jeg er en kvinne født tidlig på 1990-tallet. Jeg er oppvokst sammen med min familie på en bondegård i landlige omgivelser, utenfor en mindre by på Vestlandet. Jeg vokste opp med mine foreldre som er gift, ett eldre, og tre yngre søsken, og med besteforeldre i nabohuset.

Mine foreldre er utdannet regnskapsførere, men er i dag bønder på heltid. Far er også utdannet agronom, og overtok sine foreldres gård når jeg var liten. Gårdsdriften består i hovedsak av melk-, korn- og smågrisproduksjon. Mor valgte å bli hjemmeværende etter at hun fikk barn. Arbeidsfordelingen hjemme har vært tradisjonell, hvor mor først og fremst har tatt seg av husarbeid og matlaging, mens far har arbeidet på gården. Etter hvert som mine yngre søsken ble eldre arbeidet mor enda mer på gården. Min storesøster valgte utdanning i samme retning som mine foreldre, mens jeg og min lillesøster valgte sykepleierutdanningen. Mine to lillebrødre valgte yrkesfaglig utdanning.

Opp igjennom årene har jeg deltatt i noe gårdsarbeid, men fant aldri den store interessen. Jeg trivdes bedre med hus- og hagearbeid, matlaging og barnepass av yngre søsken og de barna jeg var passepike for. Som 15-åring fikk jeg min første jobb utenfor gården, og siden har jeg alltid hatt jobb ved siden av skole. I barndommen lærte jeg tidlig å spare penger for å opparbeide økonomisk kapital som har gitt muligheter i forhold til utdanning. Jeg har fått penger som inntekt for utført arbeid, og ikke som et resultat av gode prestasjoner.

Mot slutten av videregående skole hadde jeg bestemt meg for å bli sykepleier, og tok dermed et «friår» på bibelskole og flyttet til Nord-Norge. Året etterpå flyttet jeg hjem igjen for å jobbe et år, fordi jeg var usikker på sykepleieryrket. For å utforske sykepleieryrket søkte jeg jobb ved et sykehjem. På sykehjemmet fant jeg meg aldri helt til rette, og dermed eliminerte jeg den eldre pasientgruppen.

Som 20-åring flyttet jeg til en større by på Vestlandet, som jeg fortsatt bor i. For å utforske det akademiske feltet ble det først et årstudium i psykologi, kombinert med en deltidsjobb i barnehage. I løpet av det året bestemte jeg meg igjen for sykepleieryrket. På sykepleierstudiet trivdes jeg, og likte kombinasjonen av teori og praksis. Underveis i studiet ble det tydelig for meg at jeg ønsket å jobbe med barn. Med tre års sykepleiererfaring fra barneavdeling søkte jeg meg inn på videreutdanning i barnesykepleie for spesialisering innenfor det barnemedisinske feltet. Under mastergraden valgte jeg å plassere meg innenfor den praxeologiske vitenskapstradisjonen.

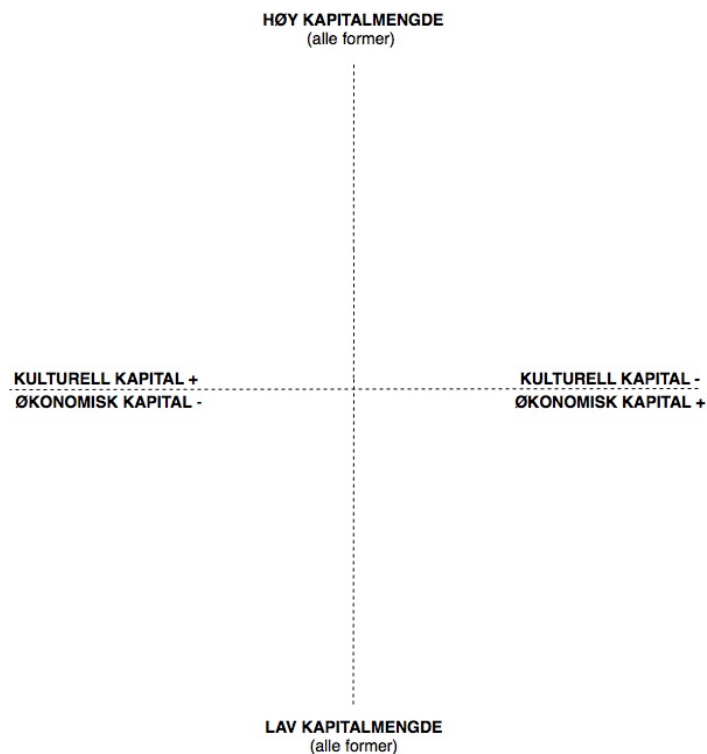
I det påfølgende kapittelet vil de ulike posisjonene som er involvert i spørsmålet om AHS konstrueres inn i det sosiale rommet av AHS.



## 5.0 Analyse del II: Konstruksjon av AHS som et sosialt rom

I lys av Bourdieus teori om felt kan AHS forstås som et sosialt rom (jf. kap. 2.3.3) av det barnemedisinske feltet. Dette fordi AHS er finansiert og organisert ut fra barne- og ungdomsklinikker ved sykehus (Berg, 2019; Berg & Milde, 2021; Lillehammer sykehus, u.å-b, u.å-c; Oslo universitetssykehus, 2014, 2020b). Fordi behandlingen under AHS foregår i hjemmet griper AHS også inn i det private og familiære rom. I spørsmålet om etablering av AHS viser det empiriske materialet at det er en rekke agenter og posisjoner involvert, noe som analysen vil avdekke gjennom en følgende dokumentanalyse. Dette for å konstruere en teori om etablering av AHS i Norge (Mathiesen, 2002, s. 11).

Det sosiale rommet konstrueres frem først ved å avdekke hvordan ulike posisjoner plasserer seg med utgangspunkt i økonomisk og kulturell kapital, se Figur 4 (Rosenlund & Prieur, 2006, s. 128). Som tidligere omtalt kan plassering og avstander i det sosiale rommet bidra til å forklare posisjonenes plasseringer. Den øverste posisjonen har mest samlet kapital og er dermed den dominante med mest innflytelse (Bourdieu, 1995, s. 34-35).



Figur 4: En forenklet illustrasjon av det sosiale rom.

Den vannrette linjen skiller mellom kulturell og økonomisk kapital (Järvinen, 2013, s. 385). For posisjoner som plasseres til høyre er det den økonomiske kapitalen som er størst og viktigst. For posisjoner plassert til venstre er den kulturelle kapitalen av størst betydning. Den loddrette linjen skiller mellom et stort og et lite samlet kapitalvolum. Til mer økonomisk og kulturell kapital posisjonen har, til høyere stiger man i samlet kapitalvolum, noe som gir en høyere plassering i hierarkiet og i det sosiale rommet (Bourdieu, 1995, s. 34-35; Rosenlund & Prieur, 2006, s. 128).

Symbolisk makt, og dermed innflytelse, for etablering av AHS blir dannet ved omgjøring av kapitalformene, særlig når kapitalene anerkjennes i det spesifikke feltet, og særlig av det overordnede maktfeltet som så kommer til uttrykk gjennom posisjonenes posisjoneringer.

### 5.1 Posisjoner og disposisjoner som konstituerer det sosiale rommet av AHS

I det sosiale rommet er flere agenter involvert, og utgjør ulike posisjoner som posisjonerer seg ulikt i etableringen av AHS. Agentene er sykepleiere, leger, utvalgte sykehus og staten gjennom HOD (jf. vedlegg 2). Posisjoneringene kommer til uttrykk som sosial praksis gjennom ulike kanaler, som for eksempel regjeringsdokumenter, sykehusdokumenter og fagtidsskrifter, som utgjør det empiriske materialet i denne studien (jf. vedlegg 4).

Posisjonene har ut fra Tabell 1 blitt verdsatt med en poengsum basert på totalvolum av kapital, og er dermed rangert til en posisjon i det sosiale rommet (jf. vedlegg 5). Posisjoneringer fra et dokument som verdsettes med høyt kapitalvolum får en høy posisjon, og dermed større mulighet og makt til å påvirke praksis og dominere over posisjoner med lavere kapitalvolum (Frederiksen, 2016, s. 131-135). I datagrunnlaget er det ingen posisjoner som rangeres til den laveste klassifiseringen, se Tabell 2.

Tabell 2: Oversikt over dokumentenes posisjon.

<b>Høy posisjon:</b> (dominerende)	<i>Oppdragsdokument, Melding til Stortinget, Proposisjon til Stortinget, sykehusdokumenter fra OUS, HUS og Lillehammer sykehus</i>
<b>Middels posisjon:</b> (dominerte)	<i>Tidsskrift for Den norske legeforening, Sykepleien – Tidsskrift for sykepleiere, Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening, og Tidsskrift for barnesykepleiere</i>
<b>Lav posisjon:</b>	

### Regjeringsdokumenter

Regjeringsdokumentene (jf. vedlegg 3.1) er utgitt av HOD, som er underlagt staten (jf. vedlegg 2.1 og 2.2). Staten representerer det overordnede maktfeltet og dominerer på toppen i hierarkiet i det sosiale rommet av AHS, se Figur 5. HOD befinner seg høyt oppe i hierarkiet fordi de har det overordnede ansvaret for å utøve statens makt ved å sikre befolkningen gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester (Regjeringen, u.å-a). Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for helsetjenesten, og dermed har HOD en høy kapital med høy symbolsk verdi og makt overfor det medisinske feltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 3).

*Oppdragsdokumenter*<sup>21</sup> (jf. vedlegg 3.1.1) er rangert som den posisjonen med mest samlet kapitalvolum, i relasjon til de andre inkluderte dokumentene. Oppdragsdokumentene innehar dermed den mest dominerende posisjonen, se Figur 5 (Bourdieu, 1995, s. 34-35). Dokumentene har høy kulturell kapital fordi de er statens instruks overfor RHF og legger føringer for hva helseforetakene skal utføre. Dokumentene er også styrende for hvor mye midler som bevilges til AHS, og derav også høy økonomisk kapital. Dokumentene skårer også høyt på sosial kapital siden de har stor påvirkningskraft overfor spesialisthelsetjenestene, se Tabell 1.

*Meldinger til Stortinget (Meld. St.)* (jf. vedlegg 3.1.2) er rangert til en noe lavere posisjon enn *Oppdragsdokumentene*, se Figur 5. Dokumentene får middels økonomisk kapital begrunnet

<sup>21</sup> Oppdragsdokumentene gis vanligvis ut årlig til RHF. Norge deles inn i fire helseregioner med hvert sitt RHF: Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021; Stamsø, 2017b, s. 119).

mulighet til å understøtte AHS økonomisk. Av kulturell kapital får de høy skår grunnet posisjoneringer kan legge tydelige rammer og føringer for AHS. Dokumentene skårer høyt på sosial kapital fordi de påvirker AHS som alternativ til sykehusbehandling, se Tabell 1.

*Proposisjoner til Stortinget (Prop.)* (jf. vedlegg 3.1.3) er rangert til samme posisjon som *Meld. St.*, se Figur 5. *Prop.* har noe mer økonomisk kapital enn *Meld. St.* da de har økonomisk innflytelse, og fordi bevilgninger fra statsbudsjettet nevnes. *Prop.* får noe lavere skår på kulturell kapital, sammenlignet med *Meld. St.*, da de posisjonerer seg i mindre grad direkte til AHS, se Tabell 1.

### **Sykehusdokumenter**

Sykehusdokumentene (jf. vedlegg 3.2) er rangert til en høy posisjon, men plasserer seg hierarkisk underordnet regjeringsdokumentene, se Figur 5. Selv om sykehusdokumentene rangeres med samme skår ut fra Tabell 1 vil likevel posisjonene OUS og HUS innta en noe høyere posisjon i hierarkiet fordi de er regionsykehus<sup>22</sup>, i motsetning til Lillehammer sykehus som er et mindre lokalsykehus (jf. vedlegg 2.3.1-2.3.3). OUS får høyest plassering grunnet OUS er Norges største sykehus. Alle sykehusene er ansvarlige for å tilby spesialisert behandling i tillegg til oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring, og har dermed høy kulturell kapital (Helse- og omsorgsdepartementet, u.å-b).

### **Fagtidsskrifter fra leger**

*TDNLF* (jf. vedlegg 3.3.1) er tidsskriftet fra *Den norske legeforening*. I relasjon til studiens fagtidsskrifter innehar *TDNLF* den høyeste posisjonen basert på samlet kapitalvolum, se Tabell 1. Legeforeningen har en stor medlemsmasse, og derav høy sosial kapital og mer makt til å uttale seg i spørsmålet om AHS. *TDNLF* har en ledende posisjon i det medisinske feltet, og kan dermed bruke sin posisjon i helsevesenet til å oppnå innflytelse, se Figur 5 (Den norske legeforening, u.å-c, u.å-d).

*Paidos* (jf. vedlegg 3.3.2) er fagforeningen NBF sitt tidsskrift. Fagforeningen er innlemmet i *Den norske legeforening* (Lunde & Holte, 2019, s. 15). Basert på indikatorene fra Tabell 1

---

<sup>22</sup> Regionsykehus har ulike landsdekkende funksjoner i tillegg til vanlig sykehusdrift (Stamsø, 2017b, s. 120).

plasserer *Paidos* seg samlet underordnet *TDNLF*, men med mer kulturell kapital fordi tidsskriftet er rettet inn mot barnemedisinen. Grunnet betydelig lavere medlemstall får tidsskriftet en svakere sosial kapital, se Figur 5 (Den norske legeforening, u.å-a).

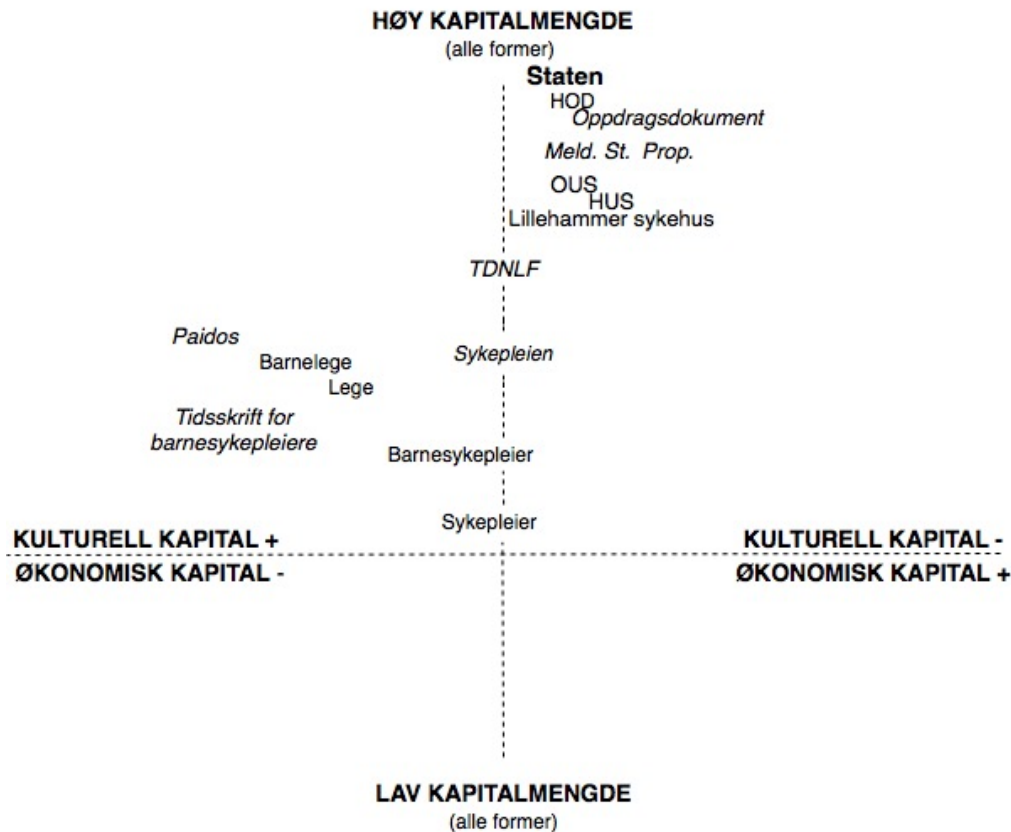
Selv om *TNDLF* får mer makt enn *Paidos*, har agentene bak *Paidos*, barnelegene (jf. vedlegg 2.4.2), mest samlet kapital sammenlignet med leger uten spesialisering (jf. vedlegg 2.4.1). Dette gir barnelegene en høyere posisjon innenfor det barnemedisinske feltet og i det sosiale rommet av AHS, se Figur 5. Barnelegene er utdannet spesialister innen barnemedisinen, med lengre utdanning og høyere lønn, som gir uttelling for høyere økonomisk og kulturell kapital. Barnelegene kan også posisjonere seg gjennom *TDNLF* og dermed nå ut til enda flere lesere i et enda mer anerkjent tidsskrift.

### **Fagtidsskrifter fra sykepleiere**

*Sykepleien – Tidsskrift for sykepleiere* (jf. vedlegg 3.4.1) har en middels høy posisjon basert på samlet kapitalvolum utfra indikatorer, se Tabell 1. *Sykepleien* er rettet mot sykepleiere (jf. vedlegg 2.4.3 og 2.4.4) og plasseres hierarkisk mellom *TDNLF* og *Tidsskrift for barnesykepleiere*, se Figur 5. *Norsk Sykepleierforbund* (NSF), som er et av Norges største fagforbund, står bak fagtidsskriftet. NSF har en stor medlemsmasse som gir tidsskriftet høy sosial kapital (Norsk Sykepleierforbund, u.å-d).

*Tidsskrift for barnesykepleiere* (jf. vedlegg 3.4.2) har den svakeste posisjonen i relasjon til studiens empiri, se Tabell 1. *Barnesykepleierforbundet* (BSF) står bak tidsskriftet. BSF har et lite nettverk, med nærmere 1000 medlemmer, og derav en svak sosial kapital.

I det sosiale rommet av AHS vil en barnesykepleier (jf. vedlegg 2.4.4) utfra samlet kapitalvolum inneha en høyere posisjon enn en sykepleier (jf. vedlegg 2.4.3) begrunnet i høyere kulturell kapital, basert på mer kompetanse og utdanning, og høyere økonomisk kapital, grunnet høyere lønn. I likhet med barnelegene kan barnesykepleiere bruke tidsskriftet *Sykepleien* for å posisjonere frem meninger og argumenter om AHS, og dermed nå ut til flere interessenter.



Figur 5: Illustrasjon som viser rangering av posisjoner.

### Styrkeforholdet mellom leger og sykepleier

For å forstå posisjoneringene fra de ulike posisjonene i det sosiale rommet om AHS må de ses i relasjon til hverandre. Sykepleiere er en gruppe profesjoner med lavere samlet kapitalvolum sammenlignet med legegruppen. Sykepleierne er underordnet legene, og må underkaste seg doxaen i det medisinske feltet. Samlet har legene mer makt og innflytelse gjennom sine talerør, sammenlignet med sykepleierne. Relasjonen mellom posisjonene vil være preget av plassering i hierarkiet og dominansforholdet (Frederiksen, 2016, s. 74; Holvik, 2018, s. 12). I et forhold mellom en lege og en sykepleier ligger det en maktrelasjon som ikke kommer til syne i den sosiale praktikken som observeres (Bourdieu & Wacquant, 1992, henvist i Prieur, 2002, s. 113).

I det barnemedisinske feltet har en barnelege en overordnet posisjon, sammenlignet med en lege uten spesialisering. I et annet felt vil barnelegen ha en lavere kulturell kapital, da barnelegen ikke anerkjennes på samme måte, og derav en lavere posisjon. Det er dermed avgjørende hvilket medisinsk felt det dreier seg om. Forskjellene i type og mengde kapital

bidrar til å styrke de dominerende gruppene (Frederiksen, 2016, s. 74). En agent kan øke sin posisjon ved å referere til mer legitim kunnskap enn de andre posisjonene. Styrken i maktforholdet er spesielt effektiv om den er skjult (Hindhede & Larsen, 2019, s. 225).

I de påfølgende kapitlene vil datamaterialet fra registranten (jf. vedlegg 4) analyseres og tolkes for å besvare forskningsspørsmålene (jf. kap 2.5).

## 6.0 Analyse del III: Posisjonerings for etablering av AHS

Denne analysedelen deles i to, hvor det legges frem hvordan de dominerende og de dominerte posisjonene posisjonerer seg, i tråd med hvordan det sosiale rommet av AHS er konstituert (jf. kap 5.1 og Figur. 2 og 5). Det tas utgangspunkt i datamaterialet produsert og presentert i registranten (jf. vedlegg 4).

### 6.1 De dominerendes posisjonerings om AHS

I denne studien har regjeringsdokumentene og sykehusdokumentene dominerende posisjoner siden disse dokumentene innehar mer samlet kapital, og dermed mer makt, enn fagtidsskriftene (jf. kap. 5.1 og Figur 5).

#### 6.1.1 Posisjonerings fra det overordnede maktfeltet (regjeringen)

*Oppdragsdokumentene* til RHF analyseres frem som den dominerende posisjonen i det sosiale rom av AHS fordi dokumentene instruerer helseforetakene på statens vegne. *Oppdragsdokumentene* har dermed en avgjørende betydning for organisering av helsetjenesten.

#### **Kostnadseffektive helsetjenester?**

Tre år etter at AHS ble etablert ved OUS fremhever *Oppdragsdokumentene* posisjeringen om å kartlegge mulighetene for å etablere nye kostnadseffektive alternativer til sykehusbehandling i samarbeid med primærhelsetjenesten<sup>23</sup>. Denne posisjeringen kan ses på som en utfordring, eller til og med som en instruks, for videre utvikling og etablering av AHS (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 5; Meld. St. 11 (2015-2016), 2015, s. 73, 125). *Samhandlingsreformen* (St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 113), viser tilsvarende posisjering, men legger større vekt på behandling over til dagpost og poliklinikk som et rimeligere alternativ enn innleggelse. Dette handler om å behandle flere pasienter uten ytterligere kostnadsøkninger. *Meld. St. 11*, som presenterer *Nasjonal helse- og sykehusplan*

---

<sup>23</sup> Primærhelsetjenesten er helsetjenestene i kommunen (Stamsø, 2017, s. 124).



(NHSP) for perioden 2016-2019 (Meld. St. 11 (2015-2016), 2015, s. 73-74), trekker frem AHS ved OUS som et eksempel på en helsetjeneste utenfor sykehuset, og viser til at AHS er kostnadsbesparende både for sykehus, familier og arbeidsgivere.

Først i 2017 ble AHS nevnt i *Oppdragsdokumentene*, dette flere år etter de andre regjeringsdokumentene, se Figur 2. AHS nevnes i forbindelse med at AHS kommer inn i statsbudsjettet, hvor Helse Vest RHF tar dette til etterretning og årlig fremover budsjetterer midler til AHS (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 11; 2018, s. 11; 2019, s. 10; 2020, s. 14; 2021b, s. 12). *Prop.* nevner også dette i sine dokumenter (Prop. 1 S (2017-2018), 2017, s. 76; Prop. 1 S (2018-2019), 2018, s. 98; Prop. 1 S (2019-2020), 2019, s. 110; Prop. 1 S (2020-2021), 2020, s. 124). I kraft av sin dominerende posisjon har *Oppdragsdokumentene* makt og gjennomslagskraft til å legge økonomiske krav og føringer for hvordan RHF skal drives.

### **Mer kontroll til pasientene**

*Oppdragsdokumentene* posisjonerer frem sentrale mål fra *Samhandlingsreformen* (St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009) om at helsetjenester skal tilbys nærmere bosted og være preget av gode pasientforløp, og dermed videreføres målene direkte til RHF. Desentralisering av spesialisthelsetjenestene bidrar til å styrke primærhelsetjenesten. På denne måten kan pasientene oppleve helsetjenester som henger sammen på tvers av tjenestenivåene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s. 2; 2015, s. 2; 2017, s. 2; 2018, s. 2; 2019, s. 2; 2020, s. 2; 2021b, s. 2). *Samhandlingsreformen* legger også til at tjenestenivåene skal utvikles til å bli mer likeverdige parter, og bidra med kompetanse- og kunnskapsoverføring. Samhandling går mot en omfordeling av oppgaver og endrede arbeidsformer mellom tjenestenivåene (St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 16, 33, 111-112).

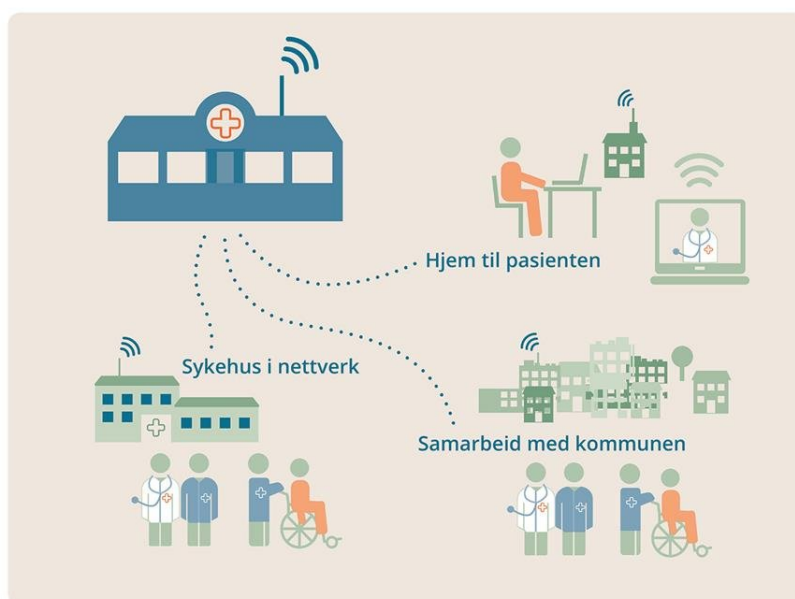
En sentral prioritering i de dominerende regjeringsdokumentene er å skape «pasientens helsetjeneste». Årlig fra 2016 inkluderer *Oppdragsdokumentene* prioriteringen i sine dokumenter. Med dette ønsker regjeringen blant annet å legge vekt på at pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende helsetjenester. Dette innebærer at befolkningen, inkludert barn, skal få mulighet til å medvirke til valg av behandlingssted (Grunnloven, 1814, § 104; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 2; 2017, s. 2; 2018, s. 2; 2019, s. 2; 2020, s. 2; 2021b, s. 2; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-2).

I posisjonen *Meld. St.* argumenteres det for at helsetjenester skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient sine behov, og utøves der hvor det er best for pasienten. For barn innebærer det retten til et tilpasset tilbud, og retten til informasjon om egen helsetilstand og behandling. Barn har rett til å bli sett og hørt, og få anledning til å medvirke og bli involvert i helsehjelpen. Prinsippene om barnets beste skal ivaretas og være retningsgivende for all behandling, tilrettelegging og oppfølging som angår og berører barn (Grunnloven, 1814, § 104; Helsedirektoratet, 2020, s. 10; Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 7; Meld. St. 11 (2015-2016), 2015, s. 74; Meld. St. 24 (2019-2020), 2020, s. 10, 48; St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 51).

Posisjonen *Prop.* fremsetter også målet om å skape «pasientens helsetjeneste». Det argumenteres for at pasientene sine rettigheter skal styrkes ved å flytte makt fra offentlige systemer over til den enkelte for å skape bedre kvalitet og trygghet i helsetjenestene. Regjeringen vil ta vare på det som fungerer bra, og forbedre det som kan forbedres gjennom å endre eller det som betegnes som videreutvikling av helsetjenester. Det posisjoneres frem et mantra om at endringer skal skje med pasienten i sentrum (*Prop. 1 S (2015-2016)*, 2015, s. 9; *Prop. 1 S (2017-2018)*, 2017, s. 9; *Prop. 1 S (2018-2019)*, 2018, s. 9; *Prop. 1 S (2019-2020)*, 2019, s. 11; *Prop. 1 S (2020-2021)*, 2020, s. 11-12; *Prop. 1 S HOD (2016-2017)*, 2016, s. 9). *Prop.* fremsetter også posisjonen om at barn kan få være hjemme under sykehusinnleggelsen, gitt at det er forsvarlig og praktisk mulig. Regjeringen ønsker mer ambulante tjenester slik som AHS (*Prop. 1 S HOD (2016-2017)*, 2016, s. 297).

Posisjonen *Meld. St.* posisjonerer frem at for barn og familiene betyr det at de får være mest mulig hjemme og ha en så normal hverdag som mulig, med høyest mulig livskvalitet. Det posisjoneres frem at det er uttalelse om at «*på sykehuset er jeg 90% pasient og 10% meg selv, mens hjemme er jeg 10% pasient og 90% meg selv*». Dette viser at AHS har stor verdi, men kan også være krevende ved at «sykehuset» invaderer familiens hjem. Hjemme vil det være lettere å inkludere søsken og opprettholde kontakt med familie og venner. Forholdene legges til rette for deltakelse i barnehage, skole og arbeidsliv. I tillegg vil behandling hjemme fremme aktivitet, mobilisering, ernæring, og redusere eksponering for infeksjoner (*Meld. St. 7 (2019-2020)*, 2019, s. 49-51, 94; *Meld. St. 24 (2019-2020)*, 2020, s. 10, 51, 58). Dette fører ofte til bedre resultat av behandlingen (*Meld. St. 11 (2015-2016)*, 2015, s. 60).

NHSP (2020-2023) (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019) posisjonerer frem regjeringens ønske om å skape *det utadvendte sykehuset*. Et av delmålene er at spesialisthelsetjenestene skal tilbys utenfor sykehuset. Det argumenteres for at *det utadvendte sykehuset* vil være viktig i tiden fremover. Dette er også foretrukket av pasientene, og kan blant annet bidra til bedre samhandling med primærhelsetjenesten og andre sykehus, og redusere reising til og fra sykehuset. Hjemmet anses som en egnet arena for samhandling på tvers av tjenestenivåene, se Figur 6 (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 8, 48-50; Meld. St. 24 (2019-2020), 2020, s. 20, 51, 67).



Figur 6: Det utadvendte sykehuset (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 50).

### Teknologi skal løse fremtidige utfordringer

Den teknologiske utviklingen bidrar til omorganisering av helsetjenester slik at de i større grad kan utføres der pasienten er (Meld. St. 13 (2011-2012), 2012, s. 18). Posisjoneringen om økt bruk av teknologi kommer også frem i NHSP (2016-2019) (Meld. St. 11 (2015-2016), 2015, s. 60) hvor det argumenteres for at teknologi gjør det mulig å utføre helsetjenester gjennom nye organiserings- og behandlingsformer, slik at pasienten slipper å dra til sykehuset. Den nåværende NHSP (2020-2023) (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 117) trekker frem at teknologi øker mulighetene som ligger i AHS, og fremstiller en forventning om økt bruk av teknologi. Mer bruk av teknologi i helsetjenestene trekkes også frem gjennom Prop. som posisjonerer frem teknologi som en ønsket utvikling (Prop. 1 S (2018-2019), 2018, s. 14). Under den

pågående Covid-19 pandemien ble flere tjenester, som krevde fysisk oppmøte på sykehuset, flyttet over på digitale løsninger og hjem til pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021b, s. 2, 4; Prop. 1 S (2020-2021), 2020, s. 17).

De inkluderte regjeringsdokumentene argumenterer tydelig for at befolkningen har rett på tilgang til likeverdige helsetjenester som er kvalitativt gode, uavhengig av diagnose og personlige ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005, s. 1; 2006, s. 1; Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 9; Prop. 1 S (2015-2016), 2015, s. 9; Prop. 1 S (2020-2021), 2020, s. 11; St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 14). Dette ligger også i HOD sitt ansvar overfor befolkningen (Regjeringen, u.å-a). *Oppdragsdokumentene* tar de politiske vedtakene og posisjoneringene opp og utformer instruksjoner overfor helseforetakene.

### 6.1.2 Posisjonerings fra sykehusene

Sykehusdokumentene innehar en lavere posisjon i relasjon til regjeringsdokumentene i det sosiale rommet som konstituerer AHS (jf. kap. 5.1 og Figur 5). Fra dette perspektivet analyseres datamaterialet fra registranten (jf. vedlegg 4).

#### **AHS som en redningspakke for sykehusenes økonomi?**

Den første rapporten fra OUS (2014) posisjonerer hovedsakelig frem at det var økonomiske forhold som var avgjørende for etablering av AHS i 2008. Det forelå behov for å redusere kostnader ved barneklubben. Tendensen til økt småbarnsbefolkning i Oslo-området var fremtredende, som i seg selv ville medføre flere sykehusinnleggelses og økt økonomisk press. Ledelsen ved OUS stilte også krav til barneavdelingen om å frigjøre sengeplasser og kapasitet. For å møte disse utfordringene ble det argumentert for å legge om drift og tjenestetilbudet. Basert på åtte år med erfaringer fra «Hjemmeteam», organisert ut fra nyfødtavdelingen, ble det fremlagt insentiver for å undersøke muligheter for en kostnadseffektiv omfordeling av ressursene som samtidig gav barna og familiene et godt tilbud (Helsedirektoratet, 2020, s. 4; Oslo universitetssykehus, 2014, s. 3, 6).

OUS presenterer i rapporten (2014) resultat fra en økonomisk kostnadssimuleringsmodell der AHS sammenlignes med tradisjonell sykehusinnleggelse. Tall fra 2013 tilsier at implementering

av AHS medfører betydelige kostnadsbesparelser både for sykehus, familier og samfunnet. OUS hevder det kan spares i overkant av 16.000 kr<sup>24</sup> per pasient per liggedøgn ved bruk av AHS (Oslo universitetssykehus, 2014, s. 3, 9-10, 17). Dette trekkes også frem i *Meld. St. 11* (Meld. St. 11 (2015-2016), 2015, s. 73-74). AHS posisjoneres dermed frem som en kostnadseffektiv helsetjeneste (Oslo universitetssykehus, 2020b, s. 24).

Hverken HUS eller Lillehammer sykehus viser til tall i dokumentene som tilsier at tilbudet gir reduserte kostnader (Berg, 2019; Lillehammer sykehus, u.å-c). HUS henviser derimot til andre sykehus med erfaringer om at tilbudet er kostnadseffektivt, noe som kan oppfattes som et tildekt fokus (Berg, 2019, s. 4; Berg & Milde, 2021, s. 5). Lillehammer sykehus posisjonerer likevel frem en antagelse om at tilbudet vil være ressursbesparende sammenlignet med behandling på sykehuset (Lillehammer sykehus, u.å-c).

HUS toner ned økonomiske posisjoneringer i sine rapporter, men nevner det indirekte i forbindelse med fremtidige utfordringer. HUS trekker derimot frem at AHS kan erstatte både innleggelse, dagbehandling og redusere behovet for rutineprøver på sykehuset. Dette hevdes å frigjøre tid for helsepersonell slik at de kan bruke tiden til andre pasienter. På denne måten kan AHS indirekte vise seg å være drevet frem av en økonomisk argumentasjon (Berg, 2019, s. 4; Berg & Milde, 2021, s. 5; Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 7; Sundal, 2014, s. 161). OUS og Lillehammer sykehus viser også til dette (Lillehammer sykehus, u.å-c; Oslo universitetssykehus, 2014, s. 6; 2020b, s. 10).

Posisjonen OUS posisjonerer også frem at AHS bidrar til reduserte lønnsutgifter for sykepleiere og leger. Mer av barnets pleie overføres til familien, noe som resulterer i redusert arbeidsmengde for sykepleiere (Oslo universitetssykehus, 2014, s. 16, 24; Sundal, 2014, s. 132, 158-160). Implisitt medfører også AHS et redusert behov for leger (jf. vedlegg 2.4.1 og 2.4.2) begrunnet med at mer ansvar overføres til sykepleiere (jf. vedlegg 2.4.3 og 2.4.4) (Slagstad, 2014, s. 35). Sykepleiere er en billigere arbeidskraft som har kompetanse til å utføre deler av

---

<sup>24</sup> I denne summen er det tatt høyde for kostnader som blant annet medisinsk materiell, hotellovernatting, barnevakt, reisekostnader, tapt arbeidskraft og arbeidsinntekt. Dette er kostnader som sykehus, foreldre og samfunnet i snitt kunne blitt belastet med om barnet behandles inne på sykehuset (Oslo universitetssykehus, 2014, s. 17).

legenes arbeid innen det barnemedisinske feltet. Sykepleier får en viktig rolle i å observere barnet hjemme. Ved innleggelse på sykehus beregnes det daglig tilsyn av lege. Bruken av AHS frigjør dermed tid og kapasitet til andre barn og oppgaver (Berg & Milde, 2021, s. 5; Lillehammer sykehus, u.å-c; Oslo universitetssykehus, 2014, s. 16).

AHS ved HUS og Lillehammer sykehus fikk tildelt økonomiske midler ved oppstart. HUS fikk innvilget søknaden om 4 millioner kroner i prosjektmidler til utvikling av AHS i Helse Vest RHF (Berg, 2019, s. 12; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 10; Lillehammer sykehus, u.å-a). Ved etablering av AHS ved OUS ble ressurser flyttet og omfordelt innad i barneklubben (Oslo universitetssykehus, 2014, s. 6).

### **Sykehusene underkaster seg statens instruksjoner og flytter pasienten hjem?**

De nyere rapportene fra OUS (2020a, 2020b) flytter fokuset noe bort fra økonomiske forhold og støtter seg mer på rammer og føringer fra regjeringsdokumentene (jf. kap. 6.1.1) om å flytte mer av spesialisthelsetjenesten ut av sykehuset. Argumentet om økt småbarnsbefolkning følger med videre, men det legges til begrunnelser om større forventninger blant pasientene, økt digitalisering og endringer i sykdomsbildet (Oslo universitetssykehus, 2020b, s. 4).

Både HUS og OUS posisjonerer seg i forhold til en pågående sentralisering med økende barnepopulasjon. De vil løse fremtidige utfordringer ved å flytte mer av pasientbehandlingen hjem (Berg, 2019, s. 12). En ønsket utvikling ved OUS er at 30% av alle lokalpasientene er tilknyttet AHS innen 2030. Målet er en vridning av pasientstrømmen over til AHS. For å etterkomme dette bør sykehusavdelingene implementere AHS som en naturlig del av pasientforløpet. På denne måten kan AHS fungere som sykehusets «forlengede arm» inn i hjemmet (Berg & Milde, 2021, s. 4; Oslo universitetssykehus, 2020a, s. 31, 49; 2020b, s. 27).

Både HUS og OUS legger seg tett opp til rammer og føringer som *NHSP (2020-2023)* setter (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019). Regjeringens posisjonering om å skape *det utadvendte sykehuset* finner man også igjen i dokumentene fra OUS og HUS (Berg & Milde, 2021, s. 5; Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 8; Oslo universitetssykehus, 2020b, s. 8-9). I den nyeste

rapporten fra HUS vises det til elementer av sykehustalen<sup>25</sup> for 2020, ved helse- og omsorgsminister<sup>26</sup> Bent Høie, hvor det posisjoneres frem at gjennom *det utadvendte sykehuset* vil mer av nåtidens behandling kunne tilbys i nærheten av, eller hjemme hos, pasienten. RHF har fått i oppdrag å flytte spesialisthelsetjenestene hjem til pasienten (Berg & Milde, 2021, s. 5; Helse- og omsorgsdepartementet, u.å-a; Helsedirektoratet, 2020, s. 2; Høie, 2020; Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 7-8).

HUS posisjoneres frem at det er etablert en referansegruppe i tett samarbeid med Stavanger universitetssykehus (SUS) for å utvikle en bærekraftig modell for AHS. Referansegruppen består av representanter fra ulike helseforetak i Helse Vest RHF. Målet er å utvikle en modell som kan overføres til de andre barneavdelingene i regionen, og som bidrar til å sikre kontinuitet, god kvalitet og sikkerhet, og redusere belastninger for barn og familier (Berg, 2019, s. 3; Berg & Milde, 2021, s. 5).

### **Teknologi**

HUS henviser til *NHSP (2020-2023)* (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019) og posisjoneres frem at teknologi kan bidra til at enda mer av spesialisthelsetjenestene kan flyttes helt hjem, og dermed redusere en mengde konsultasjoner og innleggelser (Berg & Milde, 2021, s. 4). Dette resulterer i at barn kan få samme behandling og oppfølging hjemme som på sykehus. Digitale løsninger og teknologiske muligheter kan styrke samhandling med primærhelsetjenesten slik at de tidligere kan overta mer av pasientbehandlingen. Pasientene skal i tråd med *Samhandlingsreformen* (St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 48) motta rett behandling på rett sted, og til rett tid, og erfare kontinuitet mellom overgangene i tjenestenivåene. Samarbeid med primærhelsetjenesten vil bidra til å sikre gode og helhetlige helsetjenester, det vil si trygge behandlingsforløp for pasientene (Berg, 2019, s. 5-6; Oslo universitetssykehus, 2020a, s. 13-15; 2020b, s. 9). Lillehammer sykehus støtter seg også på disse argumentene, og trekker frem at AHS kan fungere som et bindeledd mellom tjenestenivåene som bidrar til bedre overganger (Lillehammer sykehus, u.å-b, u.å-c).

---

<sup>25</sup> Sykehustalen gir styringsmål for hva sykehusene skal gjøre i det kommende året (Høie, 2020).

<sup>26</sup> Helse- og omsorgsministeren er den øverste lederen av HOD (Helse- og omsorgsdepartementet, u.å-a).

Den pågående Covid-19 pandemien utgjorde en reell situasjon som satte fart på utviklingen av *det utadvendte sykehuset* og aktualiserte behovet for gode og varige løsninger. Pandemien medførte også at behandlinger ble utsatt, samtidig som noen pasienter unngikk oppmøte i frykt for å bli smittet (Oslo universitetssykehus, 2020b, s. 6, 28; Prop. 1 S (2020-2021), 2020, s. 17).

### **Barns rettigheter**

HUS setter samlet sett tydeligst fokus på barna sine rettigheter i utvikling av helsetjenester i sine rapporter. Det første argumentet for etablering av AHS handler om rettigheter relatert til likeverdige helse- og omsorgstjenester (Berg, 2019, s. 3, 5; Berg & Milde, 2021, s. 2). Posisjoneringen står sentralt som et bærende prinsipp for videreutvikling av AHS. HUS posisjonerer konsist frem at målsettingen til AHS skal være i tråd med lover og forskrifter<sup>27</sup>. Kort oppsummert innebærer det at barn ikke skal bli innlagt ved en helseinstitusjon dersom det ikke er medisinske nødvendig. Så lenge det er mulig vil AHS sørge for å tilfredsstille forskriftene om at barn bør behandles hjemme. Barnets beste skal være grunnleggende ved handlinger og beslutninger som berører barnet. Man skal ta utgangspunkt i barnets behov og tilpasse tjenestene deretter (Barne- og familiedepartementet, 2003, art. 3 og 24; Berg, 2019, s. 3, 8; Berg & Milde, 2021, s. 2, 4; Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 2; Grunnloven, 1814, § 104; Oslo universitetssykehus, 2020a, s. 49; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 2-2). OUS legger til at barn skal tas minst mulig ut av hjemmets trygge rammer (Oslo universitetssykehus, 2020a, s. 26).

Både HUS og OUS vektlegger barns rett til medvirkning for å sikre at de blir hørt og kan påvirke situasjonen (Berg, 2019, s. 3; Berg & Milde, 2021, s. 2; Oslo universitetssykehus, 2020b, s. 10, 23). OUS understreker at ved å involvere barna og familiene i forløpet vil de lettere få mulighet til å medvirke, som igjen kan medføre økt trygghet og kontroll over egen situasjon. Pasientens hjem trekkes frem som en arena som legger mer til rette for medvirkning, sammenlignet med sykehus (Oslo universitetssykehus, 2020b, s. 10, 23).

---

<sup>27</sup> FNs barnekonvensjon artikkel 3 og 24, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, §§ 3-1 og 3-6, Grunnloven § 104, og Forskrift om barns opphold på sykehus § 2 (Berg, 2019, s. 3).



## **Barnets beste?**

Både HUS og OUS legger seg i sine nyeste rapporter tett opp til regjeringsdokumentene, særlig *NHSP (2020-2023)* (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019) sitt overordnede mål om å skape «pasientens helsetjeneste» og sikre barnets beste (Berg & Milde, 2021; Oslo universitetssykehus, 2020a, 2020b). HUS nevner ikke «pasientens helsetjeneste» med ord, men innholdet i posisjoneringene legger seg tett opp til det som ligger i ønsket om å etablere «pasientens helsetjeneste». For å etterkomme ønsket foreligger det behov for å flytte spesialisthelsetjenester ut av sykehuset og hjem til barn og familier (Berg, 2019, s. 3, 6; Berg & Milde, 2021, s. 2).

I dokumentene fra Lillehammer sykehus fremsettes antagelsen om at AHS er et godt tilbud og til det beste for pasientene. Posisjonen trekker frem en hypotese om at barn blir raskere friske hjemme, basert på at trygghet, trivsel, helse og utvikling henger tett sammen (Lillehammer sykehus, u.å-c). Lillehammer sykehus trekker frem positive erfaringer fra andre AHS, og på bakgrunn av dette oppstod ønsket om å selv etablere AHS. Posisjoneringene om at barn har det best hjemme dominerer; de spiser og sover bedre, utsettes for mindre smitte, og hele familien opplever økt livskvalitet (Lillehammer sykehus, u.å-b).

## **Pasientsikkerhet og trygghet**

Studiens utvalgte sykehus (jf. vedlegg 1) vektlegger at pasientsikkerhet, kvalitet og fagkunnskap i AHS skal være den samme som på sykehuset. For å møte dette behovet bør sykepleieren inneha god og bred erfaring og kompetanse innenfor det barnemedisinske feltet. Dette hevdes å bidra til at barn og familiene kjenner seg like trygge hjemme (Berg, 2019, s. 5-6; Berg & Milde, 2021, s. 5; Lillehammer sykehus, u.å-c; Oslo universitetssykehus, 2014, s. 14, 22; 2020b, s. 22). HUS henviser også til FNs barnekonvensjon, artikkel 24, og argumenterer gjennom rapportene at barn og unge skal oppleve gode helsetjenester av høy kvalitet (Barne- og familiedepartementet, 2003, art 24; Berg, 2019, s. 3, 7, 9; Berg & Milde, 2021, s. 4-5).

## **Sykehusenes sammenfallende posisjoneringer**

De inkluderte sykehusene trekker frem at AHS er et tilbud som fokuserer på det friske i barnet ved at barnet i større grad får være mest mulig hjemme gitt at det er forsvarlig og praktisk mulig. Barna og familiene slipper å bruke tid på reising til og fra sykehuset. Barna får dermed

mulighet til å være mer i barnehage og på skole, og foreldrene mer i jobb. Dette vil bidra til at hverdagen normaliseres og familielivet i større grad stabiliseres, til tross for sykdom og behandling (Berg, 2019, s. 9; Berg & Milde, 2021, s. 2, 4, 17; Lillehammer sykehus, u.å-c; Oslo universitetssykehus, 2014, s. 3; 2020a, s. 26; 2020b, s. 10).

Et sykt barn påvirker ofte hele familiesituasjonen. AHS kan bidra til å redusere ekstra belastninger for familien, avhengig av barnets tilstand og alvorlighetsgrad som allerede ofte anses som belastede. Dersom barnet får være hjemme under behandling, argumenteres det for at familiesituasjonen i mindre grad påvirkes (Berg, 2019, s. 3; Berg & Milde, 2021, s. 2, 5; Lillehammer sykehus, u.å-b; Oslo universitetssykehus, 2014, s. 17, 22, 24). På denne måten kan AHS bidra til å ivareta barn og familiens helhetlige behov, både på kort og lengre sikt (Oslo universitetssykehus, 2020b, s. 10). Lillehammer sykehus trekker spesielt frem at det kan være traumatisk for et barn å være innlagt, særlig ved langvarig behandling. De posisjonerer også frem en antagelse om at barn, spesielt eldre barn som er mye på sykehuset, har lett for å føle seg utenfor sin egen omgangskrets. Bruk av AHS mener de kan redusere dette (Lillehammer sykehus, u.å-b).

## 6.2 De dominertes posisjoneringer

Fagtidsskriftene er underordnet regjeringsdokumentene og sykehusdokumentene, og inntar dermed en dominert posisjon (jf. kap 5.1 og Figur 5). Beslutninger fra de dominerende kan påvirke fagfolkene sine posisjoneringer via fagtidsskriftene (jf. kap. 6.1).

### ***Tidsskrift for Den norske legeforening***

*TDNLF* er rangert som den høyeste posisjonen blant de dominerte og kan i kraft av deres disposisjoner ha en viss symbolsk makt i spørsmålet om AHS. I studiens materiale viser legene lite engasjement. Det er først i 2020 at AHS nevnes. Legene ser ut til å ha mer interesse for barnepalliasjon (Jacobsen, 2020; Lee, 2020). *TDNLF* posisjonerer også frem at barn og familien må få medvirke til å velge hvor behandling og pleie skal foregå (Lee, 2020).

### ***Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening***

Barnelegene viser mer engasjement for AHS gjennom talerøret *Paidos*. Her tar barnelegene til ordet om AHS fra 2011. Det posisjoneres først frem en antagelse om at barn kan ha det minst like bra hjemme som på sykehuset. Det argumenteres for at behandling i hjemmet har betydning for tilfriskning og at en stabil familiesituasjon styrker foreldrenes posisjon. Videre posisjoneres de seg mot økonomiske spørsmål ved at AHS kan redusere driftskostnader ved å frigjøre sengeplasser og redusere personalkostnader. AHS vil også bidra til å møte fremtidens økende barnepopulasjon i Oslo-området. Det pekes også på gode resultater fra SABH i Sverige (Grøgaard, 2011a, s. 5; Helsedirektoratet, 2020, s. 4).

Den første artikkelen i *Paidos* skapte diskusjon hvor blant annet den økonomiske gevinsten av AHS ble diskutert i flere utgaver av tidsskriftet. Uenigheten var økonomiske forankret, og dreiet seg om at AHS er rimeligere enn ordinær sykehusdrift (Grøgaard, 2011a, 2011b; Moen, 2011). Ifølge *Paidos* oppstod det et videre behov for å tydeliggjøre nødvendigheten av utvikling av helsetjenester til barn (Grøgaard, 2011b, s. 131). Allerede før AHS etableres posisjonerte barnelegen Jens Grøgaard ved OUS gjennom *Paidos* at det var høyst på tide å se etter nye løsninger som alternativ til tradisjonell sykehusinnleggelse. Ettersom AHS ved OUS hadde vært driftet i et par år, mente han at det forelå behov for å vurdere AHS som behandlingsform innenfor det barnemedisinske delfeltet (Grøgaard, 2011a, s. 5-6). *Paidos* trekker frem at ideen om å gi barn et tilbud nærmere bopel og eget hverdagsliv er ført et skritt nærmere i AHS (Greve & Berg, 2020, s. 170).

*Paidos* posisjoneres frem at det største hinderet for raskere utvikling av AHS ligger hos legene, som må endre sine holdninger og tankegang bort fra at all spesialistbehandling skal foregå inne på sykehuset (Grøgaard, 2011a, s. 8; 2011b, s. 130). Flere av legene uttrykket en skepsis til at innarbeidet sykehuskultur rives opp, og driften endres. Leger anså AHS som både en usikker og slitsom måte å kommunisere med pasientene på. *Paidos* posisjoneres frem en endret arbeidsfordeling, hvor sykepleier tillegges et større selvstendig ansvar ettersom legene ikke drar hjem til barnet. Det er lettere å raskt danne seg et bilde av barnets tilstand og hvordan barnet fungerer i sitt eget hjem. De posisjoneres også frem at foreldrene har lett for å bli passive og lite deltakende i barnets pleie inne på sykehuset (Grøgaard, 2011a, s. 5-6; Moen, 2011, s. 65).

### ***Sykepleien - Tidsskrift for sykepleiere***

Fagtidsskriftet *Sykepleien* er, som tidligere nevnt, først ute blant tidsskriftene til å nevne AHS, se Figur 2 (Toften, 2010, s. 66). I likhet med *Paidos* posisjoneres det frem en antagelse om at barn har det best hjemme (Hernæs, 2012a, s. 32). *Sykepleien* viser til erfaringer fra praksis hvor man ser at barn spiser og sover bedre, har det bedre fysisk og psykisk, og har dermed høyere livskvalitet når de får være hjemme. Barna fremstår tryggere i kjente omgivelser omgitt av søsken og foreldre. Det erfarer også færre infeksjoner som bidrar til at barn blir raskere friske hjemme. Hjemme rettes oppmerksomhet lettere over på det friske i barnet. I tillegg vil det være lettere å skape rom for trygghet og tillit hjemme (Fonn, 2017, s. 15; Hernæs, 2012a, s. 32-33; 2012b, s. 54; 2019; 2020a, s. 53; Johansen, 2016, s. 55-56; Toften, 2010, s. 68).

Gjennom *Sykepleien* posisjoneres det frem at det er smart å bruke helsekroner på AHS, siden AHS også er til fordel for de syke barna. Siden oppstart har AHS ved OUS måttet kuttet flere stillinger, til tross for at man så et behov for å øke tjenestetilbudet (Hernæs, 2012a, s. 33). I flere artikler argumenteres det for at behandling gjennom AHS ikke koster mer enn tradisjonell sykehusbehandling. Også her, i likhet med *Paidos*, argumenteres det for at AHS vil frigjøre sengeplasser, og at behandling hjemme er økonomisk lønnsomt for sykehuset (Fønhus & Fretheim, 2017; Hernæs, 2012b, s. 54-55; Lund et al., 2020).

I flere år har barnesykepleieren Vigdis Margete Ziener stått mer eller mindre alene om å kjempe for etablering av AHS. Ifølge Ziener var barneonkologene de som stilte seg mest positive blant legene. Tilbudet om AHS har møtt motstand og holdninger som at tilbudet er fint, men passer ikke barnepasientene (Hernæs, 2012a, s. 32; 2020a, s. 53; 2020b, s. 56). *Sykepleien* posisjoneres frem at det ikke har vært noen hendelser relatert til AHS som kan forklare dette (Hernæs, 2020a, s. 53).

AHS posisjoneres frem som et trygt alternativ som gir like god behandling og kvalitet som på sykehuset (Fønhus & Fretheim, 2017; Hernæs, 2020a, s. 53-54; Johansen, 2016, s. 56). Denne posisjonen legger seg tett opp til posisjoneringer både fra OUS, HUS og Lillehammer sykehus (Berg & Milde, 2021, s. 5; Lillehammer sykehus, u.å-c; Oslo universitetssykehus, 2014, s. 3). Tidsskriftet *Sykepleien* posisjoneres frem antagelsen om at sykehus først innretter driften

etter hva som er best for sykehuset og de som jobber der, og ikke etter barnas beste og familienes ønsker og behov (Hernæs, 2020a, s. 53-54).

Fra 2018 blomstret interessen for AHS på ny. Ved OUS ble AHS løftet opp på direktørnivå og anerkjent som innovasjon. Det argumenteres for at det kan ta opptil flere år før man ser effekten av AHS. AHS kan ses på som et skifte i oppfatningene om tilstedeværelse på sykehuset er nødvendig for å gjennomføre medisinsk behandling (Hernæs, 2020a, s. 53; 2020b, s. 56). Covid-19 pandemien medførte at flere barn ble overført til AHS, noe som støttet tilhengerne for opprettelse og utbredelse av AHS (Dolonen, 2020a; Helse- og omsorgsdepartementet, 2021b, s. 4).

I likhet med *Paidos* trekker også *Sykepleien* frem at AHS medfører endrede arbeidsoppgaver; først fra lege til sykepleier, deretter fra sykepleier til foreldre (Hernæs, 2020a, s. 54; 2020b, s. 56; Sundal, 2014, s. 132, 158-160). På sykehus kan foreldrerollen trues (Johansen, 2016, s. 55), mens hjemme får foreldrene mer ansvar for barnet. Spesielt foreldre til premature barn mestrer foreldrerollen bedre hjemme med mer ansvar og større ro (Helmers, 2020; Hernæs, 2012a, s. 32). *Sykepleien* posisjonerer også frem at behandling i hjemmet kan gi en større belastning for foreldrene, men foreldre mener det er bedre fremfor å være på sykehus. AHS trekkes frem som et tilbud hvor det antas at foreldrenes omsorgsansvar lettere kan ivaretas (Hernæs, 2012a, s. 32-33; 2020a, s. 54).

Det argumenteres i *Sykepleien* for at det er lettere å gjøre gode kliniske observasjoner av barnets tilstand hjemme. Inne på sykehuset må man ofte spørre mer for å få samme informasjon. (Hernæs, 2020b, s. 57). En gjentakende posisjonering er argumenter om at AHS kan bidra til å normalisere hverdagen og redusere belastningen som følger med sykehusopphold under behandling av sykdom<sup>28</sup> (Fonn, 2017, s. 15; Hernæs, 2012a, s. 32-33; 2012b, s. 54; Johansen, 2016, s. 55-56; Toften, 2010, s. 68).

Det posisjoneres frem at ved sykehusinnleggelse vil en familie bli mer splittet, noe som kan være belastende for søsken (Hernæs, 2012a, s. 32). Det trekkes frem at det ikke finnes

---

<sup>28</sup> Ventetider, transport til og fra sykehuset, isolasjon fra øvrige familiemedlemmer og venner.

forskning i Norge som tilsier at barn har det bedre på sykehus enn hjemme. Barn som ikke må være innlagt på sykehus bør dermed få være hjemme (Hernæs, 2020a, s. 52-53). Familiene må få mulighet til å velge hjemmebehandling. Tilbudet om AHS er frivillig og legger til rette for at barn skal få muligheten til å være hjemme, også ved alvorlig sykdom (Hernæs, 2012b, s. 54).

### ***Tidsskrift for barnesykepleiere***

Først i 2014 publiseres en artikkel om AHS der det argumenteres for at AHS bidrar til at barn slipper å være på sykehuset mer enn nødvendig. *Tidsskrift for barnesykepleiere* legger seg tett opp til flere av argumentene som posisjoneres frem av *Sykepleien*, og er tydelig på fordelene AHS gir barna og familiene. Det vektlegges at AHS blant annet bidrar til å redusere sosiale belastninger og infeksjoner, gir økt livskvalitet, og fremmer en mer normal hverdag. For sykepleiere er det dessuten lettere å gjøre helhetlige vurderinger av barnet i hjemmet (Lycke, 2014, s. 6-8; Toften, 2011, s. 16).

Barnesykepleierne posisjonere frem viktigheten av at barn skal få motta pleie og behandling på egne premisser. Det vil være lettere for barnet å medvirke i eget hjem. En ulempe med behandling i eget hjem er at barns sykdom og behandling kan ta stor plass. Det kan føre til at familien føler seg fanget i eget hjem og at søsken blir satt til side (Lycke, 2014, s. 6-9).

*Tidsskrift for barnesykepleiere* posisjonere også frem at AHS kan bidra til å etablere et tett samarbeid med primærhelsetjenesten, som kan gi bedre overganger mellom tjenestenivåene og gi et godt og tilpasset tilbud til familiene. AHS kan bidra til støtte og hjelp for å koordinere helsetjenestene. Det trekkes frem at AHS ved OUS opplevde en usikkerhet på om ledelsen ved sykehuset ønsket å beholde AHS eller ikke. På samme tid kjempet sykepleierne i AHS om å utvide og utvikle tilbudet, og ta i bruk mer moderne teknologi (Lycke, 2014, s. 8-9).

I det påfølgende kapittel samles trådene for å konstruere en teori som svar på det overordnede forskningsspørsmålet.

## 7.0 Konstruksjon av en teori om AHS

Det er mange argumenter i spill blant posisjonene i det sosiale rommet av AHS. Det barnemedisinske feltet har utviklet seg betydelig de siste tiårene. Før skulle barn være innlagt på sykehuset uten foreldre til stede, deretter fikk foreldre delta stadig mer, noe om gjorde behandling og pleie mer kostnadseffektivt for sykehusene (Sundal, 2014, s. 183-184). Stadig mer av behandlingen flyttes fra innleggelse til dagpost og poliklinikk. Ved etablering av AHS skjedde det en ny endring, hvor sykehusbehandling som tidligere ble gitt på sykehuset nå flyttes hjem til barna og familiene (jf. kap. 1.4.2 og Figur 2).

### 7.1 Den tradisjonelle sykehusbehandling brytes opp?

Flere sykehus har i dag etablert AHS, se Figur 1. Mye tyder på at det kjempes om å få legitimert det å flytte behandling ut av sykehuset. Det ser tydelig ut til at det etableres en doxa om at AHS kan erstatte mye sykehusinnleggelse, hvor AHS forsøkes å fremstilles som en selvfølgelig måte å organisere behandlingen av syke barn.

#### **Med økonomi som mulighet?**

OUS kjempet om muligheten til å etablere AHS i 2008. Mye tyder på at det var økonomiske forhold som var avgjørende fordi det forelå krav om økonomiske nedskjæringer ved sykehuset. AHS kan i den sammenheng ses på som et redskap for sykehuset til å møte behovene for å frigjøre sengeplasser, redusere personalkostnader og øke kapasiteten til å ta imot fremtidens økende befolkning (Grøgaard, 2011a, s. 5; Oslo universitetssykehus, 2014, s. 6). Flere posisjoner peker på erfaringer fra andre land, særlig Sverige og Danmark, med betydelige kostnadsbesparelser ved implementering av AHS (Andersen, 2002, s. 17; Grøgaard, 2011a, s. 5; Toften, 2010, s. 68; 2011, s. 17). Etterhvert fikk også OUS egne tall å vise til, som tilsa at tilbudet var kostnadseffektivt - ikke bare for sykehuset, men også for hele samfunnet (Oslo universitetssykehus, 2014, s. 27-28). Et argument som økonomisk gevinst kan ha lettere for å få gjennomslag for etablering av nye tjenestetilbud.

### **Det tradisjonelle utfordres**

Når behandlingsarenaen flyttes fra sykehuset og inn i hjemmet blir helsepersonellens praksis og habitus utfordret fordi det skjer noe nytt. Sykepleiere viser mer interesse for AHS sammenlignet med legene. Innarbeidet sykehuskultur rives opp, noe som medfører endring av roller og ansvar (Grøgaard, 2011a, s. 6). Sykepleierne må følge etter barnepasientene og utøve helsetjenester hjemme hos barna og familiene. Legene beholder kontrollen, hvor roller og legeoppgaver fortsatt er inne på sykehuset og i hovedsak begrenset til behandling av sykdom (Schiøtz, 2003, s. 544).

I nyere tid har ikke legene hatt tradisjon for å oppsøke pasientene på samme måte som sykepleiere. Det er vanligvis pasientene som oppsøker dem. AHS bryter dermed med det tradisjonelle og utfordrer særlig legenes habitus ved at de nå skal være ansvarlige for pasienter som befinner seg hjemme i stedet for på sykehuset. Barnelegene trekker frem at det største hinderet for raskere utvikling av AHS ligger hos legene, da de må endre sin tankegang og holdninger. Selv om det i hovedsak er sykepleiere som drar hjem til pasientene vil det være viktig at legene får egne erfaringer med AHS, slik at de selv erfarer hvilken virkning tilbudet har for barna og familiene (Grøgaard, 2011a, s. 6, 8; Oslo universitetssykehus, 2020b, s. 21). Det kan være at legene er redd for sin virksomhet og arbeidsoppgaver, dersom stadig flere barn flyttes ut av sykehuset, og avdelingene på sykehuset skrumper inn og legenes posisjoner svekkes?

Gjennom tidene har det skjedd en dreining av at legenes roller og ansvar har blitt overført til andre. De siste tiårene har legeposisjonen tapt noe av sin generelle posisjon i helsevesenet, mens sykepleierne har oppnådd en mer selvstendig posisjon (Schiøtz, 2003, s. 544-545; Slagstad, 2014, s. 35). I AHS får sykepleieren et større ansvar siden legene ser pasienten mindre som en følge av at pasientene ikke er tilgjengelige for legen på samme måte. Det er desto viktigere at sykepleierne i AHS har bred kompetanse til å gjøre gode og helhetlige observasjoner og vurderinger av barnet. Dette krever også at legene anerkjenner sykepleierens kompetanse. Gjennom AHS skal legene gjøre vurderinger uten å ha pasienten til stede (Grøgaard, 2011a, s. 6; Leonardsen, 2020; Ponton, 2017, s. 28, 41).



Foreldrene får også enda mer ansvar for det syke barnet sitt hjemme. Å være innlagt på sykehus koster mye, og når barnet er hjemme sparer sykehuset store kostnader som en følge av at foreldrene er mer aktive og deltakende i barnets pleie og behandling (Hernæs, 2020b, s. 56; Sundal, 2014, s. 183-184). Denne arbeidsfordelingen kan bidra til at sykehusene oppnår økonomisk gevinst ved AHS.

### **Heterodoxa til AHS**

Ved å flytte spesialisthelsetjenester hjem oppstod det en viss skepsis rundt AHS i legegruppen. Leger tar til orde for at avstanden til pasienten kan bli så stor at legene ikke ønsker å være ansvarlig for behandling av barn hjemme. Det kan tenkes at kontroll over behandling er særlig viktig for å opprette posisjonene de historisk sett har opparbeidet. Skepsisen handlet også om en bekymring for å miste kontrollen over behandling (Grøgaard, 2011a, s. 6; Oslo universitetssykehus, 2020b, s. 21). Med dette forsøkte legene å mobilisere en motkraft til den symbolske makten som de dominerende utøver. Argumentene og skepsis fra legene representerer en heterodoxa til posisjoner som vil etablere AHS. Selv om legene «mister» den daglige visitten på sykehuset sparer de også tid ved å slippe og følge opp pasientene utover dagen (Ponton, 2017, s. 28). Legene får også mer tid til de barna som er innlagt og alvorlig syke.

### **En ny doxa trer frem**

Områdepediatri etablerte samarbeid med primærhelsetjenesten blant leger, særlig barnelegene. Selv om virksomheten ikke ble videreutviklet som tenkt kan det ha frembrakt noen fremtidige føringer til etablering av AHS innenfor det barnemedisinske feltet (Alme, 2006, s. 79-80; Lunde & Holte, 2019, s. 16; Norsk barnelegeforening, 2011, s. 25). Analysen viser at områdepediatri sammen med *Samhandlingsreformen* (St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009) kan ha lagt noen føringer for helsetjenestene til barn. Det er lite fokus på barn i *Samhandlingsreformen*, men barnelegene argumenterer likevel for at mye kan overføres til barn (Norsk barnelegeforening, 2011, s. 25). For barn er det også viktig med rett behandling, på rett sted, til rett tid. *Samhandlingsreformen* kan således ha vært medvirkende til å sette fart på utviklingen av AHS (Grøgaard, 2011b, s. 131).

Barnelegene legger seg strategisk opp til den dominerende posisjonen ved å trekke frem *Samhandlingsreformen* i sitt tidsskrift, og argumenterer frem antagelsen om at det forelå en forventet utvikling til samarbeid mellom barneavdelinger og primærhelsetjenesten, og dermed styrker barnelegene sin egen posisjon i det barnemedisinske feltet (Grøgaard, 2011b, s. 131). Barnelegene støtter opp om *Samhandlingsreformen* med tanke på barnets beste, og ønsker å satse på utvikling av AHS (Norsk barnelegeforening, 2013).

### **AHS blir doxa i helsepolitikken**

Først i 2015 vekkes det en interesse for AHS i det overordnede maktfeltet med ønske om å utrede mulighetene for AHS i alle helseregioner (Innst. 379 S (2014-2015), 2015, s. 14). Fra og med dette året skapes det mer interesse for AHS gjennom regjeringsdokumentene. Det kan se ut som om det overordnede maktfeltet får øynene opp for AHS som et eksempel på en virksomhet som flytter spesialisthelsetjenestene hjem til pasientene.

Fra statlig hold foreligger ønsket om at helsetjenestene skal være kostnadseffektive ved å redusere utgifter og øke effektiviteten. Det handler også om hvordan kvaliteten kan forbedres i helsetjenestene (St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 113; Stamsø, 2017a, s. 276). Helse Vest RHF budsjetterer for AHS fra 2017 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 11; 2020, s. 14). De siste årene har det blitt et økende fokus på å flytte spesialisthelsetjenester ut av sykehuset ved å skape *det utadvendte sykehuset* og ta i bruk ny teknologi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 8). Både HUS og OUS tar dette til etterretning i sine dokumenter (Berg & Milde, 2021, s. 4; Oslo universitetssykehus, 2020b, s. 8). Posisjonerings fra det overordnede maktfeltet om å flytte behandling ut av sykehuset og nærmere pasienter er nå blitt retningsgivende for nåtidens helsetjenester. Dersom spesialisthelsetjenestene viser seg å være hensiktsmessig og ressursbesparende kan de utøves hjemme hos pasienten (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 161).

Den teknologiske fremveksten innen helsevesenet er i stadig utvikling. Teknologi og digitale løsninger kan forenkle og endre arbeidsformer, men kan ikke erstatte alle helsetjenester som utføres av helsepersonell (Meld. St. 13 (2011-2012), 2012, s. 18). Det er for eksempel ikke mulig å gi en infusjon intravenøst eller ta en blodprøve digitalt.

RHF tar instruksjoner fra det overordnede maktfeltet. Det er etablert en referansegruppe hvor HUS allierer seg med flere sykehus i Helse Vest RHF, særlig SUS. Flere sykehus står sterkere sammen, og dermed øker den sosiale kapitalen for å utvikle en bærekraftig modell for AHS som kan overføres til andre helseforetak i helseregionen. Modellen legger seg tett opp til det dominerende maktfeltet ved at modellen skal sikre likeverdige tjenestetilbud til alle barn (Berg, 2019, s. 3; Berg & Milde, 2021, s. 4-5; Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 9). OUS er også i gang med et stort prosjekt om å flytte mer av spesialisthelsetjenestene hjem til pasientene (Oslo universitetssykehus, 2020b).

I 2020, før Covid-19 pandemien gjorde sitt inntog i Norge, stilte *Oppdragsdokumentene* krav til RHF om å fastsette konkrete mål for å flytte spesialisthelsetjenester hjem ved hjelp av teknologi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 10). Pandemien aktualiserte ytterligere behovet for omorganisering av helsetjenester. Erfaringene er viktige for videreutvikling av AHS (Prop. 1 S (2020-2021), 2020, s. 17).

### **Tause leger - en strategi for å ansvarliggjøre politikerne?**

Det er generelt få leger som har uttalt seg om AHS gjennom *TDNLF* og *Paidos*. I og med at det skjer en så stor forandring innen barnemedisinen skulle man tro at legegruppen viste mer engasjement. Det kan være et uttrykk for at det ikke er opp til legene å avgjøre hvordan sykehusene organiserer sine helsetjenester. HOD har det overordnede ansvaret for å sikre befolkningen tilgang til gode og likeverdige helsetjenester. RHF gir instruksjoner som videreformidles til helseforetak om hvordan helsetjenestene skal organiseres (Regjeringen, u.å-a). Legene har dermed ikke myndighet og definisjonsmakt til å bestemme over organiseringen av helsetjenestene da disse avgjørelsene tas på høyere nivåer. Her spiller *Oppdragsdokumentene*, sammen med de andre regjeringsdokumentene, en avgjørende rolle.

Legene inntar en dominert posisjon i det sosiale rommet av AHS og svarer trolig med å trekke seg tilbake som en strategi for å ansvarliggjøre de dominante. Det kan være at legene ønsker å opprettholde autoritet og sin hierarkiske posisjon inne på sykehuset ved å ikke dra hjem til pasientene, slik som sykepleiere med lavere posisjoner gjør. Det kan være et uttrykk for at de er redde for å miste det behandlende ansvaret ovenfor pasienten, og makt i kraft av sin posisjon til å gjøre beslutninger ovenfor pasientene under de vilkårene som foreligger. Det er

legene som ennå avgjør om behandling gjennom AHS er forsvarlig, og avgjør om AHS skal tilbys (Grøgaard, 2011a, s. 7; Hernæs, 2012b, s. 55; Lillehammer sykehus, u.å-c).

### **Sykepleieren aner en mulig sosial oppstigning?**

Samlet vektlegger sykepleiergruppen fordelene AHS har for barna og familiene. Dette henger trolig sammen med deres selvoppfatning og habitus. Sykepleierne jobber tettere på barnet og familien og får en annen sosial relasjon enn det legene gjør i sitt arbeid. Posisjoneringsene legger seg mer opp til barnets beste. Legene stiller diagnose og avgjør behandling. Sykepleieren utfører behandling etter instruksjoner fra legene og er mye mer tilgjengelig for pasienten.

Sammenlignet med legegruppen har sykepleiergruppen i nåtid større tradisjon for å oppsøke pasienter og familier hjemme, gjennom blant annet hjemmesykepleien. Helsesykepleiere har også tradisjon for å dra hjem på besøk kort tid etter hjemkomst fra sykehuset etter fødsel (Mathisen, 2006, s. 113-114, 192). Ved å også se tilbake på erfaringer fra «hjemmebesøk», «Hjemmeteam» og «NAST» pekes det på gode erfaringer om at barn har det best i trygge og kjente omgivelser. Erfaringene fra «Hjemmeteam» ved OUS medførte gode resultater basert på tilfredshet, kvalitet og effektivitet, og disse blir trukket frem som argument for etablering av Norges første AHS. Disse tidligere erfaringene kan bidra til å forklare nåtidens posisjoneringer til AHS ut fra sykepleiers og barnesykepleiers posisjon (Andersen, 2002, s. 8; Grøgaard, 2011a, s. 5; Milde, 2002, s. 6; Oslo universitetssykehus, 2014, s. 6; Toften, 2011, s. 17). Dette er argumenter som peker på barnets beste, og som er en grunnleggende verdi i barnesykepleierens arbeid (Børsting et al., 2021, s. 21).

## **7.2 Kamp mellom det økonomiske og barnets beste?**

I spørsmålet om etablering av AHS foregår det kamper mellom det økonomiske og barnets beste. Etablering av AHS har vist seg å gi en økonomisk avkastning for sykehusene. Særlig OUS trekker dette frem i sin første rapport (2014). HUS og Lillehammer sykehus fokuser ikke på den økonomiske gevinsten. Det kan skyldes av det faktum at det økonomiske aspektet allerede er etterprøvd, og dermed er det konkludert ved at AHS medfører

kostnadsbesparelser og anses som en rimeligere driftsform. Tidligere forskning indikerer også dette (Støme, 2014; Aasen et al., 2018, s. 30). Det økonomiske er, og vil alltid være, viktig innenfor helsevesenet, og kostnadseffektive helsetjenester er ønsket fra statlig hold (St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 113; Toften, 2011, s. 17).

For sykehusene vil AHS bidra til mer tilfredse pasienter og en kostnadseffektiv ressursutnyttelse. Sengeplasser frigjøres og kapasiteten bedres. Sykehusene får dermed mulighet til å behandle flere pasienter som også kan gi sykehusene mer kapital. De nyeste rapportene fra OUS har mindre fokus på det økonomiske aspektet (Oslo universitetssykehus, 2020a, 2020b). Det kan være at HUS og Lillehammer sykehus forsøker å skjule og dekke over det økonomiske ved å tone det ned, til fordel for å fremheve andre argumenter som appellerer mer til de som jobber tettere på barna og familiene. Det er mer fokus på helsetjenester som er til fordel for barnet og familiene, hvor barnets beste og helsetjenester på barnets premisser vektlegges (Berg & Milde, 2021, s. 4; Lillehammer sykehus, u.å-c). Argumentet om å skape «pasientens helsetjeneste» er den dominerende posisjoneringen som går igjen i regjeringsdokumentene. Ved utvikling av helsetjenester skal pasientens behov være retningsgivende (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 7, 18).

*Oppdragsdokumentene* instruerer foretakene om hvordan de skal drive helsetjenestene sine på. I statsbudsjettet bevilges det penger til RHF, men det er opp til RHF å bestemme hvordan sykehusene skal anvende midlene, og hvordan sykehuset skal drifte helsetjenestene sine. AHS blir enda mer anerkjent blant de dominerende når AHS kommer inn som en egen post i budsjettene. Sykehusene står også fritt til å bruke mer penger på AHS enn bevilget, ut fra økonomisk kapital. Sykehusene kan velge å etablere AHS begrunnet i at tilbudet gir økonomisk avkastning for sykehuset. AHS kan dermed bli brukt som et redskap for å forbedre sykehusets økonomi.

## 8.0 Avslutning

Forskningsspørsmålene er besvart og analysert med en praxeologisk tilnærming. Ut fra dette trekkes det slutninger for etableringen av AHS. Disse vil bli presentert i dette delkapittelet.

### 8.1 Styrker, svakheter og begrensninger ved studien

Rammene for masteroppgaven har satt metodiske begrensninger for tid og mulighet. Ønsket for studien var i utgangspunktet å inkludere sykehus fra ulike helseregioner. Det viste seg å bli vanskelig å få tilgang til ønsket materiale. To av de inkluderte sykehusene er tilknyttet samme helseregion, men sykehusene er av ulik størrelse. Dermed har disse bidratt med nyanserte data som har medvirket til å konstruere frem viktige distinksjoner.

Dokumentene fra Lillehammer sykehus er uten årstall, men mye tyder på at disse ble utarbeidet i forbindelse med etablering av tilbudet i 2013 (Lillehammer sykehus, u.å-a, u.å-b, u.å-c). Fra OUS har det ikke vært mulig å få tilgang til dokumenter som er utarbeidet før i 2014, som er seks år etter etablering av AHS. Argumentene for etablering kommer likevel til syne i alle dokumentene fra OUS. Rapportene anses dermed som relevant for studien (Oslo universitetssykehus, 2014, 2020a, 2020b). Det er ikke funnet nyere tall som sammenligner kostnadssiden ved AHS med tradisjonell sykehusinnleggelse enn det som er presentert i kostnadssimuleringsmodellen fra OUS (Oslo universitetssykehus, 2014).

Den pågående Covid-19 pandemien gjorde det også utfordrende å få fatt i ønsket materiale grunnet restriksjoner og tidvis stengte biblioteker. Studien er dermed basert på skriftlige dokumenter som har vært mulig å få fatt i, elektronisk eller ved etterspørsel. Grunnet tidsbegrensningen har det ikke vært anledning til å gjennomgå alle utgaver av regjeringsdokumenter og tidsskrifter fra hele tidsperioden som ikke gav søketreff på anvendte søkeord (jf. kap. 3.3). En styrke er likevel at innholdsfortegnelsene er gransket for å fange opp relevante dokumenter som kan ha noe å si om etablering av AHS.

## 8.2 Avsluttende kommentarer

Denne studien startet med en undring rundt hvordan det kan være at det etableres AHS i Norge, og har gitt innsikt i vilkårene for etablering. Det foregår et politisk spill med mange argumenter i det sosiale rommet av AHS. Det økonomiske aspektet var avgjørende ved etablering av Norges første AHS. Andre sykehus fulgte etter og vektlegger heller andre vilkår, som kan være et forsøk på å skjule det økonomiske aspektet. Etter hvert som de økonomiske forholdene ble etterprøvd med kostnadseffektive resultater for sykehusene, flyttes fokuset over på argumentene som appellerer til hva som er verdifullt for barna og familiene.

De dominerende posisjoner (jf. kap. 6.1), særlig regjeringsdokumentene med mest samlet kapital, argumenterer for å etablere og tilby helsetjenester med pasienten i fokus. Det argumenteres for at AHS ivaretar barnets beste med tilhørende rettigheter. AHS legger til rette for helhetlige og sammenhengende helsetjenester for å ivareta pasientens behov med tanke på kvalitet, pasientsikkerhet og trygghet. Disse argumentene ser ut til å handle om å legitimere helsetjenesten slik at også sykehusene og helsepersonell agerer slik regjeringen og staten ønsker. De dominerende bruker argumenter og begreper som appellerer til agenter og posisjoner med mindre kapital, og derav lavere posisjoner. Dette gjør det mulig å gjennomføre politikken som dominerer i det overordnede maktfeltet. Argumentene brukes strategisk for å få folk til å anerkjenne og akseptere den symbolske makten som utøves. Det er vanskelig å motsette seg argumentene de dominerende vektlegger. Barn og familier vil dermed kunne anerkjenne at det er best å være hjemme, særlig når argumentene og vilkår for etablering legitimeres om barnets beste.

Regjeringsdokumentene, som besitter mest symbolsk makt, har en uttalt teori om at helsetjenestene skal være til det beste for pasientene. AHS legger forholdene til rette for at syke barn får være mest mulig hjemme (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 8). AHS kan dermed bidra til å redusere og begrense tid på sykehus, hvor statens interesse settes fremst. Dette fokuserer på barnets beste, og ivaretar prinsippet om at barn ikke skal legges inn på sykehus dersom det ikke er medisinsk nødvendig (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 2). Det har samtidig en delvis skjult dobbel og uttalt normativ betydning Den økonomiske gevinsten bør være en positiv følge ved å etablere AHS, men det viktigste argumentet er en helsetjeneste som er til det beste for barnet. Det argumenteres for at AHS er et godt alternativ

til tradisjonell sykehusbehandling og innleggelse, som bør være en del av fremtidens helsetjeneste (Berg & Milde, 2021, s. 4; Meld. St. 24 (2019-2020), 2020, s. 51; Oslo universitetssykehus, 2020a, s. 31).

Avslutningsvis vil jeg bringe frem noen egenrefleksjoner over normer som utfordrer å etablere AHS. Hverken økonomiske forhold eller barnets beste bør stå alene som argument for etablering av AHS. Fordelene for det syke barnet og familiene er mange, men disse fordelene kan ikke overskygge belastningen som kan forekomme ved å ha et sykt barn hjemme; det kan være belastende nok i seg selv. Foreldrene tillegges mer ansvar og kan overlastes med mer ansvar enn det de er i stand til å takle, selv om tilbudet skal være vurdert og klarert med lege før barnet overføres til AHS. I enkelte tilfeller vil barnet ha det best på sykehuset, selv om barnet rives ut av de kjente omgivelsene hjemme. Barn bør heller ikke overføres til AHS fordi sykehuset skal spare penger. Da kan AHS og barna bli brukt som et budsjettmiddel. Ergo bør det foreligge en viss balanse mellom argumentene, slik at de ikke går på bekostning av hverandre.

### 8.3 Implikasjoner for videre studier

I denne masterstudien er det konstruert en teori om hvordan det kan være at AHS etableres i Norge basert på skriftlige kilder fra ulike agenter og posisjoner. For å forlenge denne studien vil det være interessant å gjøre intervju av agenter som representerer de samme posisjonene som denne studien bygger på for å få frem ytterligere informasjon og en dypere antropologisk dimensjon av AHS. Det sosiale rommet kunne dessuten blitt mer nyansert.

Dagens samfunn er under teknologisk utvikling, og dermed kunne det vært spennende for fremtidige studier å gå inn på hvilke helsetjenester for barn som utføres hjemme via digitale løsninger. Noen norske sykehus opererer allerede med digitale hjemmesykehus for barn gjennom videokonsultasjoner og virtuelle sykehus. Teknologi hevdes å øke mulighetene som ligger i AHS (Helsedirektoratet, 2020, s. 6; Lund et al., 2020; Meld. St. 7 (2019-2020), 2019, s. 89, 160; Oslo universitetssykehus, 2020b, s. 19).



For videre studier ville det også vært interessant og fulgt utviklingen av et AHS i hver helseregion tettere opp til tilhørende *Oppdragsdokumenter*, for å undersøke forskjeller og ulikheter mellom helseregionene. Det kunne også ha blitt utført en større konstruksjon av helsevesenet og helsepolitikken i den norske velferdsstaten ved å gå lengre tilbake i tid og inkludere enda flere regjeringsdokumenter. Det hadde også ha vært interessant å se på hvilke politiske parti som satt i regjering når de ulike regjeringsdokumentene ble utarbeidet.

For å sette etablering av AHS inn i et større perspektiv kunne det vært interessant å gå utover de norske landegrensene, gjerne til Sverige og Danmark som har lengre historie med AHS, for å utforske vilkår for AHS, og sammenligne med norske forhold (Helsedirektoratet, 2020, s. 3-4). Ytterligere studier kunne tatt for seg effekten og innholdet i helsetjenestene, og hvordan AHS påvirker livskvaliteten til det syke barnet og familiene i en norsk kontekst.

## Litteraturliste

- Alme, T. N. (2006). Ole Sverre Haga. *Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening*, 24(3), 78-81.
- Andersen, R. D. (2002). Ambulerande barnsjukvård i hemmet. *Tidsskrift for barnesykepleiere*, 6(2), 8.
- Barne- og familiedepartementet. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*.  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf)
- Berg, A. (2019). *Prosjektsøknad: Etablering av avansert hjemmesykehus (AHS) for barn og unge i Helse Bergen*. Haukeland Universitetssykehus.
- Berg, A. & Milde, H. L. (2021). *Prosjektrapport Avansert heimesjukehus Barne- og ungdomsklinikken Helse Bergen*. Haukeland Universitetssykehus.
- Berg, L. P. & Aspøy, A. (2020, 31. januar). Helse- og omsorgsdepartementet. I *Store norske leksikon*. [https://snl.no/Helse-\\_og\\_omsorgsdepartementet](https://snl.no/Helse-_og_omsorgsdepartementet)
- Bjørndalen, H. J. (2013). *Hjemme - borte - uavgjort? Erfaringer fra avansert hjemmesykehus* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. UiO: DUO vitenarkiv.  
<http://urn.nb.no/URN:NBN:no-41459>
- Blindheim, M. G. (2019). *Barnekreftoverlevende med helseutfordringer i etterkant av sykdom og behandling: Distinksjonen fra profilert prioritert pasient og en legeoppgave - til kronisk syk og en sykepleieroppgave: En dokumentanalyse med praxeologisk optikk av ulike posisjoners omtale av barn og unge kreftoverlevende fra tidsperioden 1979-2019* [Masteroppgave, Universitetet i Bergen]. BORA. <https://bora.uib.no/bora-xmllui/handle/1956/21375>
- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen: En sosiologisk kritikk av dømmekraften* (A. Prieur, Overs.). Pax Forlag A/S.
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolsk Makt*. Pax Forlag
- Bourdieu, P. (1997). *Men hvem skapte skaberne?; -Interviews og forelæsnings* (H. Hovmark, Overs.). Akademisk Forlag AS.
- Bourdieu, P. (2007). *Pierre Bourdieu: Den praktiske sans*. Hans Reitzels Forlag.
- Braut, G. S. (2018, 25. mai). Oslo universitetssykehus HF. I *Store medisinske leksikon*.  
[https://sml.snl.no/Oslo\\_universitetssykehus\\_HF](https://sml.snl.no/Oslo_universitetssykehus_HF)
- Broady, D. (1991). *Sociologi och epistemologi: Om Pierre Bourdieus författarskap och den historiska epistemologin*. HLS Förlag.

- Børsting, T. E., Lycke, N. G. & Silkoset, H. (2021). *Barnesykepleierens kompetanse, ansvar og oppgaver*. Barnesykepleierforbundet NSF & Norsk Sykepleierforbund.  
[https://www.digiblad.no/barnesykepleierforbundet\\_nsf/barnesykepleierens-kompetanse-ansvar-og-oppgaver/?fbclid=IwAR3gO8BUln69jkKrzdj9yBjgCighFTOiN-EnALxDEgpjSD9PwrX0qqWNpFE#](https://www.digiblad.no/barnesykepleierforbundet_nsf/barnesykepleierens-kompetanse-ansvar-og-oppgaver/?fbclid=IwAR3gO8BUln69jkKrzdj9yBjgCighFTOiN-EnALxDEgpjSD9PwrX0qqWNpFE#)
- Callewaert, S. (1992). *Kultur, pædagogik og videnskap: Om Pierre Bourdieus habitusbegreb og praktikteori* (2. utg.). Akademisk Forlag.
- Callewaert, S. (2019). Introduktion til Pierre Bourdieu: «De tre former for teoretisk viten». *Praxeologi - Et kritisk blikk på sosiale praktikker*, 1(e2595), 1-5.  
<https://doi.org/10.15845/praxeologi.v1i0.2595>
- Callewaert, S. (2021). Pierre Bourdieu. *Praxeologi - Et kritisk blikk på sosiale praktikker*, 3(e3158), 1-15. <https://doi.org/10.15845/praxeologi.v3i0.3158>
- Dahl, M. B. (2020). *Dagkirurgi -en helsepolitisk effektiviseringsstrategi? En praxeologisk registrantanalyse av statlige føringer for dagkirurgi 1995-2020* [Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet]. HVL Open. <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/handle/11250/2666964/Dahl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Den norske legeforening. (u.å-a). *Fagmedisinske foreninger*. Hentet 20.03.21 fra <https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/fagmedisinske-foreninger/>
- Den norske legeforening. (u.å-b). *Legestatistikk*. Hentet 20.03.21 fra <https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/#53298>
- Den norske legeforening. (u.å-c). *Om oss*. Hentet 20.03.21 fra <https://www.legeforeningen.no/om-oss/>
- Den norske legeforening. (u.å-d). *Om tidsskriftet*. Hentet 20.03.21 fra <https://tidsskriftet.no/annet/om-tidsskriftet>
- Den norske legeforening. (u.å-e). *Organisasjonen*. Hentet 20.03.21 fra <https://www.legeforeningen.no/om-oss/organisasjonen/#53298>
- Dolonen, K. A. (2020a, 29. oktober). *Barn på sykehus under covid-19 hadde det bedre enn fryktet*. Sykepleien. Hentet 14.12.20 fra <https://sykepleien.no/2020/10/barn-pa-sykehus-under-covid-19-hadde-det-bedre-enn-fryktet>
- Dolonen, K. A. (2020b, 24. februar). *Fakta om NSF's medlemmer: Hvilken av NSF's faggrupper er størst?* Sykepleien. Hentet 21.03.21 fra <https://sykepleien.no/2020/02/fakta-om-nsfs-medlemmer>
- Esmark, K. (2009). Sociologi i fortidens fremmede land. I O. Hammerslev, A. Hansen, Jens & I. Willig (Red.), *Refleksiv sociologi i praksis* (s. 190-209). Hans Reitzels Forlag.
- Fonn, M. (2017). Ella Louise (3) fikk sykehuset hjem til seg. *Tidsskriftet Sykepleien*, 105(1), 15.

- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217).  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Frederiksen, J. (2016). *Tværprofessionelle velfærdsprofesjoner: Tværsamarbejde som en social praktik for den neoliberales velfærdsstats profesjoner* [Doktoravhandling, Roskilde Universitet]. UC Viden. Roskilde.  
[https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/56817859/Frederiksen\\_J.\\_2015\\_Tv\\_rpr\\_ofessionelle\\_velf\\_rdsprofesjoner.pdf](https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/56817859/Frederiksen_J._2015_Tv_rpr_ofessionelle_velf_rdsprofesjoner.pdf)
- Fønhus, M. S. & Fretheim, A. (2017). Hjemmesykehus kan være et godt alternativ til sykehusinnleggelse. *Sykepleien Forskning*, 12.  
<https://sykepleien.no/forskning/2017/03/hjemmesykehus-trolig-et-godt-alternativ-til-sykehus>
- Greve, G. & Berg, A. (2020). Barne- og ungdomsklinikken ved Haukeland universitetssykehus 70 år som har forandret barnemedisinen. *Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening*, 38(3), 166-170.
- Grunnloven. (1814). *Kongeriket Norges Grunnlov* (LOV-1814-05-17). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17>
- Grøgaard, J. (2011a). Avansert hjemmesykehus. *Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening*, 29(1), 5-8.
- Grøgaard, J. (2011b). Avansert hjemmesykehus -avansert hjemmesykehus vs dagpasienter? *Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening*, 29(3), 130-131.
- Hammerslev, O. & Hansen, J. A. (2009). Indledning: Bourdieus refleksive sosiologi i praksis. I O. Hammerslev, A. Hansen, Jens & I. Willig (Red.), *Refleksiv sosiologi i praksis* (s. 11-34). Hans Reitzels Forlag.
- Harboe, I., Ponton, G. I., Juvet, L. K. & Larun, L. (2018). *Hjemmebasert sykehusbehandling som alternativ til behandling på sykehus: Systematisk litteratursøk med sortering*. Folkehelseinstituttet.
- Harrits, G. S. (2014). *Klasse - en introduktion*. Hans Reitzels Forlag.
- Harrits, G. S. (2017). *Pierre Bourdieu*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Haugsbakk, F. & Harstad, L. (2020). *Ansattes opplevelse av endringsprosesser: En kvalitativ studie av hvordan ansatte ved Haukeland Universitetssykehus opplever prosessen med å etablere et nytt tjenestetilbud* [Masteroppgave, Norges Handelshøyskole]. NHH Brage.
- Helmers, A.-K. B. (2020, 2. oktober). *Står opp for de aller minste pasientene*. Sykepleien. Hentet 22.12.20 fra <https://sykepleien.no/2020/09/star-opp-de-aller-minste-pasientene>

- Helse Bergen. (2018). *Utviklingsplan 2035* Haukeland universitetssykehus. <https://helse-bergen.no/Documents/Utviklingsplan%202035/Utviklingsplan%202035%20Haukeland%20universitetssykehus,%20Helse%20Bergen%20HF.pdf>
- Helse Bergen. (2021, 22. februar). *Om oss*. Hentet 25.05.21 fra <https://helse-bergen.no/om-oss#om-helseforetaket>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Bestillerdokument 2005 Helse Vest RHF*. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bestillerdokument/bestillerdokumentnorsk\\_helse-vest100105.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bestillerdokument/bestillerdokumentnorsk_helse-vest100105.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Bestillerdokument 2006 Helse Vest RHF*. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bestillerdokument/bestillervest.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008, 3. november). *Helseministeren åpnet Hjemmesykehus for barn*. Regjeringen.no. Hentet 07.01.21 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-og-pressemeldinger/nyheter/2008/helseministeren-apnet-avansert-hjemmesyk/id534583/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Oppdragsdokument til Helse Vest RHF*. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokument\\_2010/oppdragsdokument-til-helse-vest-rhf-nn.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokument_2010/oppdragsdokument-til-helse-vest-rhf-nn.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Oppdragsdokument 2011 Helse Vest RHF*. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdok\\_2011/helse-vest.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdok_2011/helse-vest.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Oppdragsdokument 2014 Helse Vest RHF*. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/20140128oppdragsdokumenthv.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Oppdragsdokument 2015 Helse Vest RHF*. <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/opp2hv.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Oppdragsdokument 2016 Helse Vest RHF*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument2016hv.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Oppdragsdokument 2017 Helse Vest RHF*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-helse-vest-rhf-2017-c.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Oppdragsdokument 2018 Helse Vest RHF*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2018-helse-vest-rhf.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Oppdragsdokument 2019 Helse Vest RHF*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2019-hv-rhf.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Oppdragsdokument 2020 Helse Vest RHF*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2020-helse-vest-rhf-2.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021a, 14. januar). *Oppdragsdokument*. Hentet 15.03.21 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021b). *Oppdragsdokument 2021 Helse Vest RHF*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2021-hv.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021c, 26. mai). *Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp*. Hentet 27.05.21 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.å-a). *Organisering og ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet 14.02.21 fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/id445/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.å-b). *Sykehus*. Hentet 15.03.21 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/id10935/>
- Helsedirektoratet. (2020). *Evaluering og vurdering av avansert hjemmesykehus for barn (IS-2948)*. Helsedirektoratet.
- Hernæs, N. (2012a). Ellen fikk reise hjem. *Tidsskriftet Sykepleien*, 100(7), 30-33.
- Hernæs, N. (2012b). Får tatt vare på søsken også. *Tidsskriftet Sykepleien*, 100(9), 54-55.
- Hernæs, N. (2019, 13. mars). *Jubler for palliativt team til barn og unge*. *Sykepleien*. Hentet 05.01.21 fra <https://sykepleien.no/2019/03/jubler-palliativt-team-til-barn-og-unge>
- Hernæs, N. (2020a). Alle barn som ikke må være på sykehuset, bør få være hjemme. *Tidsskriftet Sykepleien*, 2020(1), 52-55.
- Hernæs, N. (2020b). Hjemmesykehus er i ferd med å ta av. *Tidsskriftet Sykepleien*, 2020(1), 56-57.
- Hindhede, A. L. & Larsen, K. (2019). Prestige hierarchies of diseases and specialities in a field perspective. *Social Theory & Health*, 17, 213-230. <https://doi.org/10.1057/s41285-018-0074-5>
- Hjellbrekke, J. & Osland, O. (2010). Pierre Bourdieu -maktkritikk som sisyoarbeid. I J. Pedersen (Red.), *Moderne politisk teori* (s. 273-293). Pax Forlag.

- Holvik, M. G. (2018). *Pårørende i sykepleiefaget –«Fra ansvarsfraskrivende slektning til samarbeidspartner» Distinksjonene mellom betalt og ubetalt hjelp til hjemmeboende eldre* [Masteroppgave, Universitetet i Bergen]. BORA. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/1956/17896/Marianne-Giske-Holvik---P-R-RENDE-I-SYKEPLEIEFAGET.pdf?sequence=28&isAllowed=y>
- Horne, R. (2016). «*Like barn leikar best*»: *Ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengande barn og unge* [Doktoravhandling, Universitetet i Bergen]. BORA. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/15253>
- Høie, B. (2020, 14. januar). *Sykehustalen 2020*. Regjeringen.no. Hentet 26.01.21 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2020/id2685663/>
- Haave, P. (2014). Legene. I R. Slagstad & J. Messel (Red.), *Profesjonshistorier* (s. 277-311). Pax Forlag.
- Innst. 379 S (2014-2015). (2015). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Olaug V. Bollestad, Hans Olav Syversen og Line Henriette Hemdal om en plan for å sikre retten til livshjelp ved livets slutt*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2014-2015/inns-201415-379.pdf>
- Jacobsen, L. D. (2020). De valgte en trygg død på lokalsykehuset. *Tidsskrift Den norske legeforening*, 2020(10). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0522>
- Johansen, M. (2016). Ønsker palliasjon av barn hjemme. *Tidsskriftet Sykepleien*, 104(5), 54-56. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.57519>
- Järvinen, M. (2013). Pierre Bourdieu. I H. Andersen & B. L. Kaspersen (Red.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (5. utg., s. 365-386). Hans Reitzels Forlag
- Knudsen, O. F. (2018, 16. juli). Stat. I *Store norske leksikon*. Hentet 18.03.21 fra <https://snl.no/stat>
- Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. I O. Hammerslev, J. A. Hansen & I. Willig (Red.), *Refleksiv sosiologi i praksis* (s. 173-189). Hans Reitzels Forlag.
- Lee, A. (2020). Privat barnehospice - er det så farlig da? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 140(16), 1619-1620. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0784>
- Leonardsen, A.-C. L. (2020, 4.mars). *Hjemmesykehus krever spisset kompetanse*. Sykepleien. Hentet 04.01.21 fra <https://sykepleien.no/blogg/2020/03/hjemmesykehus-krever-spisset-kompetanse>
- Lillehammer sykehus. (u.å-a). *Bakgrunnsinformasjon angående etablering av hjemmesykehus*.
- Lillehammer sykehus. (u.å-b). *Hvorfor opprette tilbud om hjemmesykehus?*

- Lillehammer sykehus. (u.å-c). *Prosjektbeskrivelse for hjemmesykehus for barn på Lillehammer sykehus, barneseksjonen 2013.*
- Lund, M., Hansen, M. & Lunnay, M. L. (2020). Foreldre til premature barn får god veiledning via Skype. *Tidsskriftet Sykepleien*, 108(e-80540).  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80540>
- Lunde, J. & Holte, K. (2019). Hundre år med Norsk barnelegeforening. *Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening*, 37(1), 14-19.
- Lycke, N. G. (2014). Avansert hjemmesykehus for barn. *Tidsskrift for barnesykepleiere*, 3, 6-9.
- Mathiesen, A. (2002). *Sociologiske feltanalyser*. Roskilde University.
- Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie ideer - mennesker - muligheter*. Gyldendal Akademisk.
- Meld. St. 7 (2019-2020). (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 11 (2015-2016). (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 13 (2011-2012). (2012). *Utdanning for velferd*. Kunnskapsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 15 (2015-2016). (2016). *Anmodnings- og utredningsvedtak i stortings sesjonen 2014-2015*. Statsministerens kontor.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/52ecf653c350436cbbb50b6e6104f4fa/no/pdfs/stm201520160015000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 24 (2019-2020). (2020). *Lindrende behandling og omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/52d05db7090c411abc7a3f4d47124119/no/pdfs/stm201920200024000dddpdfs.pdf>
- Milde, H. L. (2002). Hjemmet som sykehus. *Tidsskrift for barnesykepleiere*, 6(2), 6.
- Moen, A. (2011). Avansert hjemmesykehus - hva er egentlig gevinsten? *Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening*, 29(2), 64-65.
- Norsk barnelegeforening. (1997). *Generalplan for NBF*. Den norske legeforening.
- Norsk barnelegeforening. (2011). *Satsningsområder for norsk pediatri i perioden 2011-2015*. Den norske legeforening.



<https://www.legeforeningen.no/contentassets/6ae76b261b174c1c8ed9438b700e084d/satsningsomrader-for-norsk-pediatri-i-perioden-2011-2015.pdf>

Norsk barnelegeforening. (2013). *Statusrapport: strategiplan 2011-2015 Midtevaluering (nov 13) Satsningsområder for norsk pediatri 2011-2015*. Den norske legeforening.

Norsk barnelegeforening. (2018). *Norsk Barnelegeforenings hovedsatsningsområder 2017-21*. Den norske legeforening.  
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/3f90ee17e6224b84a341d1ff5a508610/satsningsomrader-for-nbf-2017-2021-2.pdf>

Norsk barnelegeforening. (u.å). *Foreningens formål*. Hentet 25.03.21 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barnelegeforening/>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å-a). *Barnesykepleie og utdanningen til barnesykepleier*. Hentet 19.03.21 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/barnesykepleie-og-utdanningen-til-barnesykepleier>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å-b). *Barnesykepleierforbundet NSF*. Hentet 25.05.21 fra <https://www.nsf.no/fg/barnesykepleierforbundet-nsf>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å-c). *Faglig og politisk arbeid*. Hentet 21.03.21 fra <https://www.nsf.no/fg/sentralt-fagforum/fg/sentralt-fagforum/faglig-og-politisk-arbeid>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å-d). *Om oss*. Hentet 21.03.21 fra <https://www.nsf.no/om-oss/om-oss>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å-e). *Sentralt fagforum*. Hentet 21.03.21 fra <https://www.nsf.no/fg/sentralt-fagforum>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å-f). *Sykepleien Forskning*. Sykepleien. Hentet 28.05.21 fra <https://sykepleien.no/publication-overview/sykepleien-forskning>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å-g). *Utdanning og forskning*. Hentet 19.03.21 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/utdanning-og-forskning>

NSD. (u.å). *NSD*. Hentet 05.05.21 fra <https://www.nsd.no>

Oslo universitetssykehus. (2014). *Evaluering av innovasjonsprosjektet: Avansert Hjemmesykehus, pasienter tilknyttet OUS i alderen 0-18 år*. Idépoliklinikken.

Oslo universitetssykehus. (2020a). *Barn og ungdom i Nye OUS*. Oslo Universitetssykehus.  
<https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Documents/Prosjektrapport%20barn-%20og%20ungdom%20i%20Nye%20OUS.pdf>

Oslo universitetssykehus. (2020b). *Spesialisthelsetjenester i hjemmet -OUS Hjemme. Konseptutredning*. Oslo universitetssykehus.

- Oslo universitetssykehus. (2020c, 14. desember). *Spørsmål og svar om Nye OUS*. Hentet 01.04.21 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nye-oslo-universitetssykehus/sporsmal-og-svar-om-nye-ous#hvilke-fagomrader-og-pasientgrupper-skal-hvor>
- Oslo universitetssykehus. (2021, 19. januar). *Om oss*. Hentet 14.04.21 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss>
- Paidos. (2020). *Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening*, 38(3), 123.
- Petersen, K. A. (1996). Hvorfor Bourdieu? I K. Müller, U. Kusk & M. Toxboe (Red.), *Fokus på sygeplejen* (s. 123-143). Munksgaard.
- Petersen, K. A. & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab -hvad er det?: En diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. Forlaget Hexis.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research; Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice* (10. utg.). Wolters Kluwer.
- Ponton, G. I. (2017). *Hjemmesykehus som organisatorisk reform: En effektstudie av ny tjenestemodell i spesialisthelsetjenesten* [Masteroppgave, Høgskolen i Oslo og Akershus]. ODA. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/10642/5293/Ponton.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Prieur, A. (2002). Objektivisering og refleksivitet. I M. Jacobsen H, S. Kristiansen & A. Prieur (Red.), *Liv, fortælling, tekst -Stejftog i kvalitativ sociologi* (s. 109-132). Aalborg Universitetsforlag.
- Prieur, A. (2006). En teori om praksis. I A. Prieur & C. Sestoft (Red.), *Pierre Bourdieu: En introduktion* (4. utg., s. 23-69). Hans Reitzels Forlag.
- Prieur, A. & Sestoft, C. (2006). Bourdieus epistemologi og sociologiens håndværk. I A. Prieur & C. Sestoft (Red.), *Pierre Bourdieu: En introduktion* (4. utg., s. 211-238). Hans Reitzels Forlag.
- Prop. 1 S (2015-2016). (2015). *FOR BUDSJETTÅRET 2016*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/9dca368594614ba79ac971b3608048ea/no/pdfs/prp201520160001hodddpdfs.pdf>
- Prop. 1 S (2017-2018). (2017). *FOR BUDSJETTÅRET 2018*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/f2a804efb5444456b68c47baf567f8df/no/pdfs/prp201720180001hodddpdfs.pdf>
- Prop. 1 S (2018-2019). (2018). *FOR BUDSJETTÅRET 2019*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/e166b6e0a392456a9f0e84eecea2472f/no/pdfs/prp201820190001hodddpdfs.pdf>
- Prop. 1 S (2019-2020). (2019). *FOR BUDSJETTÅRET 2020*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/358b7feabd0c4e069bffa87f3fc3813d/no/pdfs/prp201920200001hodddpdfs.pdf>

- Prop. 1 S (2020-2021). (2020). *FOR BUDSJETTÅRET 2021*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/49cdf0dd4b2e4f1981e09ea62b94f0d8/no/pdfs/prp202020210001hodddpdfs.pdf>
- Prop. 1 S HOD (2016-2017). (2016). *FOR BUDSJETTÅRET 2017*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/pdfs/prp201620170001hodddpdfs.pdf>
- Regjeringen. (2020, 21. april). *Om proposisjoner til Stortinget*. Hentet 23.01.21 fra  
<https://www.regjeringen.no/no/dokument/prop/om-proposisjoner-til-stortinget/id2698379/>
- Regjeringen. (u.å-a). *Departementene*. Hentet 15.02.21 fra  
<https://www.regjeringen.no/no/dep/id933/>
- Regjeringen. (u.å-b). *Meldinger til Stortinget*. Hentet 22.01.21 fra  
<https://www.regjeringen.no/no/dokument/meldst/id1754/>
- REK. (u.å). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk*. Hentet 15.05.21 fra  
<https://rekportalen.no/?fbclid=IwARORTY-4LI95Zk9qG8se7LoLDg8Em5Uh4W15tDNyUvaE6pfRXJvSXtD5lJA#hjem/home>
- Rosenlund, L. & Prieur, A. (2006). Det sociale rum, livsstilenes rum - og la distinction. I A. Prieur & C. Sestoft (Red.), *Pierre Bourdieu: En introduktion* (s. 115-155). Hans Reitzels Forlag.
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse -landets styrke 1850-2003*. Universitetsforlaget.
- Sestoft, C. (2006). Felt: begreper og analyser. I A. Prieur & C. Sestoft (Red.), *Pierre Bourdieu: En introduktion* (4. utg., s. 157-184). Hans Reitzels Forlag.
- Slagstad, R. (2014). Profesjonene i norsk samfunnsforskning. I R. Slagstad & J. Messel (Red.), *Profesjonshistorier* (s. 13-45). Pax Forlag.
- Slagstad, R. & Messel, J. (2014). *Profesjonshistorier*. Pax Forlag.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m* (LOV-1999-07-02-61). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- St. Meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000odddpdfs.pdf>
- Stamsø, M. A. (2017a). Helsetjenester. I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring: Om norsk helse- sosialpolitikk* (3. utg., s. 273-298). Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Stamsø, M. A. (2017b). Organisering og finansiering av velferdstjenester. I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring: Om norsk helse- og sosialpolitikk* (3. utg., s. 110-143). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stiftelsen Sykehusbarn. (u.å). *Avansert Hjemmesykehus for barn*. Hentet 11.05.21 fra <https://www.sykehusbarn.no/prosjekter/prosjekter/avansert-hjemmesykehus-for-barn/>
- Stortinget. (2020, 24. april). *Maktfordelingen: Forstå samspillet mellom statsmaktene*. Hentet 15.03.21 fra <https://stortinget.no/no/Stortinget-og-demokratiet/stortinget-undervisning/ungdomstrinnet/maktfordeling/>
- Støme, L. N. (2014). *Advanced Home Hospital; A Health Techology Assessment* [Masteroppgave, Universita' Degli Studi Di Modena E Reggio Emilia].
- Sundal, H. (2014). *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus* [Doktoravhandling, Universitet i Bergen]. BORA. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/7942>
- Sykehuset Innlandet HF. (2021, 16. mars). *Om oss*. Hentet 17.04.21 fra <https://sykehuset-innlandet.no/om-oss#pa-flere-steder>
- Sykehuset Innlandet HF. (u.å). *Sykehuset i Lillehammer*. Hentet 18.03.21 fra <https://sykehuset-innlandet.no/steder/sykehuset-i-lillehammer>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Toften, I. (2008). *Spesialisthelsetjeneste ved kjøkkenbordet, mulighet eller utopi? Om hjemmebesøk som alternativ til innleggelse på sykehus* [Masteroppgave, Høgskolen i Bodø]. Nord Open. <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/handle/11250/141633>
- Toften, I. (2010). Syke barn har det best hjemme. *Tidsskriftet Sykepleien*, 98(3), 66-69. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2010.0013>
- Toften, I. (2011). Hjemmebesøk hos alvorlig syke barn. *Tidsskrift for barnesykepleiere*, 15(3), 15-17.
- Tronrud, A. (2020, 19.03.21). *Hjemmesykehus gjør hverdagen lettere for våre familier*. Barnekreftforeningen. Hentet 11.05.21 fra <https://www.barnekreftforeningen.no/nyheter/hjemmesykehus>
- Utdanning.no. (2016, 1. juni). *Lege*. Hentet 09.03.21 fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/lege>
- Utdanning.no. (2018, 26. mars). *Sykepleier*. Hentet 08.03.21 fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/sykepleier>
- Utdanning.no. (2019, 11. februar). *Barnesykepleier*. Hentet 09.03.21 fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/barnesykepleier>

Utdanning.no. (2020, 16. oktober). *Barnelege*. Hentet 09.03.21 fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/barnelege>

Utdanning.no. (2021a, 5.mars ). *Studier innen sykepleie*. Hentet 10.03.21 fra <https://utdanning.no/studiebeskrivelse/sykepleie>

Utdanning.no. (2021b, 5.mars). *Studier innen videreutdanning for sykepleiere*. Hentet 08.03.21 fra [https://utdanning.no/studiebeskrivelse/videreutdanning\\_sykepleiere](https://utdanning.no/studiebeskrivelse/videreutdanning_sykepleiere)

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

Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag AS.

Aasen, L., Ponton, G. I. & M, J. A.-K. (2018). Being in control and striving for normalisation: A Norwegian pilot study on parents' perception of hospital-at-home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 102-110. <https://doi.org/10.1111/scs.12606>

## Liste over vedlegg:

Vedlegg 1: Studiens utvalgte AHS

Vedlegg 2: Studiens agenter/posisjoner

Vedlegg 3: Studiens empiri

Vedlegg 4: Registrant

Vedlegg 5: Indikatorer

Vedlegg 6: Auto-sosioanalyse

## Vedlegg 1: Studiens utvalgte AHS

### **1.1 AHS ved Oslo universitetssykehus (OUS)**

AHS ble implementert som et pilotprosjekt i 2008, og ble fast etablert fast implementert etter to år. AHS er organisert som en egen avdeling. I 2019 ble tilbudet utvidet fra dag og kveld til døgndrift alle ukedager. Målgruppen er barn og unge i alderen 0 til 18 år som bor i Oslo-området. Tilbudet er diagnoseuavhengig. Personalet i AHS består i hovedsak av spesialsykepleiere, sykepleiere, barnepleier og lege (Oslo universitetssykehus, 2014, s. 6; 2020b, s. 10).

### **1.2 AHS ved Haukeland universitetssykehus (HUS)**

AHS ble startet opp som et prøveprosjekt med statlig finansiering i 2020, og er fortsatt i implementeringsfasen. Målgruppen er barn og unge i alderen 0 til 18 år med behov for spesialisthelsetjenester som bor i opptaksområdet til Helse Bergen. AHS er organisert som en egen enhet. I løpet av våren 2021 utvides tilbudet til drift alle dager, både dag og kveld, og antall årsverk økes. Lege er per 2021 ikke lenger en del av bemanningen (Berg, 2019, s. 8; Berg & Milde, 2021, s. 2, 7, 11).

### **1.3 AHS ved Lillehammer sykehus**

Tilbudet ble etablert som et prosjekt i 2013. Det er organisert ut fra barneavdelingen, og inkluderer nyfødtintensiv og barne- og ungdomsposten. Tilbudet gis på dagtid alle hverdager. Hjemmesykehuset har etablert samarbeid med helsestasjoner og hjemmesykepleien (Lillehammer sykehus, u.å-c).

## Vedlegg 2: Studiens agenter/posisjoner

### 2.1 STATEN

Staten er den høyeste myndighet som bestemmer i Norge (Knudsen, 2018). Statsmakten er inndelt i tre; Stortinget, regjeringen og domstolene. Stortinget har den lovgivende makten, regjeringen har det utøvende makten og domstolene har den dømmende makten. Både Stortinget og regjeringen kan foreslå nye lover og lovendringer, men det er vanligvis regjeringen som gjør dette. Regjeringen styrer Norge etter lovene. Domstolene tolker lovene og dømmer (Stortinget, 2020).

Den norske stat eier de regionale helseforetakene (RHF) og har et ubegrenset økonomisk ansvar ovenfor RHF. Staten innehar makt til å beslutte overordnede helsepolitiske mål og rammer som ligger til grunn for styring av helseforetakene (Stamsø, 2017b, s. 121).

### 2.2 HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET (HOD)

HOD er underlagt staten, og har det overordnede styringsansvaret overfor RHF gjennom myndighetsstyring og utøver sin formelle eierstyring gjennom foretaksmøter og styringsdokumenter/oppdragsdokumenter til RHF, hvor vilkår til bevilgninger presenteres (St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 111; Stamsø, 2017b, s. 121). HOD deltar i utforming av lover og forskrifter, statsbudsjett og langsiktige nasjonale planer. Hovedoppgavene er knyttet til forberedelse av saker som skal behandles av regjeringen og Stortinget, i tillegg til å sette i verk de vedtakene som blir vedtatt. HOD har også ansvar for underliggende instanser, som for eksempel Helsedirektoratet (Berg & Aspøy, 2020).

### 2.3 SYKEHUS

De offentlige sykehusene i Norge eies av staten og er organisert inn i RHF. RHF ble opprettet i 2002 og er inndelt i underliggende helseforetak (St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 111; Stamsø, 2017b, s. 116, 119). I hver helseregion er det et regionsykehus. I henhold til lover og forskrifter har RHF en avgjørende rolle knyttet til organisering, finansiering og styring av spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 2; 2021c; Stamsø, 2017b, s. 132). I tråd med bevilgninger og vedtak fra Stortinget overfører HOD midler til RHF, som videre fordeler midler til underliggende helseforetak (Stamsø, 2017b, s. 106).

#### 2.3.1 Oslo universitetssykehus (OUS)

OUS er Norges største sykehus og blant de største i Skandinavia. Sykehuset fungerer som et regionsykehus i Helse Sør-Øst RHF, akuttisykehus og et lokalsykehus. OUS har over 24.000 ansatte. OUS er et universitetssykehus, og står for en stor del medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell (Oslo universitetssykehus, 2020a, s. 13; 2021). Det bygges nytt sykehus ved OUS, som etter planen ferdigstilles innen 2030 (Oslo universitetssykehus, 2020c).



### **2.3.2 Haukeland sykehus (HUS)**

HUS er det nest største regionsykehuset i Norge, og er organisert under Helse Bergen HF, Helse Vest RHF. HUS tilbyr det meste innen høyspesialisert medisin til befolkningen på Vestlandet. HUS er også et lokalsykehus. HUS har over 13.000 ansatte (Helse Bergen, 2018, s. 3; 2021).

### **2.3.3 Lillehammer sykehus**

Lillehammer sykehus er et mindre lokalsykehus, organisert under Sykehuset Innlandet som inngår i Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset har ansvar for spesialisthelsetjenester til befolkningen i Innlandet. Foretaket hadde i 2019 nærmere 8800 ansatte RHF (Sykehuset Innlandet HF, 2021, u.å).

## **2.4 AGENTENE BAK FAGTIDSSKRIFTENE**

### **2.4.1 Lege**

Legene var en av de første profesjonene i Norge på 1800-tallet (Slagstad & Messel, 2014, s. 9). Siden legeföreningen ble stiftet i 1886 har legene kjempet for det medisinske faget for å gi en bedre helsetjeneste (Den norske legeförening, u.å-c). På 1900-tallet endret legeposisjonen seg grunnet medisinsk kunnskap ble en viktig forutsetning for å løse samfunnsoppgaver. Flere leger ble utdannet og erobret helsefeltet, og rykket for alvor i sykehusene og fikk en høyere posisjon i helsevesenet. Legene var en viktig yrkesgruppe (Haave, 2014, s. 277).

Legeutdanningen er et seksårig universitetsstudium som fører frem til statlig autorisasjon fra Helseledelsestilsynet ved bestått profesjonsstudiet i medisin. Legens hovedoppgaver er å forebygge, diagnostisere og behandle sykdom og skader (Utdanning.no, 2016).

### **2.4.2 Barnelege**

En barnelege er en lege som har fullført spesialisering på det medisinske feltet pediatri. Pediatri er læren om sykdommer, vekst og utvikling hos barn i alderen 0 til 18 år. En barnelege har fått autorisasjon som lege, og i tillegg vært igjennom en spesialisering i seks og et halvt år. Tall fra 2020 viser at en legespesialist har i gjennomsnitt en årslønn på ca. 1.000.000 kr (Utdanning.no, 2020).

### **2.4.3 Sykepleier**

En sykepleier har i oppgave å forebygge og behandle sykdom hos mennesker i alle aldersgrupper (Utdanning.no, 2021a). Sykepleieutdanningen er en treårig bachelorutdanning, som fører frem til autorisasjon som sykepleier (Norsk Sykepleierforbund, u.å-g). Tall fra 2020 viser en gjennomsnittlig årslønn på ca. 555.000 kr (Utdanning.no, 2018).

### **2.4.3 Barnesykepleier**

En barnesykepleier er en sykepleier som har spesialisert kompetanse innen fagfeltet pediatri, og jobber med syke barn i aldergruppen 0-18 år. For å ta videreutdanning og/eller mastergrad i barnesykepleie, kreves det også to års relevant yrkespraksis som sykepleier (Norsk Sykepleierforbund, u.å-a). En spesialsykepleier hadde i 2020 en gjennomsnittlig årslønn på ca. 600.000 kr (Utdanning.no, 2019, 2021b).

## Vedlegg 3: Studiens empiri

### 3.1 REGJERINGSDOKUMENTER

#### 3.1.1 Oppdragsdokumenter

Oppdragsdokumentene inneholder krav fra HOD om hvilke oppgaver som skal prioriteres og utføres det kommende året, og hvilke krav som blir stilt til RHF. Oppdragsdokumentene har to formål; styringskrav til RHF og at midlene i statsbudsjettet formelt blir stilt til disposisjon. Dokumentene behandles først i Stortinget og i det årlige foretaksmøtet før de sendes videre til RHF, kort tid etter statsbudsjettet foreligger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021a; Stamsø, 2017b, s. 121). Gjennom tildelte midler er RHF pålagt å utføre oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor gitte rammer og mål og de ressursene som tildelt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010, s. 2).

#### 3.1.2 Meldinger til Stortinget (Meld. St)

*Meld. St.* benyttes når regjeringen ønsker å presentere saker for Stortinget uten forslag til vedtak. Meldingen kan også brukes når regjeringen ønsker å trekke tilbake et lovforslag (Regjeringen, u.å-b). Dokumentene er en operasjonalisering av politiske beslutninger som har til hensikt å instruere helseforetakene.

To av *Meld. St.* legger frem *Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP)* for to ulike perioder. Planene legges frem hvert fjerde år. Den første *NHSP* ble utgitt i 2015 for perioden 2016-2019 (*Meld. St. 11 (2015-2016)*, 2015). Den nåværende *NHSP* er for tidsperioden 2020-2023 (*Meld. St. 7 (2019-2020)*, 2019). *NHSP* gir retningslinjer og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenester og samhandling med primærhelsetjenesten (*Meld. St. 7 (2019-2020)*, 2019; *Meld. St. 11 (2015-2016)*, 2015).

#### 3.1.3 Proposisjoner til Stortinget (Prop)

Det finnes tre ulike typer proposisjoner. Den ene er: Prop. L, som inneholder forslag til vedtak. Den andre er Prop. LS, som inneholder forslag til lovvedtak og stortingsvedtak. Den siste typen er: Prop. S, som er en proposisjon til Stortinget med forslag til stortingsvedtak (Regjeringen, 2020). Det er denne typen proposisjon (Prop. S) som er inkludert i denne studien.

### 3.2 SYKEHUSDOKUMENTER

#### 3.2.1 Sykehusdokument fra OUS

Det er inkludert tre dokumenter fra OUS. Det første dokumentet er en rapport (2014) av AHS som et innovasjonsprosjekt publisert av Idépoliklinikken ved OUS. I forbindelse med bygging av nytt sykehus ved OUS ble det utarbeidet en prosjektrapport (2020a) som tar for seg barn og ungdom i det nye sykehuset. Det ble også utarbeidet en rapport (2020b) som en konseptutredning som handler om å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene. Prosjektet heter «OUS Hjemme» og målgruppen er alle pasientgrupper i hele OUS.

### **3.2.2 Sykehusdokumenter fra HUS.**

Fra HUS er det inkludert to rapporter. Den første rapporten er en prosjektsøknad til Helse Vest RHF, som ble utgitt i forkant av oppstart av AHS (Berg, 2019). Den nyeste rapporten ble publisert ca. åtte måneder etter oppstart av AHS (Berg & Milde, 2021).

### **3.2.3 Sykehusdokumenter fra Lillehammer sykehus**

Dokumentene fra Lillehammer sykehus er av mindre omfang.

## **3.3 FAGTIDSSKRIFTER FRA LEGER**

### **3.3.1 Tidsskrift for Den norske legeforening (TDNLF)**

TDNLF er et fagfellevurdert medisinsk vitenskapelig tidsskrift og medlemsblad som utgis 18 ganger årlig av *Den norske legeforening*. Tidsskriftet stimulerer blant annet til faglig påfyll og utvikling, medisinsk forskning, og skal fremme helsepolitiske spørsmål. TDNLF ble grunnlagt i 1881, og eies av *Den norske legeforening* (Den norske legeforening, u.å-d).

Legeforeningen ble stiftet i 1886 med navnet «*Den norske lægeforening*», hvor navnet ble endret til «*Den norske legeforening*» i 2007. Foreningen er Norges største medisinske fellesskap og landets eneste komplette profesjonsforening. Tall fra mars 2021 viser til over 37.500 medlemmer, hvor over 29.300 er yrkesaktive leger under 70 år. Den norske legeforeningen består av 46 fagmedisinske foreninger, hvorav Norsk barnelegeforening (NBF) er en av dem (Den norske legeforening, u.å-b, u.å-c, u.å-e).

### **3.3.2 Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening (Paidos)**

*Paidos* er barnelegene sitt fagtidsskrift og utgis av NBF (Norsk barnelegeforening, u.å). Tidsskriftet utgis tre ganger årlig, og jobber for økt interesse for barns helse i både i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv ("*Paidos*," 2020, s. 123). Tidsskriftets første utgave ble utgitt i 1985, da med navnet «NPS-nytt». Siden 2002 har tidsskriftet brukt navnet *Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening* (Lunde & Holte, 2019, s. 14, 18).

*Norsk Pædiatrisk Selskap* (NPS) ble stiftet i 1919 med mål om å skape interesse for pediatrik vitenskapelig arbeid i Norge. NPS ble innlemmet som en spesialforening i Legeforeningen fra 1928. I 1992 ble navnet endret til *Norsk barnelegeforening* (NBF). NBF er en fagmedisinsk forening, som jobber aktivt for barns helse og utvikling av det barnemedisinske feltet (Lunde & Holte, 2019, s. 14-15, 18). Det overordnede målet for barnelegene er at alle barn i Norge skal ha en så trygg og god barndom som mulig (Norsk barnelegeforening, 2018).

Medlemstall fra mars 2021 viser til 1132 ordinære medlemmer. Basert på medlemstall er NBF den 9. største fagmedisinske forening i Norge (Den norske legeforening, u.å-a).

### **3.4 FAGTIDSSKRIFTER FRA SYKEPLEIERE**

#### **3.4.1 Sykepleien – Tidsskrift for sykepleiere**

*Sykepleien* utgis av *Norsk Sykepleierforbund* (NSF). Første utgave av tidsskriftet ble utgitt i 1912, som er samme år som NSF ble etablert (Schiøtz, 2003, s. 166-168). NSF har en stor medlemsmasse med 120.000 medlemmer, og er Norges fjerde største fagforbund. NSF jobber både samfunn-, fag-, og interessepolitisk. NSF har 36 ulike faggrupper, hvorav *Barnesykepleierforbundet* er en av dem (Norsk Sykepleierforbund, u.å-c, u.å-e). I overkant av 26.000 sykepleiere er i tillegg medlem i underordnede faggrupper (Dolonen, 2020b). *Sykepleien Forskning* er et fagfelleverdert tidsskrift som er koblet opp under *Sykepleien - Tidsskrift for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, u.å-f).

#### **3.4.2 Tidsskriftet for barnesykepleiere**

Faggruppen *Barnesykepleierforbundet* (BSF) står bak *Tidsskriftet for barnesykepleie*. Tidsskriftet formidler fagstoff og kommuniserer fagpolitiske standpunkt til sine medlemmer. Tall fra 2020 viser at BSF har i underkant av 1000 medlemmer, og dermed den 11. største faggruppe i NSF (Dolonen, 2020b). Faggruppen er særlig rettet mot sykepleiere som jobber med premature, syke nyfødte, barn og unge og deres familie (Norsk Sykepleierforbund, u.å-b).

## Vedlegg 4: Registrant

### REGJERINGS-DOKUMENTER

#### Posisjoneringer fra *Oppdragsdokumenter*:

År	Tittel på dokumentet og referanse	Type dokument	Agent/ posisjon	Posisjoneringer om AHS
2005	<i>Bestiller-dokument Helse Vest RHF</i>  (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005)	Regjerings-dokument	HOD	Posisjonerer frem at helsetjenestene skal tilby kvalitativt gode behandlingstilbud til alle. Mål om et likeverdig tilbud fremsettes. Det argumenteres for at helsetjenestene skal være preget av kvalitet, trygghet, brukermedvirkning, tilgjengelighet og omsorg i møte med pasientene.
2006	<i>Bestiller-dokument Helse Vest RHF</i>  (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006)	Regjerings-dokument	HOD	Helsetjenestene skal være kvalitativt gode. Mål om et likeverdig tilbud videreføres. Helsetjenestene skal være preget av kvalitet, trygghet, brukermedvirkning, tilgjengelighet og omsorg.
2011	<i>Oppdrags-dokument 2011 Helse Vest RHF</i>  (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)	Regjerings-dokument	HOD	Posisjoneringen om å kartlegge muligheter for å etablere kostnadseffektive alternativer i samarbeid med primærhelsetjenesten fremsettes.
2014	<i>Oppdrags-dokument 2014 Helse Vest RHF</i>  (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014)	Regjerings-dokument	HOD	Viktige mål fra <i>Samhandlingsreformen</i> (St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009) trekkes frem. Det posisjoneres frem at flere helsetjenester skal desentraliseres og tilbys nærme pasientens bosted. Helsetjenestene skal være preget av gode pasientforløp.
2015	<i>Oppdrags-dokument</i>	Regjerings-dokument	HOD	Trekker frem at spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at det ivaretar

	<p><i>2015 for Helse Vest RHF</i></p> <p>(Helse- og omsorgsdepartementet, 2015)</p>			<p>pasientens behov. Pasientene skal i større grad få mulighet til å velge arena for behandlingssted. <i>Samhandlingsreformen</i> nevnes.</p>
2016	<p><i>Oppdragsdokument 2016 Helse Vest RHF</i></p> <p>(Helse- og omsorgsdepartementet, 2016)</p>	Regjeringsdokument	HOD	<p>Posisjoneringen om at regjeringens ønske om å skape «pasientens helsetjeneste» fremsettes. Mål om at pasientene skal få medvirke i valg av behandling og behandlingssted.</p>
2017	<p><i>Oppdragsdokument 2017 Helse Vest RHF</i></p> <p>(Helse- og omsorgsdepartementet, 2017)</p>	Regjeringsdokument	HOD	<p>Posisjoneringen hvor regjeringen vil skape «pasientens helsetjeneste» videreføres. AHS nevnes i forbindelse med bevilgning av midler til AHS i Stavanger. Det gis et tilskudd på 6 millioner kroner.</p>
2018	<p><i>Oppdragsdokument 2018 Helse Vest RHF</i></p> <p>(Helse- og omsorgsdepartementet, 2018)</p>	Regjeringsdokument	HOD	<p>Midler bevilges til utvikling av AHS i Helse Vest RHF, hvor AHS i Stavanger ble tildelt 6,1 millioner kroner. Posisjoneringen om «pasientens helsetjeneste» videreføres. Pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende helsetjenester på tvers av tjenestenivåene.</p>
2019	<p><i>Oppdragsdokument 2019 Helse Vest RHF</i></p> <p>(Helse- og omsorgsdepartementet, 2019)</p>	Regjeringsdokument	HOD	<p>AHS nevnes i forbindelse med bevilgning av midler. Helse Vest RHF fikk 4 millioner kroner til utvikling og et særskilt tilskudd på 6,2 millioner kroner til AHS for barn i Stavanger. Posisjoneringen om å skape «pasientens helsetjeneste» videreføres. Pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende helsetjenester og få mulighet til å medvirke i egen helsehjelp. Pasientforløpene skal være gode og effektive.</p>
2020	<p><i>Oppdragsdokument</i></p>	Regjeringsdokument	HOD	<p>Helse Vest RHF tildeles 4,1 millioner kroner til videreutvikling av AHS og 6,4 millioner kroner til</p>

	2020 Helse Vest RHF  (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020)			AHS for barn i Stavanger. «Pasientens helsetjeneste» er fortsatt en overordnet posisjonering. Pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende helsetjenester, og få medvirke i egen helsehjelp.
2021	Oppdragsdokument 2021 Helse Vest RHF  (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021b)	Regjeringsdokument	HOD	Penger til AHS bevilges videre. Stavanger tildeles 6,5 millioner kroner til AHS. 4,2 millioner kroner tildeles Helse Vest RHF til videreutvikling av tilbudet. Posisjoneringen om «pasientens helsetjenester» følger med videre. Pasientforløpene skal være gode og effektive. Posisjoneringen om å skape «det utadvendte sykehuset» dukker opp. Covid-19 pandemien medførte økt bruk av digitale løsninger.

#### Posisjoneringer fra *Meldinger til Stortinget*:

År	Tittel på dokumentet og referanse	Type dokument	Agent/posisjon	Posisjoneringer om AHS
2009	Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen  (St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009)	Regjeringsdokument	HOD	Handler overordnet om at pasientene erfarer rett behandling, på rett sted, til rett tid. Dette aktualiserer behov for nye arbeidsformer. Argumenterer for at økt bruk av dagpost og poliklinikk vil føre til frigjøring av sengeplasser og mindre ressursbruk i sykehusene, og dermed bedre kapasitet til flere pasienter uten økte kostnader. Det posisjoneres også frem behov for god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, slik at også helsetjenester kan tilbys nærmere pasienten. Det legges



				vekt på likeverdig tilgang på helsetjenester og at pasientene skal få medvirke i egen helsehjelp.
2012	<i>Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd</i>  (Meld. St. 13 (2011-2012), 2012)	Regjeringsdokument	Kunnskapsdepartementet	Hjemmesykehus nevnes i en sammenheng som ikke direkte er henvendt til barn. Det trekkes frem at teknologisk utstyr kan fortelle hvordan pasienten har det ut fra sensorer. Posisjonerer frem at teknologi ikke kan erstatte mennesker, men at den teknologiske utviklingen kan bidra til omorganisering av helsetjenester nærmere pasientens bosted.
2015	<i>Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)</i>  (Meld. St. 11 (2015-2016), 2015)	Regjeringsdokument	HOD	Trekker frem regjeringens ønske om å skape «pasientens helsetjeneste». Posisjonerer frem at hjemmesykehus kan være et alternativ til poliklinikk eller innleggelse. Argumenterer for at det bidrar til kortere liggetid på sykehus, og at det er en ønsket utvikling for pasientene. Posisjonerer frem at Ullevål sykehus etablerte AHS i 2008, og at sykehuset erfarte en kostnadsreduksjon.
2016	<i>Meld. St. 15 (2015-2016) Anmodnings- og utredningsvedtak i stortings-sesjonen 2014-2015</i>  (Meld. St. 15 (2015-2016), 2016)	Regjeringsdokument	Statsministerens kontor	Posisjonen trekker frem anmodningsvedtaket, som handler om å utrede muligheten for å etablere AHS for barn innen alle helseregioner, og styrker de etablerte tilbudene. Argumenterer for at befolkningen skal ha rett på tilgang til helsetjenester som er av god kvalitet.
2019	<i>Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023</i>	Regjeringsdokument	HOD	Posisjonerer frem det overordnede målet om å skape «pasientens helsetjeneste». Trekker frem et mål om at sykehuset skal komme nærmere

	(Meld. St. 7 (2019-2020), 2019)			<p>pasienten, og derfor må «det utadvendte sykehuset» skapes. Posisjonerer frem at gjennom AHS flyttes sykehusbehandlingen ut av sykehuset og inn i hjemmet. Argumenterer for en økt bruk av teknologi som kan gi nye muligheter i helsetjenester. Pasientene skal få medvirke og være aktive i egen helsehjelp. Nevner at flere helseforetak har etablert AHS for barn, og at det planlegges flere, også for voksne.</p>
2020	<p><i>Meld. St. 24 (2019-2020)</i> <i>Lindrende behandling</i></p> <p>(Meld. St. 24 (2019-2020), 2020)</p>	Regjeringsdokument	HOD	<p>Regjeringens ønske om å etablere «det utadvendte sykehuset» trekkes frem, slik at pasienter for eksempel kan møte spesialisthelsetjenester hjemme. Det forutsetter også et samarbeid med primærhelsetjenesten. Pasientene og pårørende skal oppleve helhetlige og sammenhengende helsetjenester. Hjemmesykehus posisjoneres frem som et alternativ til behandling og oppfølging ved sykehuset, og at tilbudet tilrettelegger for mest mulig tid hjemme. Regjeringen ønsker å legge til rette for at barn og familier skal få leve et så normalt liv som mulig, som videre bidrar til økt livskvalitet.</p>

#### Posisjoneringer fra *Proposisjoner til Stortinget*:

År	Tittel på dokumentet og referanse	Type dokument	Agent/posisjon	Posisjoneringer om AHS
2015	<p><i>Prop. 1 S (2015-2016)</i> <i>FOR BUDSJETTÅRET 2016</i></p>	Regjeringsdokument	HOD	<p>Posisjoneres frem regjeringens mål om å skape “pasientens helsetjeneste”. Pasienten skal stå i sentrum ved endringer. Posisjonen trekker frem anmodningsvedtaket, som</p>

	(Prop. 1 S (2015-2016), 2015)			handler om å utrede muligheten for å etablere AHS for barn innen alle helseregioner, og styrker allerede etablerte tilbud.
2016	<i>Prop. 1 S (2016-2017) FOR BUDSJETTÅRET 2017</i>  (Prop. 1 S HOD (2016-2017), 2016)	Regjeringsdokument	HOD	Posisjonen fremsetter hjemmesykehus som et eksempel på en ambulant tjeneste. Trekker frem at barn kan få sykehusbehandling hjemme, og at dette ikke er avhengig av diagnose, men av problemstilling og tilstand, og også om tilbudet er ønsket. Posisjonerer videre frem ønsket om å skape «pasientens helsetjeneste». Posisjonerer frem at regjeringen ønsker mer ambulant virksomhet.
2017	<i>Prop. 1 S (2017-2018) FOR BUDSJETTÅRET 2018</i>  (Prop. 1 S (2017-2018), 2017)	Regjeringsdokument	HOD	Posisjonerer seg videre rundt det å skape «pasientens helsetjeneste». Pasienten skal stå i sentrum ved endringer. Det posisjoneres frem at regjeringen vil styrke pasientens rettigheter. Argumenterer for å flytte makt fra systemer til den enkelte. Pasientene skal få delta mer i beslutninger om egen helse. Trekker frem at det videreføres økonomiske midler til videreutvikling til AHS.
2018	<i>Prop. 1 S (2018-2019) FOR BUDSJETTÅRET 2019</i>  (Prop. 1 S (2018-2019), 2018)	Regjeringsdokument	HOD	Posisjonerer frem ønsket om å skape «pasientens helsetjeneste», hvor alle skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet. Regjeringen vil ta vare på det som fungerer bra, og forbedre det som kan forbedres. Det posisjoneres frem at regjeringen vil styrke pasientens rettigheter. Argumenterer for å flytte makt fra systemer til den enkelte. Pasientene har rett til brukermedvirkning i egen helsehjelp. Det posisjoneres frem et mål om å blant annet bedre kvalitet og trygghet, og om å

				digitalisere flere helsetjenester. Trekker frem at det videreføres økonomiske midler til videreutvikling av AHS.
2019	<i>Prop. 1 S (2019-2020) FOR BUDSJETTÅRET 2020</i>  (Prop. 1 S (2019-2020), 2019)	Regjeringsdokument	HOD	Posisjonerer videre frem ønsket om å skape «pasientens helsetjeneste», hvor alle skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet. Pasientene skal involveres og være i sentrum ved endringer. Pasientenes rettigheter skal styrkes. Helsetjenester bør i større grad tilrettelegges slik at pasientene skal få leve mer aktive liv. Trekker frem videreføring av økonomiske midler til AHS.
2020	<i>Prop. 1 S HOD (2020-2021) FOR BUDSJETTÅRET 2021</i>  (Prop. 1 S (2020-2021), 2020)	Regjeringsdokument	HOD	Målet om å skape «pasientens helsetjeneste» videreføres. Trekker frem at Covid-19-pandemien skapte et ytterligere behov digitalisering av helsetjenester. Flere helsetjenester ble flyttet hjem til pasientene. Regjeringen vil styrke pasientenes rettigheter og muligheter. Trekker frem videreføring økonomiske midler til AHS.

## SYKEHUSDOKUMENTER

### Posisjoneringer fra Oslo universitetssykehus:

År	Tittel på dokumentet og referanse	Type dokument	Agent/ posisjon	Posisjoneringer om AHS
2014	<p><i>Evaluering av innovasjonsprosjektet: Avansert Hjemmesykehus, pasienter tilknyttet OUS i alderen 0-18 år</i></p> <p>(Oslo universitetssykehus, 2014)</p>	<p>Rapport</p> <p>Bygger på en masteroppgave (Støme, 2014)</p>	<p>OUS, Idépolikliniken</p> <p>Linn N. Støme (Prosjektansvarlig)</p>	<p>Posisjoneringer frem at AHS ble etablert som et pilotprosjekt i 2008, pga. økt småbarnsbefolkning i Oslo-området. Det forelå også et krav om å frigjøre sengeplasser ved barneklubben ved OUS. Tilbudet "Hjemmeteam" eksisterte fra før, og var et tilbud organisert ut fra nyfødtafdelingen som gjorde at stabile premature kunne dra hjem tidligere fra sykehuset med videre oppfølging av pediatrik helsepersonell. Erfaringer fra dette førte til et ønske om å omfordele ressurser for resten av barneklubben som kunne være kostnadseffektiv og samtidig gi et godt tilbud til barn og familiene. Argumenterer for at behandlingen, kvalitet og pasientsikkerhet skal være den samme som på sykehuset. Familien tar mer aktivt del i barnets behandling og pleie hjemme. Mer oppgaver flyttes til familiene, og dermed vil lønnsutgifter også reduseres. AHS ses på som et innovasjonsprosjekt som både er forsvarlig og kostnadseffektivt. Det pekes på betydelige kostnadsbesparelser for hele samfunnet ved implementeringen av AHS. Tall basert på en kostnads-simuleringsmodell fra 2013 viser at OUS vil spare i overkant av 16.000 kr per liggedøgn ved AHS sammenlignet med ordinær sykehusinnleggelse. Hvor</p>

				<p>kostnadseffektivt tilbudet er avhenger også av barnets tilstand, diagnose og behandling. Posisjonerer også frem fordeler for barn og familien. Barn slipper reising til og fra sykehus og opphold på sykehus. AHS bidrar også til mer normal hverdag og familietid, økt velvære og trygghet.</p>
2020	<p><i>Barn og ungdom i Nye OUS</i></p> <p>(Oslo universitetssykehus, 2020a)</p>	Prosjekt-rapport	OUS	<p>Argumenterer for at barn skal tas minst mulig ut trygge rammer og bør behandles hjemme om mulig. AHS tilfredsstiller krav om at barn skal behandles i hjemmet, så lenge det er mulig. Posisjonerer frem et mål om en vridning over fra sykehusinnleggelse til AHS. AHS som et redskap for å få plass til fremtidens pasientpopulasjon. Samarbeid med primærhelsetjenesten vil sikre trygge og helhetlige pasientforløpet. Posisjonerer frem ønsket om at AHS skal fungere som sykehusets «forlengede arm».</p>
2020	<p><i>Spesialisthelsetjenester i hjemmet -OUS Hjemme. Konseptutredning</i></p> <p>(Oslo universitetssykehus, 2020b)</p>	Rapport	OUS, Innovasjonsavdelingen	<p>Rapporten tar for seg hele OUS med et formål om å legge til rette for effektiv utvikling av helsetjenester og flytte mer av spesialisthelsetjenestene ut av sykehuset. Rapporten legger seg tett opp til <i>Nasjonale Helse- og sykehusplan (2020-2023)</i>(Meld. St. 7 (2019-2020), 2019) Det trekkes frem at Covid-19 pandemien aktualiserte behovet for å flytte helsetjenester ut av sykehuset. Det posisjoneres frem en forventning om blant annet kostnadseffektive helsetjenester og frigjøring av sengeplasser. Det trekkes frem at AHS etableres pga. befolkningsvekst, større forventning fra pasienter, digitalisering og endring i sykdomsbilder som krever</p>

				<p>omorganisering av helsetjenester. Det posisjoneres frem at behandling i hjemmet skal bedre kvalitet i pasientbehandling, redusere smitte og infeksjoner. Det trekkes frem at helsepersonellens rolle endres når man møter pasienter på deres hjemmebane. Det legges vekt på at hjemmebehandling har fokus på "pasientens helsetjeneste" og barnets beste, og ivaretar barn og familiene sine behov. Kvalitet og pasientsikkerheten skal være den samme som på sykehus. Hjemmet anses som en bedre egnet arena for at barn og familier skal få medvirke og involveres mer i egen helsehjelp. Det posisjoneres frem at hjemmesykehus kan være et sikkert og kostnadseffektivt alternativ. Det posisjoneres frem at klinikere opplever at de "mister kontrollen" når barnet overføres til AHS.</p>
--	--	--	--	--

#### Posisjoneringer fra Haukeland universitetssykehus:

År	Tittel på dokumentet og referanse	Type dokument	Agent/posisjon	Posisjoneringer om AHS
2019	<p><i>Prosjekt-søknad: Etablering av avansert hjemme-sykehus (AHS) for barn og unge i Helse Bergen</i></p> <p>(Berg, 2019)</p>	Prosjekt-søknad	Ansgar Berg (Klinikkdirektør ved BUK, Prof. Dr. Med)	<p>AHS posisjoneres frem som et alternativ til tradisjonell sykehusbehandling og sykehusopphold. AHS kan bidra til å løse fremtidige utfordringer som ligger i helsetjenestene. Det er fokus på barnets beste og barns rettigheter. AHS skal være en forsvarlig helsetjeneste hvor kvalitet, pasientsikkerhet og trygghet er viktig. Det argumenteres for at</p>

				<p>helsetjenestene skal være sammenhengende og helhetlige. Det pekes på at AHS har vist seg som kostnadseffektivt ved andre barne- og ungdomsklinikker. Prosjektet AHS fikk tildelt prosjektmidler. Tilbudet er frivillig for familiene og skal ikke medføre økt belastning for familiene. Det trekkes frem flere fordeler; pasientens behov ivaretas, helsetjeneste av økt kvalitet, mest mulig normalt liv og familiesituasjon, og mindre tid brukt på reisevirksomhet. En referansegruppe i Helse Vest RHF arbeider for å utvikle AHS videre.</p>
2021	<p><i>Prosjekt-rapport. Avansert hjemme-sykehus. Barne- og ungdomsklinikken. Helse Bergen.</i></p> <p>(Berg &amp; Milde, 2021)</p>	Prosjekt-rapport	<p>Ansgar Berg (Prosjekt-eier AHS, HUS)</p> <p>Helle L. Milde (Prosjekt-leder AHS, HUS)</p>	<p>Posisjonerer frem flere av de samme argumentene i <i>Prosjektsøknaden</i> (2019). Det legges vekt på barns rettigheter og fokus på barnets beste. Det trekkes frem et mål om at AHS skal være et alternativ til sykehusopphold for barn og unge, slik at barn slipper å være på sykehuset mer enn nødvendig. Tilbudet skal sikre kontinuitet, redusere ytterligere belastninger for barn og familiene, sikre god kvalitet og sikkerhet tilknyttet behandling. Det posisjoneres frem at for å bedre kvaliteten vil det være nødvendig å utvikle organisering av spesialisthelsetjenester til barn utenfor sykehuset. AHS er i en tidlig fase, men man ser for seg en utvikling hvor AHS blir en naturlig del av pasientforløpet. Posisjonen legger seg opp til argumenter fra (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019) og <i>Sykehustalen 2020</i>. Posisjonerer dermed frem regjeringens mål om å skape “det utadvendte sykehuset” og ta i bruk mer</p>



				teknologi. Barnet tilstand må tilsi at det er forsvarlig med AHS, dersom ikke må pasienten til sykehuset for behandling eller innleggelse. Det må også være praktisk mulig i forhold til avstand fra hjem til sykehuset, og at barn og familiene ønsker tilbudet.
--	--	--	--	---

### Posisjoneringer fra Lillehammer sykehus:

År	Tittel på dokumentet og referanse	Type dokument	Agent/ posisjon	Posisjoneringer om AHS
u.å	<i>Bakgrunnsinformasjon angående etablering av hjemmesykehus</i>  (Lillehammer sykehus, u.å-a)	Informasjonsbeskrivelse	Lillehammer sykehus	Lillehammer sykehus fikk tildelt prosjektmidler til å opprette hjemmesykehus.
u.å	<i>Hvorfor opprette tilbud om hjemmesykehus?</i>  (Lillehammer sykehus, u.å-b)	Informasjon til media	Lillehammer sykehus	Hjemmesykehus posisjoneres frem som et frivillig tilbud dersom tilstanden tilsier at det er forsvarlig. Viser til positive erfaringer fra andre sykehus sine etablerte tilbud. Argumenterer for at hjemmesykehus er mindre belastende for søsken og familien sammenlignet med sykehusinnleggelse. Trekker frem at tilbudet kan bidra til økt livskvalitet for hele familien. Posisjonerer frem flere argumenter som peker på at barnet har det best hjemme. Posisjonerer også frem at hjemmesykehus kan bidra til å tilrettelegge samhandling med primærhelsetjenesten.
u.å	<i>Prosjektbeskrivelse for hjemme-</i>	Prosjektbeskrivelse	Lillehammer sykehus	Posisjonerer frem at hjemmesykehus er et tilbud til barn som trenger

	<p><i>sykehus for barn på Lillehammer sykehus, barne-seksjonen 2013</i></p> <p><i>(Lillehammer sykehus, u.å-c)</i></p>		<p>sykehusinnleggelse, men hvor tilstanden tilsier at det er forsvarlig og praktisk mulig, i tillegg til at foreldrene ønsker dette og er motivert for mer ansvar. Legger vekt på å at hjemmesykehus skal gi like god og forsvarlig behandling som på sykehuset. Lege avgjør barnets behandling og behandlingssted. Posisjonerer frem antagelsen om en tro på at sykehuset ikke bruker flere ressurser, frigjøring av senger og et tilbud som er kvalitativt bedre for barn og familiene. Trekker frem en tro på at barn blir raskere friske hjemme fordi de har det bedre og er trygge. Posisjonerer frem at hjemmesykehus vil fungere som et bindeledd med primærhelsetjenesten, og trekker inn <i>Samhandlingsreformen</i>. Viser til erfaringer fra AHS ved OUS og SABH i Sverige.</p>
--	--	--	--

## FAGTIDSSKRIFTER

### Posisjoneringer fra *Tidsskriftet for Den norske legeforening (TDNLF)*:

År	Tittel på dokumentet og referanse	Type dokument	Agent/ posisjon	Posisjoneringer om AHS
2020	<i>De valgte en trygg død på lokalsykehuset</i>  (Jacobsen, 2020)	Reportasje	Lisa D. Jacobsen (Journalist)  Intervju med en mor og seksjonsleder ved AHS, AHUS	Handler primært om barnepallisjon, men trekker inn AHS i deler av reportasjen. Argumenterer for at barn og familiene bør få et tilpasset tilbud etter behov og ønsker, og et tilbud nærmere pasientens bosted.
2020	<i>Privat barnehospice – er det så farlig da?</i>  (Lee, 2020)	Debattinnlegg	Anja Lee (PhD, overlege ved BUK, OUS)	Handler primært om barnepalliasjon og etablering av barnehospice, men likevel av noe relevans. Det posisjoneres frem at der hvor AHS er etablert kan spesialisthelsetjenestene komme hjem til barnet. Argumenterer også for at barn og familiene må få velge arena for behandling og pleie, særlig ved palliasjon.

### Posisjoneringer fra *Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening (Paidos)*:

År	Tittel på dokumentet og referanse	Type dokument	Agent/ posisjon	Posisjoneringer om AHS
2011	<i>Avansert hjemme-sykehus</i>  (Grøgaard, 2011a)	Artikkel	Jens Grøgaard (Barnelege, OUS)	Posisjoneres frem at AHS ble etablert som et prosjekt betinget i krav om kostnadsreduksjon ved å frigjøre sengeplasser og redusere personalkostnader. I tillegg til tendens til en økende småbarnsbefolkning rundt Oslo-området. Trekker frem fordeler med AHS. Posisjoneres frem at AHS skal være et forsvarlig tilbud som er minst like godt sammenlignet med tradisjonell sykehusbehandling.

				<p>Argumenterer for at ASH er et forbedret tilbud til syke barn og deres familie. Trekker frem at foreldrene lettere ivaretar foreldreoppgaver hjemme. Argumenteres også for at AHS en kostnadseffektiv ressursutnyttelse som er økonomisk lønnsomt for sykehuset. Peker også på reduserte kostnader fra SABH i Sverige. Trekker frem at OUS først brukte midler fra budsjettet fra egen barneavdeling. Posisjoner frem en skepsis blant legegruppen. Leger opplever det tungvint å ha pasienten på avstand, og at det tar tid å endre vaner og holdninger. Sykepleiere tillegges mer ansvar og får raskere innsikt i barnets helsetilstand hjemme. Behandlingen er legeforankret.</p>
2011	<p><i>Avansert hjemme-sykehus - hva er egentlig gevinsten?</i></p> <p>(Moen, 2011)</p>	Debatt-innlegg	<p>Atle Moen (Overlege, Dr. Med. ved Barneavdelingen Vestre Viken)</p>	<p>Moen er uenig i Grøgaard (2011a) sin argumentasjon som hevder at AHS er kostnadseffektivt. Det stilles spørsmål om andre tiltak som f.eks. dagpost kan gi bedre økonomisk resultat enn AHS. Posisjonerer frem en skepsis til driftsformen og til oppstart av AHS ved Vestre Viken. Moen ønsket en bedre kartlegging av det økonomiske forholdene.</p>
2011	<p><i>Avansert hjemme-sykehus - avansert hjemme-sykehus vs dagpasienter</i></p> <p>(Grøgaard, 2011b)</p>	Debatt-innlegg	<p>Jens Grøgaard (Barnelege, OUS)</p>	<p>Svarer Moen (2011) tilbake med at AHS kan sammenligne pasientgruppene med dagpost i en oppstartsfase. Mener at det er mangel på forståelse over en ny endring. Fremsetter at det største hinderet for raskere utvikling av AHS ligger hos barnelegene som må endre kultur og tankegang og flytte pasienter over til AHS. Posisjonerer frem at <i>Samhandlingsreformen</i> bør driftes mer fornuftig. Trekker</p>

				frem en antagelse om at barneavdelingen vil bli utfordret til samarbeid med primærhelsetjenesten i fremtiden.
2020	<i>Barne- og ungdomsklinikken ved Haukeland universitetssykehus. 70 år som har forandret barne-medisinen</i>  (Greve & Berg, 2020)	Artikkel	Gottfried Greve (Lege ved HUS)  Ansgar Berg (Lege ved HUS)	Artikkelen tar for seg hele Barne- og ungdomsklinikken ved HUS. Nevner at tilbudet AHS handler om å gi pasientene et tilbud som er nærmest mulig hjemmet og hverdagslivet.

#### **Posisjoneringer fra *Sykepleien - Tidsskrift for sykepleiere***

(*Tidsskriftet Sykepleien, Sykepleien Forskning og sykepleien.no*):

År	Tittel på dokumentet og referanse	Type dokument	Agent/ posisjon	Posisjoneringer om AHS
2010	<i>Syke barn har det best hjemme</i>  (Toften, 2010)	Fagutviklings artikkel  Bygger på en master-oppgave  (Toften, 2008)	Irene Toften (Barne- og kreft-sykepleier ved Sykehuset i Bodø)	Handler i hovedsak om «hjemmebesøk», men nevner at AHS ble etablert i 2008. Posisjonerer frem at behandling hjemme, fremfor på sykehuset, gir barn og familiene mange fordeler. Tilbudet bidrar til en mer normal hverdag, barn er mindre eksponert for sykehusinfeksjoner og slipper reisevirksomhet til og fra sykehuset. Posisjonerer frem at barn har det best i trygge omgivelser omringet av nær familie. Antar at hjemme-behandling kan være et godt alternativ til tradisjonell sykehusinnleggelse, da det er billigere for sykehuset. Artikkelen

				peker på erfaringer fra Sverige og Danmark.
2012	<i>Ellen fikk reise hjem</i>  (Hernæs, 2012a)	Nyhets-artikkel  <i>Tidsskriftet Sykepleien</i>	Nina Hernæs (Journalist)  Intervju med foreldre og Vigdis Ziener (daværende seksjonsleder AHS, OUS)	Artikkelen peker på at AHS skal være et forsvarlig tilbud. Det argumenteres for at syke barn har det best hjemme. Hele familien får være mer samlet. Det trekkes frem at AHS er en smart måte å brukt helsekroner på. Trekker frem at AHS er en helsetjeneste som er avhengig av ressurser for å utvide tilbudet. Foreldre, særlig til premature og nyfødte barn, mestrer foreldrerollen bedre hjemme. Det posisjoneres frem at Ziener kjempet for etablering av AHS i mange år.
2012	<i>Får tatt vare på søsken også</i>  (Hernæs, 2012b)	Fagnyhet  <i>Tidsskriftet Sykepleien</i>	Nina Hernæs (Journalist)  Intervju med Helena Hanson (Sykepleier med PhD)	Posisjoneres frem erfaringer fra hjemmebehandling. Tilbudet ble etablert i København for å frigjøre sengeplasser, skape større fleksibilitet og forenkle familiens hverdager. Hjemmebehandling er lønnsomt. Posisjonere frem at legen avgjør hvilken arena det enkelte barn skal være i. Legger også vekt på at hverdagen og familiesamholdet normaliseres.
2016	<i>Ønsker palliasjon av barn hjemme</i>  (Johansen, 2016)	Fagutviklings artikkel  <i>Tidsskriftet Sykepleien</i>	Margarita Johansen (Sykepleier)	Handler i hovedsak om barnepallisjon, men også om hjemmesykehus. Posisjoneres frem at hjemmesykehus skal kunne tilby lik behandling hjemme med samme kvalitet, trygghet og sikkerhet som på sykehuset. Trekker frem fordelene med hjemmesykehus for barn og familiene, og at de ønsker tilbudet. Posisjoneres frem at foreldrerollen lett kan bli truet på sykehus.
2017	<i>Hjemmesykehus kan være et godt alternativ til</i>	Forsknings-artikkel	Marita S. Fønhus (Seniorforsker ved	Posisjoneres frem at hjemmesykehus er et trygt alternativ til sykehusinnleggelse, dersom det er forsvarlig ift.

	<p><i>sykehus- innleggelse</i></p> <p>(Fønhus &amp; Fretheim, 2017)</p>	<p>(Fagfelle- vurdert)</p> <p><i>Sykepleien Forskning</i></p>	<p>Område for helse- tjenester, FHI)</p> <p>Atle Fretheim (Seksjons- leder ved Kunnskaps- senteret, FHI)</p>	<p>pasientens tilstand. Tilbudet antas å være økonomisk fordelaktig for sykehusene, og dermed er det behov for å se etter slike nye løsninger.</p>
2017	<p><i>Ella Louise (3) fikk sykehuset hjem til seg</i></p> <p>(Fonn, 2017)</p>	<p>Nyhets- innlegg</p> <p><i>Tidsskriftet Sykepleien</i></p>	<p>Marit Fonn (Journalist)</p> <p>Intervju med en barne- sykepleier fra barneavd., SUS</p>	<p>Posisjonerer frem fordelene for barn og familier. Det er interesse for hjemmesykehus blant sykepleierne. Posisjonerer frem at sykepleierne tillegges mer ansvar som en følge av at legene ser pasientene i mindre grad.</p>
2020	<p><i>Barn på sykehus under Covid-19 hadde det bedre enn fryktet</i></p> <p>(Dolonen, 2020a)</p>	<p>Nyhets- innlegg</p> <p><i>Sykepleien.no</i></p>	<p>Kari Anne Dolonen (Journalist)</p>	<p>Posisjonerer frem at Covid-19 pandemien medførte at flere barn ble overført til AHS</p>
2020	<p><i>Hjemmesykeh us krever spisset kompetanse</i></p> <p>(Leonardsen, 2020)</p>	<p>Blogginlegg</p> <p><i>Sykepleien.no</i></p>	<p>Ann-Chatrin L Leonardsen (Anestesi- sykepleier, forsker og første- amanuensis)</p>	<p>Det argumenteres for at helsepersonell som jobber i hjemmesykehus bør ha erfaring og kompetanse innen sykehusbehandling.</p>
2020	<p><i>Står opp for de aller minste pasientene</i></p> <p>(Helmers, 2020)</p>	<p>Nyhets- innlegg</p> <p><i>Sykepleien.no</i></p>	<p>Ann-Kristin B. Helmers (Journalist)</p> <p>Intervju med flere agenter</p>	<p>Trekker frem at foreldre, særlig foreldre til premature og nyfødte barn, opplever en annen ro når de er hjemme under oppfølging av AHS.</p>
2020	<p><i>Alle barn som ikke må være på sykehuset, bør få være hjemme</i></p> <p>(Hernæs, 2020a)</p>	<p>Nyhets- artikkel</p> <p><i>Tidsskriftet Sykepleien</i></p>	<p>Nina Hernæs (Journalist)</p> <p>Intervju med Nina G. Lycke (Barne- sykepleier)</p>	<p>Posisjonerer frem at kvaliteten i AHS skal være minst like god som på sykehuset. Trekker frem at AHS ble møtt med motstand, men at tilbudet ble mer anerkjent og skulle utvikles i 2018. Artikkelen trekker frem barnets</p>

			og Vigdis M. Ziener (Tidl. Seksjonsleder). Begge tilknyttet AHS, OUS.	fordeler med å få være hjemme. Posisjonerer frem at det er lettere for foreldre å være barnets omsorgsperson når de får være hjemme. Det trekkes frem at foreldre ønsker AHS selv om det er et større ansvar og belastning å ha et sykt barn hjemme sammenlignet med på sykehus. Posisjonerer frem antagelsen om at sykehus ikke innretter driften kun etter det som er best for barn og familiene. Artikkelen trekker også frem at forholdene for å gjøre gode kliniske observasjoner av barnet er lettere når barnet er hjemme.
2020	<i>Hjemmesykehus er i ferd med å ta av</i>  (Hernæs, 2020b)	Nyhetsartikkel  <i>Tidsskriftet Sykepleien</i>	Nina Hernæs (Journalist)  Intervju med Christian Skattum (Innovasjonsjef, OUS) og Vigdis Ziener (Tidl. seksjonsleder AHS, OUS)	Posisjonen trekker frem at Ziener var lenge alene om å kjempe for etablering av Norges første AHS. AHS ble møtt med motstand. Hjemmesykehus ses på som innovasjon med økende popularitet. Trekker frem at AHS bidrar til endring av yrkesroller, og at behandlingsmulighetene og teknologien utvikler seg.
2020	<i>Foreldre til premature barn får god veiledning via Skype</i>  (Lund et al., 2020)	Fagartikkel  (Kvalitetssikret og godkjent av Sykepleiens fagredaktør)  <i>Sykepleien.no</i>	Marianne Lund Mariann Hansen Mai Lunn Lunnay (Barnesykepleiere ved nyfødtafdelingen, UNN, Tromsø)	Artikkelen handler primært om oppfølging via «Skype» for premature og syke nyfødte barn. Det posisjoneres frem at oppfølging via telemedisin er kostnadsbesparende sammenlignet med sykehusinnleggelse.



**Posisjoneringer fra Tidsskriftet for barnesykepleiere:**

År	Tittel på dokumentet og referanse	Type dokument	Agent/ posisjon	Posisjoneringer om AHS
2002	<i>Hjemmet som sykehus</i>  (Milde, 2002)	Referat	Helle L. Milde (Referent)	Referat fra Liz Maloney (sykepleier ved OUS) sitt foredrag om «Hjemmeteam» under Barnesykepleierforbundets vårseminar. Det posisjoneres frem at foreldrerollen styrkes når barnet får dra tidligere hjem fra sykehuset. Omstendighetene hjemme er bedre egnet for å bli kjent med barnet sitt på, sammenlignet med sykehuset.
2002	<i>Ambulerande barnsjukvård i hemmet</i>  (Andersen, 2002)	Referat	Randi D. Andersen (Referent)	Referat fra Helena Bergius (leder ved SABH, Sverige) sitt foredrag under Barnesykepleierforbundets vårseminar. Referatet handler oppsummert om erfaringer fra SABH. Tilbudet viser seg å være økonomisk lønnsomt både for sykehus og for foreldrene. Det posisjoneres frem at SABH er et godt alternativ som er minst like bra som tradisjonell behandling på sykehuset. Det trekkes frem at hjemmebehandling er ønsket.
2011	<i>Hjemmebesøk hos alvorlig syke barn</i>  (Toften, 2011)	Artikkel  Basert på en master oppgave  (Toften, 2008)	Irene Toften (Barne- og kreft-sykepleier, ved Sykehuset i Bodø)	Handler i hovedsak om «Hjemmebesøk» hvor hjemmebehandling posisjoneres frem som et godt alternativ til sykehusinnleggelse. Nevner at Norges første AHS ble etablert i 2009. Posisjonerer frem en antagelse om at det er lettere å innføre og tilby et tilbud som viser seg å være billigere for sykehus. Artikkelen peker på erfaringer fra Sverige og Danmark om at hjemmebehandling er kostnadseffektivt for sykehuset. Det trekkes også frem fordelene ved å få være hjemme under behandling. Fremhever at samarbeid med sykehus og

				primærhelsetjenesten vil bidra til et godt tilbud for barn og familiene.
2014	<i>Avansert hjemme-sykehus for barn</i>  (Lycke, 2014)	Artikkel	Nina G. Lycke (Barne-sykepleier, AHS, OUS)	Posisjonerer særlig frem fordelene for barn og familiene ved AHS, som f.eks. en mer normal hverdag og stabil familie-situasjon. Det erfares at barn spiser, leker, sover og har det bedre hjemme i kjente omgivelser. Trekker frem at AHS bidrar til at barn slipper å være på sykehuset mer en nødvendig. Det nevnes også at et sykehus-opphold kan være belastende for barn og familien rundt. Det trekkes også frem at behandling hjemme, i noen tilfeller, kan bidra til at familien føler seg innelåst i eget hjem. Det argumenteres også for at det er lettere for sykepleier å få et raskt inntrykk av barnets helsetilstand ved AHS

## Vedlegg 5: Indikatorer

Type dokument	Økonomisk kapital	Kulturell kapital	Sosial kapital	Samlet tallverdi	Posisjon
<i>Oppdragsdokumenter</i>	3	3	3	9	Høy
<i>Meldinger til Stortinget</i>	2	3	3	8	Høy
<i>Proposisjoner til Stortinget</i>	3	2	3	8	Høy
Sykehusdokumenter fra OUS	2	2	3	7	Høy
Sykehusdokumenter fra HUS	2	2	3	7	Høy
Sykehusdokumenter fra Lillehammer sykehus	2	2	3	7	Høy
<i>Tidsskrift for Den norske legeforening</i>	1	2	3	6	Middels
<i>Sykepleien - Tidsskrift for sykepleiere</i>	1	2	3	6	Middels
<i>Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening</i>	1	2	2	5	Middels
<i>Tidsskrift for barnesykepleiere</i>	1	2	1	4	Middels

## Vedlegg 6: Auto-sosioanalyse

Konstruksjon av forfatter sin habitus			
Posisjon	Disposisjon		Posisjoneringer
Kvinnelig sykepleier, mastergradsstudent i klinisk sykepleie, barnesykepleie	Født tidlig på 1990-tallet. Har en eldre og en yngre søster, og to lillebrødre. Mine foreldre er gift.	<b>Kulturell kapital:</b> Bachelorgrad i sykepleie.	Opptatt av å vise god omsorg og være en trygg sykepleier.
	Barndommen har vært stabil og god, med trygge rammer og kristne verdier.  Vokst opp på en bondegård på en liten bygd utenfor en by på Vestlandet. Gårdsdriften er i hovedsak melk-, korn- og smågrisproduksjon  Under oppveksten har jeg tatt del i gårdsarbeid, uten å ha fått den store interessen. Trives bedre med andre oppgaver som matlaging, hus- og hagearbeid og barnepass.  I barndommen har vært preget av å gå på søndagsskole, barneforening, barnekor, fotball og pianoundervisning.  Far er utdannet regnskapsfører og agronom. I takt med overtakelse av sine foreldres gård, trappet han ned jobben som	Vært sykepleier i fem år, og har jobbet alle fem årene ved en barnemedisinsk avdeling.  Har fullført videreutdanning i barnesykepleie, og nå snart fullført mastergrad i klinisk sykepleie, barnesykepleie.  Årsstudium i psykologi.  Studiespesialisering på videregående skole  Har tidligere hatt ulike deltidsjobber; pleieassistent ved en alderspsykiatrisk avdeling, jobbet i barnehage, sko- og klesbutikk.  På fritiden er jeg glad i trening, fjellturer, strikking og reise.  <b>Økonomisk kapital:</b> Gjennomsnittlig lønn som spesialsykepleier  Hatt lønn tre av fire semester under videreutdanningen gjennom en	Ønsker å være en sykepleier som jeg selv ville hatt, dersom jeg var syk.  Har ønsker om å øke kunnskap og kompetanse innenfor det barnemedisinske feltet.  Opptatt av å vise nestekjærlighet.  Ønsker å ha fokus på det friske i det syke barnet.

	<p>regnskapsfører og ble bonde på heltid.</p> <p>Mor er utdannet regnskapsfører, men valgte å bli hjemmeværende og husmor etter at ho fikk barn. Ho har alltid deltatt i gårdsarbeid, men ettersom mine søsken nå er blitt voksne, er hun enda mer aktiv i gårdsarbeidet.</p> <p>Min eldre søster har bachelor i økonomi, og er etablert med egen familie. Min yngre søster ble utdannet sykepleier samtidig som meg. En av mine lillebrødre har fagbrev som elektriker, den andre har fagbrev i vei- og anleggsarbeid og har snart fullført agronomutdanning.</p>	<p>utdanningsstilling ved helseforetaket.</p> <p>Hatt inntekt fra ulike arbeidsgivere siden jeg var 15 år.</p> <p>Opplært av mine foreldre til å spare penger.</p> <p>Har litt økonomisk kapital.</p> <p>Har studielån under nedbetaling.</p> <p>Leier leilighet.</p> <p><b>Sosial kapital:</b> Har kjæreste og gode venner som både er nære og mindre nære i min vennekrets.</p> <p>God kontakt med familie og venner.</p> <p>Tilknyttet en menighet og bibelgruppe.</p> <p>Medlem i forskergruppen Praxeologi.</p>	
--	--	--	--