



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	05-05-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	26-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MKS591 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	519
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	14971
----------------------	-------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	6
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

**ETABLERING AV BARNESYKEPLEIEUTDANNELSE I
BERGEN- EN PRAXEOLOGISK STUDIE**

**ESTABLISHMENT OF PEDIATRIC NURSING EDUCATION IN
BERGEN- A PRAXEOLOGICAL APPROACH**

MARIELLE LARSEN

MASTER I KLINISK SYKEPLEIE-BARNESYKEPLEIE

INSTITUTT FOR HELSE- OG OMSORGSVITENSKAP

VEILEDER: ROLF HORNE

INNLEVERINGSDATO: 24/05/23

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:

Dette masterprosjektet har vært en spennende, utfordrende og lærerik del av veien mot en master i klinisk sykepleie- barnesykepleie. Det har vært en lang vei fra beslutningen om å skrive masteroppgave om etablering av barnesykepleieutdannelse i Bergen ble tatt, og utforming av en prosjektplan ble gjennomført frem til oppgaven nå er bearbeidet og ferdig skrevet. Det har vært krevende men givende å arbeide med masteroppgaven, og selv om det har vært utfordringer underveis har jeg vært motivert til å fortsette og engasjert i arbeidet hele veien. Jeg har i tillegg til å få fordype meg i forskningsspørsmålene lært mye om forskningsmetoder og teknikker, og har fått erfaring med å gjennomføre og analysere intervjuer. Det har også vært utrolig spennende og inspirerende å bli kjent med Bourdieu sine teorier samfunnsteorier, jeg har oppdaget nye perspektiver som har fått betydning for hvordan jeg ser ting både privat og i jobbsammenheng. Dette er kunnskap og erfaringer jeg vil ta med meg videre i arbeidet som barnesykepleier.

Jeg vil takke min veileder Rolf Horne for uvurderlig veiledning, gode råd, støtte og motivasjon underveis.

Den største takken fortjener partneren min, Hamid, som har støttet meg på alle vis i prosessen med å skrive denne oppgaven. Masterprosjektet ble gjennomført i kombinasjon med foreldrepermisjon, noe som ikke hadde latt seg gjennomføre uten at han hadde stilt opp på hjemmebane på alle måter. Han har i tillegg bistått med datateknisk hjelp, korreksjonslesning og oversettelse til engelsk. Jeg vil også gjerne takke mine fire barn for tålmodighet og forståelse gjennom disse månedene. Jeg er utrolig heldig som har en så god flokk som mine nærmeste.

Mine gode venner som har hatt stor forståelse, støtte og oppmuntring underveis fortjener også en stor takk, sammen med øvrig familie- jeg setter stor pris på dere alle.

Jeg ser frem mot roligere dager, mer tid med de jeg er glad i samt å etter hvert tre inn i rollen som barnesykepleier.

Bergen, mai 2023

Marielle Larsen

Abstract

This master's project began with a curiosity about why the child nursing education program was established in Bergen in 1996. The project aims to understand and explain the social and cultural frameworks and conditions that underpinned the establishment of the education program at that time. The project goes back 20 years before the establishment in 1996 and is a historical analysis of the past to gain understanding and clarity of the underlying and more hidden aspects of the process of establishing a child nursing education program in Bergen.

The overall research question that the study seeks to answer is: "What social and cultural frameworks and conditions may have underpinned the establishment of child nursing education in Bergen in 1996?"

The study is based on the French sociologist Pierre Bourdieu's praxeological theory of science and is based on written empirical data from the journal "Sykepleien" the Norwegian Nurses Association, and interviews with three informants who engaged in the establishment of the education program in separate ways or have knowledge of this process. Bourdieu's practice theory with the concepts of social spaces and fields, doxa, habitus is used as a background to understand social practices and answer the research question.

The study shows that there were various elements that contributed to the establishment of child nursing education in Bergen in 1996. An increasing understanding of the need for more competence and specialized nursing for children admitted to hospitals developed due to increased knowledge about children's special needs that differ from adults. This, together with a formidable medical development that resulted in increased complexity and medical technology, highlighted the need for more competence among nurses. The Norwegian Nurses Association actively worked to establish child nursing education in all regions of Norway, and local drivers and initiatives were important for the establishment of the education program in Bergen in 1996.

Keywords: Pediatric nursing, pediatric nursing education, Bourdieu, praxeology, social spaces and fields, habitus, doxa, registrant analysis

Innhold

FORORD:	I
ABSTRACT	II
INNHold	III
1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN	1
1.2 UNDRING.....	2
1.3 BARNESYNET I NORGE DE SISTE 150 ÅRENE.....	3
1.4 KORT HISTORISK FREMSTILLING FRA PEDIATRIEN I NORGE:	3
1.4.1 Barneklubben i Bergen:	4
1.4.2 Barn på sykehus på fra 1950-90 tallet:	5
1.5 HISTORISK FREMSTILLING AV KAMPEN OM DE FØRSTE BARNESYKEPLEIEUTDANNELSENE I NORGE	6
1.6 TIDLIGERE FORSKNING.....	7
1.7 TIDLIGERE PRAXEOLOGISKE STUDIER:	8
1.8 STUDIENS DISPOSISJON.....	8
1.9 AVGRENSING.....	9
2.0 PROSJEKTETS TEORETISKE FORANKRING	10
2.1 PRAXEOLOGISK VITENSKAP.....	10
2.3 VITENSKAP OG FENOMENOLOGI	11
2.4 OBJEKTIVISTISK VITENSKAP.....	11
2.5 PRAXEOLOGI OG PRAKTIKKTEORI.....	11
2.6 HVORDAN FORKLARE OG FORSTÅ NÅTIDENS PRAKTIKKER?	12
2.7 ANALYTISKE BEGREP SOM ER SENTRALE I PROSJEKTET.....	12
2.7.1 Agenter.....	12
2.7.2 Felt begrepet og sosiale rom.....	13
2.7.3 Habitus-posisjoner, posisjonering og disposisjoner	14
2.7.4 Doxa, heterodoxa og ortodoxa.....	15
2.7.5 Symbolsk makt.....	16
2.7.6 Auto- sosioanalyse	17
3.0 PROSJEKTETS FORMÅL OG VITENSKAPSSPØRSMÅL	17
4.0 METODE	18
4.1 TILGANG TIL EMPIRI.....	18
4.2 EMPIRI.....	19

4.2.1 Intervju.....	20
4.2.2 Teknikk ved innsamling av dokumenter	21
4.2.3 Litteratursøk.....	22
4.3 FAGTIDSSKRIFTET SYKEPLEIEN.....	23
4.4 ETIKK.....	23
5.0 ANALYSE.....	24
5.1 REGISTRANTANALYSE.....	24
5.2 REGISTRANTANALYSE SOM ANALYSEVERKTØY	25
5.3 RANGERING AV EMPIRI SOM INNGÅR I PROSJEKTET	26
6.0 ANALYSE DEL 1.....	28
6.1 AUTO- SOSIOANALYSE	28
7.0 ANALYSE DEL 2.....	28
7.1.0 KONSTRUKSJON AV BARNESYKEPLEIEUTDANNING SOM ET SOSIALT ROM	28
7.2. KONSTRUKSJON AV AKTØRER I DET SOSIALE ROMMET.....	31
7.2.1 NSF's posisjon og posisjonering i det sosiale rommet.....	31
7.2.2 Fagtidsskriftet Sykepleien posisjon i det sosiale rommet.....	32
7.2.3 Intervjuobjektene posisjon i det sosiale rommet.....	33
7.3 MAKTFORHOLDET MELLOM AKTØRENE I DET SOSIALE ROMMET	34
8.0 ANALYSE DEL 3.....	34
8.1 BRYTNINGSTID.....	34
8.1.1 Fokus på barns rettigheter internasjonalt og i Norge.....	35
8.1.2 Erkjennelse av økt behov for kompetanse	37
8.1.3 Smertebehandling- en brekkstang ingen kan argumentere mot	39
8.2.0 BARNEKLINIKKEN I BERGEN PÅ 1980- TALLET.....	40
8.2.1 Kompetansebehovet ved barneklubben i Bergen på 1980 tallet.....	41
8.2.2 Heterodoxa ved barneklubben i Bergen.....	43
8.2.3 Etablering av barnesykepleieutdannelse i Bergen	44
9.0 AVSLUTNING.....	46
9.1 BEGRENSNINGER, STYRKER OG SVAKHETER VED STUDIEN.....	47
9.2 VIDERE STUDIER	49
LITTERATURLISTE.....	50
LISTE OVER VEDLEGG:.....	54

VEDLEGG 1: INFORMASJON TIL DELTAKERNE MED SAMTYKKEERKLÆRING	55
VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE	60
VEDLEGG 3: GODKJENNING NSD	62
VEDLEGG 4: RANGERING AV DOKUMENTER ETTER INDIKATORER.....	67
VEDLEGG 5: AUTO- SOSIOANALYSE.....	73
VEDLEGG 6: REGISTRANTANALYSE	77

Figurliste:

FIGUR 1 – ROMMET AV SOSIALE POSISJONER.....28

Tabelliste:

TABELL 1: OVERSIKT OVER TIDSSKRIFTER OG ANTALL TREFF:.....23

TABELL 2: MOMENTET VED REGISTRANTANALYSE25

TABELL 3: INDIKATOR FOR Å RANGERE KAPITALMENGDE OG POSISJON.....26

TABELL 4: RANGERING AV MENGDE KAPITAL30

TABELL 5: RANGERING AV TIDSSKRIFTFORFATTERS KAPITAL32

TABELL 6: RANGERING AV INTERVJUOBJEKTENES KAPITAL33

1.0 Innledning

Barnesykepleie er et ungt fagfelt Norge. Landets første interne spesialistutdannelse i pediatrik sykepleie ble startet ved Rikshospitalet i 1977 (Danielsen, 2017 s. 107). Året etter fikk Regionssykehuset i Tromsø en lignende utdannelse. Det gikk lang tid før andre sykehus etablerte spesialutdanning i sykepleie til barn, og ved Haukeland sykehus ble slik utdanning etablert først i 1996. Jordmor vesenet ble til sammenligning innført i Norge allerede i 1810 (Bjerk, 2017 s. 55). Masterprosjektets fokus er hvilke kulturelle og sosiale rammer og vilkår som lå til grunn for at barnesykepleierutdanning ble etablert i Bergen i 1996.

Deler av masteroppgaven kapittel 1-3 er basert på forfatters upubliserte eksamensbesvarelse (Larsen, 2022) "Etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen" som var en prosjektplan og forarbeid til masteroppgaven.

1.1 Bakgrunn

Under arbeidet med å beslutte tema for masteroppgaven i Barnesykepleieutdannelsen presenterte studieleder en ide, om å skrive en oppgave med fokus på etablering av Barnesykepleieutdanning i vår region. Tematikken fanget interessen min da tematikken er nært knyttet til flere av mine interessefelt fra tidligere.

I 2019 begynte jeg å jobbe som sykepleier på barneklubben etter å ha jobbet flere år med forebyggende og psykisk helsearbeid blant barn, unge og familier. Etter jeg begynte på barneklubben har jeg blitt interessert i, og vært opptatt ut av samfunnet og helsevesenets syn på barn, fordi jeg opplever at det preger hvordan vi som fagfolk møter og ser menneskene vi samhandler med i arbeidshverdagen vår. Min erfaring er at det påvirker oss i form av perspektiv, hvilke «briller har vi på» i møte med barn, ungdom og familier? Hvordan snakker vi om dem? Hva mener vi at de trenger? Hvordan kan vi være til hjelp for dem? Hvem er berettiget hjelp etter vår mening?

I dag er det etablert kunnskap i helsevesenet at barn «ikke er små voksne», men har særegne behov og premisser som må ivaretas (Grønseth og Markestad, 2017 s. 9-10). Vi har kunnskap om hva barn trenger for å kunne utvikle seg, og det tas hensyn til at barnemedisin skiller seg mye fra voksenmedisin både fysiologisk, men også fordi barn har andre forutsetninger og behov utviklingsmessig, psykologisk og emosjonelt. Denne kunnskapen fikk økt oppmerksomhet og fokus i etterkrigstiden, og var medvirkende til etablering av Barneklinner i Norge i etterkrigstiden (Danielsen, 2017 s. 108-110).

På den ene siden er det altså både fysiologiske og medisinske behov som skiller barn fra voksne. Videre har samfunnets og helsevesenets syn på barn endret seg i tråd med økt forståelse for barns utvikling og behov (Korsvold, 2016 s. 109-122). Utviklingen har gått fra en forståelse om at barn er uferdige voksne som må tuktes for å bli ordentlige mennesker, til at barn «skal sees, men ikke høres», frem til i dag hvor samfunnet mener, og det er lovfestet gjennom Forente Nasjoners Barnekonvensjon om barns rettigheter (Barnekonvensjonen, 1989) at barn har en lik verdi som ethvert annet menneske.

1.2 Undring

Denne bakgrunnen og historikken har fått meg til å undre meg over flere elementer. Hvordan kan det ha seg at det gikk 46 år fra barneklinner ble åpnet i Bergen frem til en barnesykepleierutdanning ble etablert? Hvorfor skjedde dette så mye seinere enn i Oslo og Tromsø? Var behovet annerledes der enn i Bergen? Hvordan var det på barneklinner i Bergen i årene frem til det ble besluttet å etablere en slik utdanning? Hvem var pådrivere, og hvilke posisjoner hadde disse? Ble forsøkt på å starte slik utdanning tidligere? Hvorfor skjedde dette skiftet da det gjorde, og hva var vilkårene som gjorde etableringen mulig?

1.3 Barnesynet i Norge de siste 150 årene

Barnedødeligheten i Norge og ellers i verden var høy frem til 1900 tallet. I det 20. århundre ble det å miste et spedbarn noe svært få opplevde (Korsvold, 2016 s. 35-53). Konsekvensene av denne nedgangen var blant annet en individualisering av barns liv. Voksnes syn på barn har endret seg mye fra før- krigstiden og frem til velferdsstaten oppsto i etterkrigstiden, og videre frem til i dag (Korsvold, 2016 35-52). Barns rettigheter fikk økt fokus i samfunnet, og FNs konvensjon om barns rettigheter ble vedtatt i 1989 og ratifisert av Norge i 1991 (Barnekonvensjonen, 1989). Synet på barn i sykehusene endret seg også, da humanistiske verdier fikk større innpass i sykepleiefaget etter andre verdenskrig (Danielsen, 2017 s. 109). Den første barneavdelingen i Norge ble etablert i 1893 ved Rikshospitalet og den var frem til 1950 årene landets eneste (Danielsen, 2017 s. 108-109). Det tok 30 år å etablere barneavdelinger over hele Norge.

1.4 Kort historisk fremstilling fra pediatrien i Norge:

I løpet av andre halvdel av 1800-tallet skjedde en voldsom utvikling innen den moderne, vitenskapelige medisin, og pediatrien som fagfelt vokste frem i samme tidsepoke som spesialitet i Europa og USA (Aarskog, 2001 s. 58). En viktig bakenforliggende årsak til utviklingen var høy spedbarnsdødelighet som i stor grad skyltes infeksjoner og feilernæring.

Dr. med. Carl August Loof (1863-1943) var en foregangsmann innen norsk pediatri og en dominant skikkelse i bergensk pediatri fra 1890 årene frem til andre verdenskrig. Han skaffet seg diverse videreutdanninger innen pediatri i Europa, og var initiativtaker til stiftelsen av Norsk Pediatrisk Selskap og Nordisk Pediatrisk Forening.

En annen viktig lege var Trygve Olaf Schønfelder (1886-1954) som var overlege ved Epidemisk avdeling på Haukeland sykehus. Han hadde studert barnesykdommer i Frankrike, og hans interesse for pediatri fremkom blant annet ved aktiv deltakelse i Norsk Pediatrisk Selskap. Ved Epidemisk avdeling fikk han innredet to store barnestuer. Det var også 32 plasser for barn under 12 år med ikke-epidemiske medisinske sykdommer, hvor også for tidlig fødte barn ble behandlet. Påtrykket om å etablere en barneklinikk i Bergen ble ikke begrunnet med barnas behov, men det

var en nødvendighet med en pediatrik avdeling for å kunne undervise i pediatri ved et påtenkt medisinsk fakultet i Bergen. (Aarskog, 2002 s. 59-60).

1.4.1 Barneklubben i Bergen:

Barneklubben i Bergen ble åpnet i 1950 og var en frigjøringsgave etter krigen fra Sverige (Helse Bergen, 2016). Det var stor begeistring rundt gaven, og regjeringen hadde uttrykket at behovet for barnesykehus i Norge var stort (Aarskog, 2001 s. 62). Også åpning av barneklubben ble knyttet til etablering av universitet i byen, fordi barneklubben var en viktig brikke i slutfasen av et arbeid for å endelig få på plass et universitet med medisinsk fakultet, og i 1946 ble dette en realitet da Stortinget vedtok etablering av dette.

Overlege dr. med Alfred Sundal (1900-1991) og oversykepleier Eva Christophersen (1904-1995) var ansatt for å forberede oppstart av driften. Sundal ledet oppbyggingen av Barneklubben til det som skulle bli det fremste behandlingssenteret for syke barn i landsdelen i samarbeid med oversykepleier Eva Christophersen. Sundal beskrives som en mann med en unik evne til å skape en vennlig og inspirerende atmosfære hvilket var en årsak til at Barneklubben ble en ettertraktet arbeidsplass for alt personell. Når en lederskikkelse som Sundal oppnår å samle ulike profesjoner rundt en sammenfallende interesse, samlet verdigrunnlag, og kulturgrunnlag, med andre ord en felles doxa kalles dette innen Bourdieus teorigrunnlag for "korpseffekten" (Fredriksen, 2016 s. 71-76). Eva Christophersen som var Sundals viktigste samarbeidspartner satte store krav til både seg selv og sine kollegaer, og er beskrevet som både streng, men også omgjengelig og vennlig. Eva Christophersen mottok Kongens fortjeneste-medalje i gull for sitt arbeid om å bygge opp barneklubben i 1969.

Også på 1950 tallet var det mangel på sykepleiere (Aarskog, 2001 s. 66) men barneklubben hadde ingen problemer med å rekruttere personale på grunn av den tids uvanlig gode arbeidsbetingelser, som kom av de økonomiske midlene barneklubben ble tildelt sammen med et sterkt fagmiljø og gode arbeidsmiljø.

1950 ble dermed et merkeår hvor Norge la bak seg en enslig barneavdeling på 40 senger ved Rikshospitalet, til nye velutstyrte og moderne barneklubber i Oslo og Bergen. Da Barneklubben ved Haukeland sykehus sto klar, uttalte helsedirektør Karl Evang at

Barneklubben i Bergen var "den beste barneklubben i verden". Dette synspunktet var ifølge Aarstad (2001 s. 68) ganske riktig fremstilt med datidens fagkunnskap, og særlig barneklubben i Bergen fremsto som nyskapende da det for første gang var tatt hensyn til barns behov i et sykehus.

1.4.2 Barn på sykehus på fra 1950-90 tallet:

På 1950 tallet ble det økt fokus på barns påkjenning når de ble adskilt fra foreldrene sine over lengre tid som ofte var tilfelle ved sykehusinnleggelsler. (Grindaker 1993). På midten av 50-tallet fikk Rikshospitalet kritikk for sin restriktive holdning til besøk, hvilket medførte at det i 1954 ble lov med daglig besøk fra foreldre. Argumenter mot økt besøkstid var først og fremst smitterisiko (Grindaker, 1993 s. 81). Fortsatt var det sterkt fokus på regler og rutiner, og det var lenge manglende viten om barns behov på sykehus blant sykepleierne, og mange betraktet foreldre i avdelingen som brysomme. Barn kunne rives gråtende ut av armene på foreldrene, fordi man opplevde at barna sovnet fortere når foreldrene var borte, uten at man forstod konsekvensen for barnet (Grindaker, 1993). En sykepleierelev ved Rikshospitalet fortalte at de i 1958 nesten ikke fikk lov å ta opp gråtende barn, barnet skulle skrike seg ferdig i sengen. Stell av barn ble gjort rutinemessig og mer etter en dagsplan enn etter barnas behov. Dette må sees i lys av datidens kunnskap, men også holdninger til stell av barn. Man trodde man gjorde barns beste. (Grindaker, 1993 s. 83).

Da barneklubben i Bergen ble åpnet var besøk ikke tillat, foreldrene leverte barna fra seg og kom og hentet dem når de var klar til utreise (Sundal, 2016 s.110-111). Slik var det de 15 første årene, før det ble innført visitt-tid. Utover 1960 tallet økte kunnskapen, og man ønsket at barns behov for mat, pleie og stell skulle tilpasses mer det enkelte barn. Samtidig kom antibiotikaene som ga helt andre muligheter for å behandle infeksjoner. Også i lærebøker i sykepleiefaget ble det på 1960 tallet argumentert for at foreldre burde inkluderes i pleien av barna sine. Likevel tok det tid før praksis ble endret. Først på 80- tallet var det vanlig at foreldre fikk være med barna, og så sent som 1990- tallet var dette blitt en selvfølge (Greve og Berg, 2020 s. 166-170).

1.5 Historisk fremstilling av kampen om de første barnesykepleieutdannelsene i Norge

Ifølge Danielsen, (2017 s.107-110) skjedde etableringen av spesialister i barnesykepleie som følge av samfunns- og kunnskapsutvikling i tiden, sammen med lokal kontekst og engasjerte og fremsynte sykepleiere, ledere og leger. I november 1949 organiserte sykepleiere som arbeidet med barn seg gjennom et felles, åpent møte ved Rikshospitalet. Det ble da dannet en faggruppe barnesykepleiere i Oslo og Akershus. 23 år etter, i 1972 benevnes denne faggruppen som en lokalgruppe, og det ble av medlemmer i gruppen tatt initiativ til et samarbeid med pediatrike sykepleiere i Stavanger med hensikt i å få til å etablere en landsgruppe som kunne være pådriver for til en spesialutdanning for barnesykepleie (Danielsen, 2017 s. 111). Etablering av en slik utdanning ble begrunnet med at synet på barn på sykehus hadde endret seg betydelig, og at stadige og store fremskritt innenfor pediatrien medførte økte krav til pleiepersonalet.

I 1973 oppnevnte Norsk sykepleierforbund (NSF) et utvalg som skulle utarbeide planer for ulike videreutdanninger i sykepleie (Danielsen, 2017 s. 111-113). På daværende tidspunkt var det tre spesialistutdanninger, jordmor, helsesøster og psykiatrisk sykepleie. NSF godkjente spesialistutdanningene. Fra 1966 hadde det i Oslo vært et 4 måneders kurs i klinisk sykepleie og barnesykepleie som var ment som en midlertidig overgangsordning frem til systematisk utdanning kunne opprettes. Kurset ble startet etter at NSF sendte et forslag til rammeplan for spesialistutdanninger til Helsedirektoratet, og det ble utarbeidet et forslag til rammeplan for en ettårig videreutdanning. Dette utvalget så det som sitt mandat å utarbeide utdanningsprogram for voksne, og sykepleie til barn ble derfor ikke behandlet i innstillingen.

Årsmøtet i Stavanger i 1972 var altså starten på etablering av lokalgruppe for pediatrike sykepleiere i Stavanger og Bergen, og dette møtet hadde noe felles undervisning med Norsk pediatrik selskap. Året etter ble sykepleiernes generalforsamling avviklet i Bergen på samme tidspunkt som årsmøtet i Norsk Pediatrik Selskap, hvor man hadde felles omvisning med legene på barneklirikken og felles program om " Behandling av leppe/ganespalte hos barn". På generalforsamlingen for pediatrike sykepleiere i 1974 diskuterte man omfanget av sykepleie til barn i grunnutdannelsen og praksis ved barneklirik ble forlenget fra 8-12 uker. NSF sine planer

for videreutdanning utelot barn. Dette var medlemmene i forening for pедиатriske sykepleiere uenige i og på generalforsamlingen ble det enighet om å forsøke få fortlgang i planene om fremtidig spesialistutdanning i pediatri.

I 1975 fremkom det at jordmor-utdanningen hadde interesse av et felles samarbeid med helsesøsterutdannelsen og den fremtidige spesialiseringen i pедиатrisk sykepleie (Danielsen, 2017 s. 113-114). I 1977 startet Rikshospitalet en spesialistutdanning av pедиатriske sykepleiere som hadde varighet på 16 måneder. I Tromsø ble det samme år etablert en tilsvarende intern pедиатrisk videreutdanning. Utdanningsutvalget i NSF mente at et samarbeid med jordmor og helsesøsterutdannelsen var en bedre samarbeidspartner enn de sykehusinterne spesialistutdannelsene, fordi utdanningen da ville være innenfor utdanningssystemet som ville være en styrke. De mente også at det på denne måten ville være et tydeligere fokus på barn. Et forslag om en resolusjon til NSF om å være pådriver for en pедиатrisk spesialistutdanning innenfor utdanningssystemet fikk ikke flertall i 1977. Behovet for en pедиатrisk videreutdanning ble i 1985 støttet av NSF gjennom "Innstilling om videreutdanning i sykepleie" (Leite, 1986 s. 25).

Historisk sett og fram til 1999 var altså videreutdanning i barnesykepleie sykehusintern utdanning. Dette endret seg da videreutdanninger innen sykepleiefeltet ble overført til høgskoler og universiteter etter St.prp. nr. 65 (1997-98) hvor Stortinget vedtok at ansvaret for de daværende interne videreutdanningene innenfor anestesi, operasjon, intensiv, barne- og kreftsykepleie skulle overføres til høgskolene.

1.6 Tidligere forskning

Etablering av barnesykepleierutdanning i Bergen kom altså 19 år etter at Rikshospitalet og Tromsø hadde startet en slik utdanning. Dette prosjektets formål er å forstå og forklare hvorfor barnesykepleierutdanning ble etablert i Bergen i 1996. Hvorfor skjedde dette bruddet da det gjorde, og hvilke kulturelle og sosiale rammer og vilkår lå til grunn for dette?

Det er gjort lite forskning på denne tematikken. Boken "Glimt fra sykepleiefagets historie" (Åshild Fause, red., 2017) er en antologi hvor kapittelet "Etablering av spesialutdanning i barnesykepleie i Tromsø", skrevet av Inger Danielsen beskriver hvordan utdanningen ble etablert

i Tromsø. Danielsen tar også for seg deler av kampen om å få etablert en pediatrik videreutdanning ført av landsgruppen for pediatriske sykepleiere.

Grindaker (1993) frem skriver i kompendiet "For syke barn i 100 år: Barneklirikken, Rikshospitalet, 1893-1993 historien til den pediatriske sykepleien ved sykehuset. Hun beskriver en nyorientering av det pediatriske fagfeltet i sammenheng med åpning av barneklirikken i Bergen og Oslo i 1950. Ny kunnskap om barns fysiske og psykiske behov på sykehus sammen med samfunnets endrede syn på barn og barns særegne behov i samfunnet presset frem et ønske om endring. Likevel tok det lang tid å spre kunnskap om dette, og å endre helsepersonells holdninger og praktikker (Grindaker, 1993 s. 73-114). Behovet for egen utdanning for sykepleiere som jobbet med barn ble presentert tidlig på 70 tallet ved Rikshospitalet. Behovet ble tydelig ut ifra den økte kunnskapen om barns behov på sykehus.

Denne praxeologiske studien er opptatt av de sosiale eller de mer skjulte sidene av hvilke sosiale og kulturelle vilkår som lå til grunn for etablering av barnesykepleierutdannelsen i Bergen i 1996. Det vil si de krefter som har vært i spill som ikke umiddelbart er synlige eller tilgjengelige og som gjerne må analyseres frem med bakgrunn i informasjon om sosiale praksiser (posisjoneringer) ulike posisjoner satte i verk som kan knyttes til at barnesykepleierutdanningen i Bergen de facto ble en realitet.

1.7 Tidligere praxeologiske studier:

Doktoravhandlingen til Rolf Horne (2016), "Like born leikar best" som omhandler habilitering av hjelpetrengende barn og unge, har vært til stor hjelp for å forstå den praxeologiske vitenskapsteorien og nettopp se hvordan det er mulig å konstruere forklaringer på sosiale fenomen.

Masteroppgavene til Marit Grødem (2021) og Mari Gaupås Blindheim (2019) har også vært til inspirasjon når det gjelder å anvende registrantanalyse og generelt til å tenke sosiologisk for å kunne analysere det empiriske materialet til dette masterprosjektet

1.8 Studiens disposisjon

I kapittel 2.0 presenteres det teoretiske grunnlaget for prosjektet, basert på Bourdieus teorier og

arbeid. Metoden for å analysere (registrantanalyse) intervju og prosjektets skriftlige empiri presenteres i kapittel 5.

I den første delen av analysen utføres en auto-sosioanalyse som har til hensikt å objektivere forfatteren, etterfulgt av en videre analyse av prosjektets material, intervju og dokumentanalyse.

Deretter drøftes studiens forskningsspørsmål, og det konstrueres en teori om de sosiale og kulturelle vilkårene for etablering av Barnesykepleieutdanning i Bergen i 1996, sett i lys av den praxeologiske vitenskapsteorien til Pierre Bourdieu. Oppgaven avsluttes med noen refleksjoner og betraktninger.

1.9 Avgrensing

Denne studien undersøker de sosiale og kulturelle forholdene som førte til etableringen av en utdanning for barnesykepleiere ved Haukeland sykehus i Bergen i 1996, basert på intervju, utvalgte skriftlige kilder og Pierre Bourdieus teorier om sosiale praksiser. Fokuset her er som sagt å undersøke posisjonene og initiativtakerne som bidro til etableringen av utdannelsen

Dette er ikke en studie som tar for seg innhold i utdannelsen, eller hvorfor den ble bedriftsintern. Den tar heller ikke for seg økonomiske aspekter og har heller ikke økonomisk kapital som sitt fokus. Økonomisk kapital og finansiering er derfor utelatt i analysen. Fokus er her som sagt å undersøke de kulturelle og sosiale forholdene ved etablering av barnesykepleierutdanning i Bergen med bakgrunn i hvilke posisjoner og initiativtakere som har engasjert seg, fått talerett og rett til å bevirke inntil beslutninger og som dermed samlet har bidratt til etablering av utdannelsen. For å forstå og forklare de sosiale praksisene som har vært i spill er det nødvendig å se inn i skyggene av det som fremstår gjennom tilgjengelig empirisk materiale, her under relevantedokumenter, hva intervjupersonene taler om og da også dokumentere den historiske utviklingen (Mathiesen, 2002, s. 17). Det er undersøkt hvordan ulike tekster og dokumenter posisjonerer seg om barnesykepleieutdannelsen i tidsperioden 1976 og frem til utdannelsen ble etablert i Bergen i 1996. Jeg har valgt å gå 20 år tilbake i fortid fra etableringstidspunkt ut fra antagelsen om at årene før etablering kan gi viktig informasjon.

2.0 Prosjektets teoretiske forankring¹

Prosjektet inntar en posisjon som setter et kritisk blikk på sosiale praktikker innen en praxeologisk vitenskapelig tradisjon forankret i Pierre Bourdieus teorier og viten om sosiale praktikker. Denne teorien har de siste tiårene blitt brukt mye, og har vist seg å være en nyttig metode i utforskningen av sykepleie som sosial praktikk. (Brandser, Boge og Petersen, 2014).

2.1 Praxeologisk vitenskap

Bourdieu jobbet vitenskapshistorisk sett ut fra arven etter den franske historiske epistemologi (Delica og Mathiesen, 2007 s. 178-179). Det vil si at man er bevisst på og synliggjør det historiske innenfor det spesifikke feltet man prøver å konstruere frem, og som kan bidra til å forklare sosiale fenomen. Feltanalyse er en historisk orientert arbeidsmåte, hvor man ønsker å forklare den sosiale betydningen av brudd og forandringer som skjer innenfor et felt. Bourdieu var særlig opptatt av samfunnsmessig makt, og hvordan maktforhold virket i det skjulte (Callewaert, 1996, s, 112). Det vil si på hvilke måter ulike former for kapital bidrar til å dominere og regulere et felt.

Bourdieu beskrev tre ulike former for teoretisk vitenskap innenfor sosiologi og samfunnsvitenskap for å kunne forstå og beskrive de sosiale praktikkene hos mennesker, disse er fenomenologi, objektivisme og praxeologisk vitenskap (Petersen, K. A. & Callewaert, S. 2013, s. 107-110). De ulike formene vil utdypes videre i neste underkapittel.

¹ Innhold i kapittel to bygger på forfatters upubliserte prosjektexamen MAMET1KS (05.2022)

2.3 Vitenskap og fenomenologi

Fenomenologisk vitenskapsteori har til hensikt å gjengi menneskelige erfaringer, for så å bearbeide disse gjennom analyse frem til en beskrivelse av fenomenets essens (Polit og Beck, 2021 s. 477).

Innen Bourdieus tenkning beskrives fenomenologisk tenkning som forsøk på å utforske menneskers subjektive opplevelse av virkeligheten (Harrits, 2017 s. 20). I dette prosjekt vil tilnærmingen kunne beskrive hvordan ulike agenter posisjonerer seg til etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen. Spor av dette finnes i fortellingene fra intervju med informantene, og i den skriftlige empirien.

2.4 Objektivistisk vitenskap

Objektiv vitenskap bryter bevisst med den subjektive opplevde virkeligheten, og søker istedenfor å konstruere objektive relasjoner som strukturerer praksiser (Harrits, 2017s.20). I dette prosjektet vil det si hvilke rammer og vilkår som har ligget til grunn politisk, samfunnsmessig og faglig for å forstå hvordan det kan være at barnesykepleieutdanning ble etablert i Bergen i 1996.

2.5 Praxeologi og praktikkteori

Praxeologisk viten bryter med objektivistisk viten, og forsøker å avdekke det dialektiske forhold mellom objektive strukturer, og de strukturerende disposisjoner som strukturene skaper, og som igjen tendenser til å reprodusere strukturene (Harrits, 2017 s. 20). Den praxeologiske nødvendiggjør altså både det fenomenologiske og de objektivistiske forholdene for å konstruere kunnskap som kan forklare sosiale forhold. Harrits (2017 s. 92) beskriver praxeologisk vitenskap som kunnskap som fremkommer etter et epistemologisk brudd med en reflektiv forståelse av forholdet mellom vitenskap og praksis.

Praxeologisk vitenskap søker å forklare hvorfor mennesker handler som de gjør innenfor sosiale

kontekster, og beskriver dermed sosiale praktikker innenfor definerte praksiser (Callewaert, 1996 s. 145). Praksis er det vi gjør i en konstant flyt, innlemmet i sammenhengen vi befinner oss i (Harrits, 2017 s. 25). Samtidig er praksis også en del av sosiale relasjoner som kontinuerlig produseres og reproduseres. Det sosiale kan altså ikke forstås som isolerte enkelttilfeller, men må sees i kontekst. Bourdieu mener at mennesker alltid inngår i sosiale relasjoner, og at de alltid inngår i samfunn som på en eller annen måte er lagdelt og hierarkiske (Wilken, 2008 s. 9).

2.6 Hvordan forklare og forstå nåtidens praktikker?

For å forstå nåtidens praktikker er det ifølge Bourdieu nødvendig å gjøre historiserende analyse av fortiden. Den viten og kunnskapen vi sitter på i dag må sees i lys av den historiske sammenhengen som den oppsto i, og gjennom historiske analyser vil det ofte avdekkes at nåtidens praktikker har oppstått som et resultat av kamper. Historien er vil dermed være preget av ulike brudd som har bidratt til endringer. (Järvinen, M og Mortensen, N. (2005 s. 9-27).

2.7 Analytiske begrep som er sentrale i prosjektet

Den praxeologiske vitenskapsformen innebefatter en del begreper som er sentrale for metoden, og derfor er viktig å ha oversikt over. Sentrale begreper som vil utgreies er; Agenter, sosiale rom og felt, habitus, doxa og symbolsk makt.

2.7.1 Agenter

Bourdieu omtaler aktører som utfører sosiale praktikker "agenter". Agentene opptrer i sosiale rom, og påvirkes av å være i det spesifikke rommet. På spørsmål om hva de gjør, vil agentene svare slik de opplever at de gjør det. Ved hjelp av ulike kilder for å kunne forstå, og med et mål om å konstruere objektive og kritiske teorier ønsket Bourdieu å selv utforske det agentene, og han selv gjorde (Brandser, Boge og Petersen, 2014). Agentenes opplevelser og erfaringer ble tatt med i betraktningen, men Bourdieu ville sette dette i kontekst og sett i lys av historien og de vilkår som lå til grunn. Altså er det er en refleksiv måte å jobbe på.

2.7.2 Felt begrepet og sosiale rom

Bourdieu introduserte begrepet felt som en analytisk konstruksjon for å studere samfunnets differensiering. Et felt defineres som et sett av objektive relasjoner som er definert i kraft av en spesifikk form for kapital (Harrits, 2017, s. 61-62). Feltbegrepet brukes som et redskap for forskeren til å synliggjøre forskjeller og motstridende posisjoner innen et spesifikt felt (Delica & Mathiesen, 2007, s. 194). Bourdieu påpeker at spenninger og forbindelser som har vært gjeldende i feltets ulike interne posisjoner, samt dets relasjon til andre felt og den overordnede maktstrukturen i samfunnet, er særlig betydningsfullt.

Wilken (2008, s. 39) beskriver at kriteriet for å definere noe som et felt, er at det kan påvises at noe står på spill, som agenter opplever at det er verdt å kjempe for. Harrits (2017, s. 90) beskriver feltbegrepet som et slags mikrokosmos hvor det kjempes en kamp om definisjon og akkumuleringen av en spesifikk kapitalform. Bourdieu peker på at spenninger og forbindelser som har vært gjeldende i feltets ulike interne posisjoner, samt dets relasjon til andre felt og den overordnede maktstrukturen i samfunnet, er særlig betydningsfull (Järvinen, M og Mortensen, s. 16).

I dette prosjektet er det barnemedisinske feltet som undersøkes, og barnesykepleierutdannelse er et subfelt under det barnemedisinske feltet. For å forstå strukturen i disse feltene, er det viktig å studere måten de historisk sett oppstod, deres generative prinsipper og spenninger og forbindelser som har vært gjeldende i deres ulike interne posisjoner, samt deres relasjon til andre felt og den overordnede maktstrukturen i samfunnet.

Bourdieu har utviklet en teori om det sosiale rommet som er en objektiv konstruksjon av samfunnet. Dette rommet består av tre primære dimensjoner som er kapitalvolum, kapitalsammensetning og utvikling i kapital og kapitalsammensetning (Harrits, 2017, s. 39). Kapital kan være økonomisk, kulturell eller sosial, og disse kapitalformene påvirker habitus, smak og praksis (Wilken, 2008, s. 9). Habitus beskriver en persons indre disposisjoner eller

måten de oppfatter og handler på, mens smak beskriver individuelle preferanser som er uttrykk for deres habitus og sosiale posisjon. Praksis beskriver hvordan individer og grupper uttrykker sin kapital i samfunnet.

Det sosiale rommet gir en innsikt i hvordan individer og grupper har historisk tilknytning til en sosial posisjon, eller er nykommere i sin sosiale posisjon. Dette rommet viser hvordan sosiale grupper og enkeltpersoner får makt gjennom verditilskrivning gjennom ulike kapitalformer (Harrits, 2017, s. 42). Bourdieu peker også på hvordan individer og grupper beveger seg gjennom samfunnet og hvordan deres kapital og kapitalsammensetning utvikler seg over tid.

Det sosiale rom omtales som nøkkelen til Bourdieus forståelse av de primære makt, dominans og klasseskiller i et samfunn, og viser hvordan sosiale grupper og enkeltpersoner får makt gjennom verditilskrivning gjennom ulike kapitalformer (Harrits, 2017 s. 42 og Wilken, 2008 s. 9).

Bourdieu argumenterte for at for å forstå en gruppe eller et individs habitus, må forskeren først konstruere studiens sosiale rom og felt. Det sosiale rommet refererer til de sosiale tilhørighetsforholdene rundt individet som studeres. Dette rommet er et komplekst nettverk av sosiale relasjoner og hierarkier som definerer posisjoner i relasjon til hverandre.

Feltet refererer til et spesifikt område innenfor det sosiale rommet som er preget av bestemte verdier, normer og praksiser. Innenfor dette feltet vil individer ha ulike posisjoner og tilhørigheter som er viktig å kartlegge og analysere for å forstå habitus.

2.7.3 Habitus-posisjoner, posisjonering og disposisjoner

Habitus er en betegnelse på de disposisjonene som en person har, og som er innlemmet i personens kropp og sinn gjennom oppvekst og sosial historie (Harrits, 2017, s. 90).

Disposisjonene består av ulike former for kapital, som kulturell, økonomisk og sosial kapital, som igjen påvirker en persons atferd og holdninger (Harrits, 2017, s. 50-51). Kulturell kapital omfatter kunnskap, ferdigheter og kulturelle verdier som en person tilegner seg gjennom oppvekst og utdanning. Økonomisk kapital er den økonomiske ressursen som en person har til rådighet, mens sosial kapital refererer til det sosiale nettverket en person har og hvordan dette

nettverket kan påvirke personens muligheter og atferd (Harrits, 2017, s. 51). Kapital er altså en person sin samlede kraft som kan bidra til for eksempel å vinne frem i sosiale sammenhenger.

Habitus kan dermed forstås som det en person representerer, og alt som har påvirket personens atferd og holdninger gjennom oppvekst og livserfaring (Wilken, 2008, s. 37). Habitus er en teoretisk konstruksjon som må konstrueres ut fra personens bakgrunn og ervervede erfaringer. Habitus vil også være kollektiv, da den blir tilegnet i et sosialt miljø som er preget av felles forståelse og fellesskap.

Bourdieu hevder at habitus spiller en viktig rolle i reproduksjon av sosiale ulikheter, da disposisjonene en person har, orienterer og slik påvirker personens muligheter og handlinger (Wilken, 2008). Habitus kan dermed være med på å forklare hvorfor ulikheter i samfunnet opprettholdes over tid, da disposisjonene en person har, kan gi personen ulike muligheter og begrensninger i ulike sosiale situasjoner.

Posisjon vil i denne sammenhengen si den plass man har/kan erobre i et felt/sosialt rom. Eksempelvis som leder, sykepleier, forsker, professor og så videre. Den sosiale posisjonen er altså den “stillingen” et menneske kan innta i et rom eller felt med bakgrunn i hvilke disposisjoner vedkommende besitter. I dette prosjektet søker jeg å avdekke hvilke posisjoner som har vært avgjørende for at det ble etablert en barnesykepleierutdanning i Bergen i 1996, hvilke disposisjoner disse hadde og hvordan de posisjonerte seg for å få dette til.

2.7.4 Doxa, heterodoxa og ortodoxa

Den doxiste relasjonen til verden skjer med bakgrunn i sosiale relasjoner og vår verdensoppfattelse og består av at verden forstås som selvfølgelig og naturlig. I sammenheng og relasjon til feltene forstås doxa som en *spesifikk* doxa og beskriver tause spilleregler agentene i feltet må overholde (Harrits, 2017 s. 89). Doxa beskrives som sentrale læresetninger eller antakelser, Bourdieu mener at ethvert sosialt felt er bundet og definert av en rekke grunnleggende regler som agentene i feltet må akseptere. Når doxa innenfor et felt først er

etablert vil det ofte kontrolleres av konservative krefter (Järvinen, M og Mortensen, N. 2005 s. 16). I dette prosjektet vil doxaen i det sosiale feltet posisjonere seg for eller mot etablering av barnesykepleieutdanning. I felt blir nye agenter sosialisert inn i feltets doxa gjennom læremestere eller veiledere. (Järvinen, 2013, s. 378- 379). Ifølge Bourdieu vil nye aktører i et felt ha en tendens til dels kritiske til det etablerte og dominerende synet innen det gitte feltet. Bourdieu kaller denne tendensen for "heterodoxa". I dette prosjektet vil heterodoxe krefter være de som kjemper for noe nytt, for en endring, for eksempel anerkjennelse for at sykepleie til barn er like betydningsfullt som for eksempel anestesisykepleie. Dette kan skape spenninger og konflikter mellom nye aktører og dem som forsvarer det etablerte synet, som Bourdieu kaller "ortodoxa". Erfarne agenter som har oppnådd høy kapital innen et felt vil ofte ønske å opprettholde det etablerte synet og praksisen innen feltet for å sikre sin egen posisjon og videreføre sin kapital og verdien av denne. Hvis nye aktører utfordrer det etablerte synet, kan dette føre til at det oppstår en annen dynamikk og kompromiss innen feltet. Bourdieu påpeker at denne dynamikken kan føre til at det oppstår ulike allianse og kamper mellom agentene i feltet. Noen vil etablere utdanning, andre mener dette er unødvendig.

Bourdieu's teori kan hjelpe oss å forstå hvordan ulike grupper innenfor et felt kan samarbeide og konkurrere om makt og anerkjennelse, og hvordan denne dynamikken kan påvirke utviklingen av feltet over tid. I dette prosjektet vil dette kunne komme til syne gjennom de ulike posisjoners posisjoneringer til ideen og forsøk på å få etablert en barnesykepleieutdanning i Bergen.

Det første skrittet i et vitenskapelig arbeid består av et brudd med, eller oppgjør med eksisterende vitenskap i det sosiale rommet, og dette bruddet er en forutsetning for en vitenskapelig konstruksjon av forskningsobjektet (Harrits, 2017 s. 89). I prosjektet vil dette bruddet vise seg i form av at noen inntar en heterodox posisjon og posisjonere seg for en etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen.

2.7.5 Symbolsk makt

Bourdieu beskriver symbolsk makt som en form for makt som bare kan utøves med forbehold om at den det utøves makt mot aksepterer og selv bidrar til dominansen (Harrits 2017, s. 93). Mennesker har i utgangspunktet ikke like muligheter og forutsetninger for deltakelse i det sosiale

liv fordi sosiale systemer er preget av skjevhet i ressursfordeling og ulikheter (Wilken, 2008 s. 67-69). Dominerende klasser som har mye kapital og sosial status har en annen makt og påvirkningsmulighet enn klasser som har svært lite av noen som helst form for kapital, og tilsynelatende eksisterer det en generell aksept for at det er slik ting er. Bourdieu så doxa som et uttrykk for den dominerende klassens interesser og makt, og mente at den kan opprettholde sosial ulikhet ved å begrense mulighetene for de som står utenfor denne gruppen.

2.7.6 Auto- sosioanalyse

Som forsker er det viktig å være klar over og interessert i egen rolle inn i prosjektet. Som forsker vil jeg ikke være nøytral, men selv en agent, som delvis står i relasjon til det jeg søker svar på i prosjektet (Wilken, 2008 s. 84-85). Prosjektet jeg skal gjennomføre vil være preget av min egen forforståelse, fordommer og posisjon, også kalt prekonstruksjon. Ved å fremstille en egen sosioanalyse vil min habitus kunne avdekkes, og dermed vil det kunne være mulig å bryte med mine ulike oppfatninger som har oppstått på bakgrunn av de doxa jeg har erfart i mitt liv. I arbeidet med masteroppgaven vil jeg derfor beskrive den sosiale bakgrunnen og min posisjon i det sosiale rom. Hva har preget meg? Hvordan posisjonerer jeg meg selv, og hvilke typer kapital er jeg preget av? Svaret på disse tingene vil kunne påvirke mitt arbeid med prosjektet.

3.0 Prosjektets formål og vitenskapsspørsmål

Prosjektets formål er å innhente informasjon og kunnskap om, analysere og vurdere hvordan det kan ha seg at Spesialisering i barnesykepleie ble etablert i Bergen i 1996.

Forskningsspørsmål er: «Hvilke sosiale og kulturelle rammer og vilkår kan ha ligget til grunn for at barnesykepleieutdannelse ble etablert i Bergen i 1996?» og «Hvilke posisjoner var deltakende i etableringen, og hvilke posisjonering og disposisjon hadde disse?»

4.0 Metode

Dette masterprosjektet er teoretisk-empirisk og basert på den franske sosiologen Pierre Bourdieu sin praktikkteori. Den undersøker feltet for barnesykepleie i perioden før, og da barnesykepleieutdannelsen i Bergen ble etablert i 1996, der ulike former for makt og kapital var gjeldende. Dette feltet er et subfelt av det medisinske felt. Praktikkene i feltet for barnesykepleie er forskningsobjektet og for å undersøke praktikkene i den angitte perioden analyseres feltet, agenter som var involvert og hvilke kamper som ble kjempet for at etablering av barnesykepleieutdannelsen ble en realitet. Dette gjøres ved å studere ulike agents posisjoner, posisjoneringer og disposisjoner. Disposisjonene agentene har er bidragsgivende for at agentene handler som de gjør, og at deres praktikker er mulig innen feltet.

4.1 Tilgang til empiri

Empirien som er benyttet i prosjektet er bygget på et strategisk utvalg av informanter som har grunnlag for å kunne svare på problemstillingen. Inklusjonskriterier var:

- Personer som var delaktig i etablering av barnesykepleierutdannelsen i Bergen, eller som har kjennskap til prosessen.

Det var ønskelig med representanter med ulik bakgrunn og posisjon for å gi svar på forskningsspørsmålene med hensikt å få en rik empiri med variasjonsbredde. Et strategisk utvalg er sammensatt med målsetning om at dataene på best mulig måte kan belyse problemstillingen og dermed medvirke til å styrke påliteligheten på resultatnivå (Malterud 2018 s. 57-59). Dersom materialet blir for homogent, kan det være vanskelig å få frem data og nyanser som gir ny kunnskap eller frembringer nye spørsmål. Variasjonsbredde og et strategisk utvalg med vekt på mangfold kan gi bedre informasjonsstyrke, og dette bestemmer hvor mange deltakere det er behov for (Malterud, 2018 s. 63-64). Videre er kvaliteten av dialogene og analysestrategien med på å styrke informasjonen. Når informasjonsstyrken er høy, kan et lavt antall deltakere være nok.

Jeg valgte å ikke bestemme antall deltakere på forhånd, men avgjorde dette underveis når jeg hadde oversikt over empirien jeg fikk samlet inn.

For å rekruttere deltakere ble det i desember 2022 og januar-februar 2023 kontaktet to ulike personer som jeg hadde fått tips om at hadde noe kjennskap til prosessen med etablering av barnesykepleieutdannelsen i Bergen i 1996. Disse to ga igjen tips om en 3. person som ble kontaktet i februar 2023. Informanter rekrutteres da via “snøball-metoden” hvor utvalget øker som en snøball, som blir større etter hvert som den ruller (Tjora, 2017). Det ble forsøkt rekruttert en informant som var leder ved barneklubben i tiden rundt da barnesykepleierutdannelsen ble etablert, men vedkommende hadde dessverre ikke anledning til å delta.

Informantene fikk i forkant av intervjuene tilsendt skriftlig informasjon om prosjektet (vedlegg1) og samtykkeskjema ble signert. Her ble det informert om anonymisering, deltakernes rettigheter, og estimert tidsbruk for intervjuet.

4.2 Empiri

Et empirisk utgangspunkt for praxeologisk forskning innebærer at jeg som forsker studerer de faktiske sosiale praksiser som agentene utfører gjennom handlinger og ytringer. I dette prosjektet vil det si hva de ulike agentene sier om barnesykepleieutdanning og hva de foretar seg med ord og handlinger. Masterprosjektet forsøker altså å få frem agentenes tanker, meninger og holdninger til saken.

Prosjektet kombinerer intervju med informanter og ulike skriftlige dokumenter for å innhente empirien som ligger til grunn for å analysere forskningsobjektet. Det var nødvendig å skaffe informasjon om agentenes bakgrunn og kapitaler fordi dette ligger til grunn for deres posisjonering, meninger og holdninger. For å bestemme hvilke indikatorer som kunne brukes til å konstruere og avdekke kapitalformene som var av betydning innen feltet barnesykepleieutdanning, ble det gitt særlig vekt på kulturell og sosial kapital. Dette innebar å

identifisere de mest relevante indikatorene som kunne avdekke disse formene for kapital, og bidra til å forstå deres innflytelse prosessen med å etablere barnesykepleieutdanning.

4.2.1 Intervju

Intervju ble gjort med personer som var involvert i etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen, eller som har kjennskap til prosessen. Målet var at disse skulle gi informasjon og empiri fra opplevelser de hadde i arbeidet med å få etablert utdanningen (vedlegg 2). Hvilke sosiale praktikker foregikk, hva ble sagt og gjort i prosessen med dette arbeidet?

Bourdieu ser på vitenskapsteori, teori og metode som sammenvevd og er opptatt av bruddtenkning og objekt konstruksjon (Glasdam,2005 s. 36). Bourdieus intensjon med intervju er viten om fenomen slik fenomenet forstås av intervjuobjektet. Han ønsker å vise hvorfor og hvordan agents handlinger og ytringer er nødvendig på en spesifikk og historisk måte. Bourdieu hevder man blir god på å intervju ved å intervju, at man etter hvert vil utvikle en habituell sans for hvordan man kan tenke seg i intervjuobjektets sted. Da kan man stille de rette spørsmålene og forstå svarene. I ethvert intervju situasjon vil det være makt til stede, og Bourdieu omtaler dette som “symbolsk vold”. I dette ligger det at forskeren, den som intervjuer har en makt i kraft av at å være den dominerende posisjonen. Forskeren setter dagsorden, og avgjør hvilke spørsmål som stilles, hvordan de stilles, analyserer og bestemmer hva som skal presenteres. For meg som forsker er det viktig å være klar over og reflektere over disse mekanismene både før, under og gjennom analysen av intervjuene.

Intervjuene startet med at forskeren presenterte seg selv og prosjektet. Deretter ble informasjonsskrivet gjennomgått og samtykkeerklæring undertegnet av intervjuobjektet. Det var anledning til å stille spørsmål dersom noe var uklart. Intervju ble tatt opp på lydfil og det ble tatt notater underveis.

Intervjuguiden og spørsmålene hadde til hensikt å la informantene snakke så fritt som mulig. De var derfor formulert på en åpen måte slik at informanten fikk snakke fritt, og at det deretter ble

stilt oppfølgingsspørsmål fra eller utdypningsspørsmål. Hensikten med dette var å komme i dybden på tema. Intervjuguiden ble brukt for å sikre at aktuelle tema som var ønsket å snakke om kom opp. Det ble lyttet aktivt underveis i intervjuene.

For å kunne gi svar på spørsmål rundt posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer ble det særlig lagt vekt på deler av fortellingene som handlet om maktrelasjoner eller forhold, samt der det kom opp tema om motsetninger, konflikter eller kamper. Dette fordi disse maktrelasjonene er helt sentrale i praxeologisk forskning, jfr. Kapittel 2. For å få innsikt i hva intervjuobjektet var opptatt av, og la energien sin inn i ble tema som omhandlet dette særlig lagt merke til. Det var også viktig å få oversikt over eventuelle samarbeidspartnere informantene hadde hatt.

Alle intervjuene ble avsluttet med spørsmål om intervjuobjektet hadde noen innvendinger, noe å tilføye eller om det var noe mer de tenkte det kunne være nyttig for meg å vite. Jeg spurte også om det var greit at jeg tok kontakt igjen dersom jeg trengte mer eller utdypende informasjon, noe alle samtykket til.

Intervjuene ble transkribert, og i denne prosessen ble enkelte ting utelatt for å kunne ivareta anonymiteten. Det empiriske materialet utgjorde 3 intervjuer, samlet 100 sider med tekst.

4.2.2 Teknikk ved innsamling av dokumenter

Skriftlig empiri i masterprosjektet er kilder som representerer ulike agenter som har posisjonert seg til etablering av barnesykepleieutdanning. I en prekonstruksjon av feltet og det sosiale rommet hvor kampen om etablering av barnesykepleieutdanning ble kjempe, var det ønskelig å få et overblikk over publiseringer som omhandler etablering av barnesykepleieutdanning. Det ble brukt bøker og søkt etter publiseringer i tidsskriftet “Sykepleien” i arbeidet.

4.2.3 Litteratursøk

For å få oversikt over relevante studier er det søkt i databasen Norart (Norske og nordiske tidsskriftartikler), Svemed+, Oria, Helsebiblioteket, Google Scholar og Nasjonalbiblioteket. Det er søkt ved å anvende og kombinere søkeordene; Barnesykepleie, barnesykepleieutdannelse, videreutdannelse, pediatric nursing, nursing, childrens hospital. Snøballmetoden er brukt ved kumulativ gjennomgang av bøker og dokumenters referanser (Polit og Beck, 2017).

Masterprosjektet retter seg mot de ulike agentene som har posisjonert seg til etablering av barnesykepleieutdannelse i Bergen. Den handler om sykepleiere, barnesykepleiere, Norsk sykepleierforbund, Barnesykepleierforbundet, intensivsykepleiere, barnelege, samt andre aktuelle agenter som utfører praktikker i feltet. Som empiri er artikler og tekster fra fagtidsskriftet Sykepleien innhentet (Jmfør tabell nr.1). Inklusjonskriterier var at dokumentet måtte handle om barnesykepleieutdannelse, eller gi uttrykk for en mening om en slik utdannelse direkte eller indirekte. Tidsskriftet Sykepleien ble valgt da det er tilknyttet Norsk Sykepleierforbund (NSF) som har en stor medlemsmasse. Det som publiseres i deres tidsskrift speiler således hva som rører seg i det sosiale rommet sykepleiere beveger og utfører sine praktikker.

Supplerende har relevante elektroniske kilder blitt brukt da disse har bidratt til å kunne gi svar på problemstillingen. Eksempelvis Helse- Bergen (2016).

Dokumentene og informasjon fra informanter via intervju som ble fremskaffet i arbeidet med å finne svar på problemstillingen ble analysert med mål om å konstruere frem hvilke posisjoner som var sentrale i arbeidet med å etablere barnesykepleierutdanningen, deres disposisjoner og hvordan har de posisjonert seg for å få dette til? Det er sannsynlig at visse sosiale vilkår og premisser har vært en medvirkende faktorer til at det ble støtte for, og mobilisert økonomiske rammer som muliggjorde oppstart av utdanning av barnesykepleierutdanning i Bergen.

Dokumenter er kilder til informasjon, men også verktøy i form av at de brukes for å få noe til å skje, realisere noe, og sette en gitt sak i bevegelse (Asdal og Reinertsen, 2020 s. 47). Noen har initiert dokumentene av en spesifikk grunn og med en hensikt. Det har vært vanskelig å finne

konkret dokumentasjon knyttet til etableringen av barnesykepleierutdannelsen i Bergen. Jeg har vært i kontakt med Barnesykepleierforbundet, Barnesykepleierforbundets lokallag i Hordaland, Norsk sykepleierforbund og Haukeland sykehus. Dessverre har det vist seg at arkivering fra tidsperioden er mangelfull, og jeg fikk tidlig informasjon om at dokumentasjon fra tidsperioden har blitt kastet eller ikke er tilgjengelig.

4.3 Fagtidsskriftet Sykepleien

Tidsskriftet er sykepleiere og spesialsykepleiere sitt talerør. Sykepleien - Tidsskrift for sykepleiere sitt elektroniske arkiv er undersøkt fra tidsperioden 1976-1994 for å undersøke hvordan aktuelle agenter posisjonerer seg til etablering av barnesykepleieutdanning. Under følger en oversiktstabell som viser tidsepoken det er søkt i tidsskriftet og antall treff.

Tabell 1: Oversikt over tidsskrifter og antall treff:

Navn på tidsskrift	År	Antall utgaver	Treff
Sykepleien	1976-1996	325	10

Navn på tidsskrift	År	Antall utgaver	Treff
NSF Fagserie	1976-1996	28	2

4.4 Etikk

All medisinsk forskning er underlagt etiske standarder. (Malterud, 2019 s. 211). Standerne skal sikre respekt for mennesker og beskytte både rettighetene de har, og helsen deres. I tillegg reguleres forskning av lovverket og forskrifter i Norge. I dette forskningsprosjektet har jeg intervjuet personer som har vært involvert i etableringen av barnesykepleieutdanningen i Bergen eller som har kjennskap til prosessen. I den forbindelse ble det i forkant av intervjuene søkt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) da det behandles personopplysninger i prosjektet (NSD, u.å). Når godkjenning forelå (vedlegg 3) startet jeg arbeidet med rekruttering av informanter. Informantene fikk informasjon om prosjektet (vedlegg 1). Og har gitt informert samtykke til deltakelse i prosjektet. Samtykket gjelder også opplysninger eller materiale som kan tilknyttes

enkeltindivider (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2017). Som forsker må jeg påse at deltakerne kan være trygge på at personvern og anonymitet blir tilfredsstillende ivaretatt, der identifisering kan unngås (Malterud, 2017, s. 214). Deltakerne har blitt informert om mulighet til å stoppe intervjuet eller slette materiale. Lydfil, undertegnet samtykkeskjema og den transkriberte empirien har vært oppbevart på passord beskyttet harddisk på avlåst rom.

5.0 Analyse

Hensikten med dataanalyse er å organisere, strukturere og hente ut en mening fra datamaterialet (Polit & Beck, 2021, s. 534), som i dette prosjektet er innhentet via semistrukturerte intervju og dokumenter. Analysen er praxeologisk forankret, og registrantanalyse er benyttet som metode.

5.1 Registrantanalyse

Metoden i studien er registrantanalyse, basert på Bourdieu og beskrevet av Kropp (2009).

Registrantanalyse som metode hjelper forskeren å på en systematisk og grundig måte å reflektivt jobbe gjennom store mengder med data. Registrantanalysen er utført på dokumentene som er inkludert i studien, og den skriftlige empirien som består av intervjuene som er gjennomført i prosjektet. Metoden utføres ved å systematisk registrere de ulike agents posisjoner, hvordan de posisjonerer seg til etablering av barnesykepleierutdanning i Bergen og hvordan de handler. Informasjonen er hentet fra utsagn fra intervjuene eller meninger som fremkommer i dokumenter som er inkludert i analysen.

Barneklubben i Bergen ses i kontekst med tiden etableringen skjedde- 1996. Ved å gå inn i historiske prosesser som har hatt påvirkning på feltet i den gitte perioden sammen med agents posisjoneringer er det mulig å forklare hvilke sosiale og kulturelle premisser som lå til grunn for at etableringen skjedde i 1996. Ved å se prosessen i lys av historien og fortidige praksiser vil det kunne bidra til å forklare dagens praksiser (Kropp, s. 175-182).

For å oppnå et historisk perspektiv er det innhentet bakgrunnsinformasjon om barneklubben fra

den åpnet i 1950 og frem til barnesykepleierutdannelsen ble etablert i 1996 (Jamfør kapittel 1). Det er utført registrantanalyse av dokumenter 20 år tilbake i tid for å få øye på endringer, brudd i tidslinjen som kan ha bidratt til at barnesykepleierutdanning ble etablert i Bergen i 1996.

5.2 Registrantanalyse som analyseverktøy

Registrantanalyse gjøres gjennom å samle informasjonen fra empirien systematisk i en tabell gjennom korte referater basert på systematisk lesing av empirien (Kropp, 2009 s. 173-174). I dette prosjektet vil ulike agenter posisjonere seg i det sosiale rommet, og vil kunne ha posisjonert seg enten til fordel for, eller mot etablering av barnesykepleierutdanning i Bergen. Dette sosiale rommet vil igjen være påvirket av posisjonenes disposisjoner som gjør at de posisjonerer seg som de gjør (Kropp, 2009 s. 180).

Data som er samlet inn gjennom registrantanalysen utgjør prosjektets forskningsdata. For å analysere dataen brukes de teoretisk-analytiske begrepene som er beskrevet i prosjektets teoretiske rammeverk i kapittel 3. Når jeg analyserte dataen, var jeg særlig oppmerksom på brudd i tidslinjen. Dette kan være situasjoner der noe uventet skjer, eller der det skjer endringer i posisjoneringene til ulike agentene. Slike brudd kan gi viktig informasjon om hva som har skjedd i feltet. Bruddene kan bidra til å forstå hvorfor visse hendelser eller endringer har skjedd og hvorfor de har skjedd på tidspunktet de gjorde.

Registrantanalysen består av en tabell som systematisk stiller de samme spørsmålene til hvert dokument. Disse spørsmålene inkluderer blant annet: hvem er agenten, hva er initiativet og hva virker det til at det kjempes om?

Tabell 2: Momentet ved registrantanalyse

År	Tittel på dokument	Dokumenttype	Posisjon	Posisjoneringer (meninger om saken)

I prosessen med å analysere dataen, ble det skrevet korte referat og sammendrag av funn i dokumenter som er inkludert i registranten. Dette arbeidet gir forskeren en klar oversikt over dataen som er samlet inn og gjør det lettere å sammenligne og trekke ut mønstre fra materialet. Videre ble materialet lest og registrert systematisk i to omganger for å sikre at all relevant informasjon blir fanget opp, slik at det jobbes på en refleksiv måte. (Kropp, s. 173-175).

5.3 Rangering av empiri som inngår i prosjektet

For å vurdere og analysere empirien som er inkludert i studien, er det satt opp indikatorer for å rangere kapitalmengde, og ut fra denne konstruere frem hvilken posisjon agenten har i det sosiale rommet. Inspirasjon for å definere kapitaler er hentet fra avhandlingen til Rolf Horne (2016, s.80-84), Marit Grødem sin masteroppgave (2021, s. 20-21) og Fredriksens avhandling (2016, s. 134).

Tabell 3: Indikator for å rangere kapitalmengde og posisjon

Disposisjon	Indikatorer
Økonomisk Kapital	<p><u>Økon 3</u>: Dokument/posisjon som direkte støtter etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen økonomisk.</p> <p><u>Økon 2</u>: Dokument/posisjon som kan støtte etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen.</p> <p><u>Økon 1</u>: Dokument/posisjoner som har ingen, eller i liten grad mulighet til å støtte en etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen.</p>
Kulturell Kapital	<p><u>Kult 3</u>: Dokument/posisjon som legger rammer og føringer for en etablering av barnesykepleieutdanning.</p> <p><u>Kult 2</u>: Dokument/posisjon som argumenterer for etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen.</p> <p><u>Kult 1</u>: Dokument/posisjon som understøtter behovet for videreutdanning i barnesykepleie.</p>
Sosial kapital	<p><u>Sos 3</u>: Dokument/posisjon som direkte eller indirekte påvirker prosessen med etablering av</p>

	<p>barnesykepleieutdanning i Bergen, og/eller fagtidsskrift tilknyttet en organisasjon med medlemsmasse over 20.000 medlemmer.</p> <p><u>Sos 2</u>: Dokument/posisjon som til en viss grad har påvirkning prosessen med å etablere barnesykepleieutdanning i Bergen og/eller fagtidsskrift tilknyttet en organisasjon med medlemsmasse mellom 10000-20000 medlemmer.</p> <p><u>Sos 1</u>: Dokument/posisjon som ikke direkte påvirker etablering av barnesykepleierutdanning i Bergen</p>
--	---

Kapitalformene refererer til de ulike formene for ressurser som agenter og organisasjoner kan ha tilgang til, som kan påvirke deres posisjon i det sosiale rommet. Kapitalformene er basert på Bourdieus teorier om kapital, og handler dermed om økonomisk kapital, kulturell kapital og sosial kapital. I henhold til oppgavens avgrensning vektlegges sosial og kulturell kapital. De gitte kapitalformene kan påvirke hvilke meninger og argumenter som verdsettes i det sosiale rommet, og kan indikere agentenes eller organisasjonens makt og påvirkningsmulighet i det sosiale rommet, jamfør kap. 2.7. For å analysere kapitalene er indikatorene gitt tallverdi for hver kapitalform. Verdiene indikerer hvor mye av den gitte kapitalformen agenten eller organisasjonen har tilgang til, og kan på den måten kartlegge deres posisjon i det sosiale rommet.

Forståelse for hvordan kapitalformene påvirker posisjoneringer og disposisjoner ligger til grunn for en refleksiv gjennomarbeidelse av materialet. Dette for å kunne analysere frem agentene og organisasjonenes posisjoneringer og disposisjoner for å kunne konstruere frem en historie om hvilke sosiale og kulturelle rammer og vilkår som lå til grunn for at barnesykepleieutdanning ble etablert i Bergen i 1996 (vedlegg 4).

6.0 Analyse DEL 1

6.1 Auto- sosioanalyse

Som nevnt er det nødvendig med en auto- sosioanalyse hvor kapitalene og disposisjonene mine fremskrives. Med hensyn til studiens omfang er det ikke mulig å gjøre en fullstendig auto- sosioanalyse, og det er derfor en forenklet versjon.

Bourdieu mener enhver forskning er motivert av praktiske eller innforståtte interesser av ulik art (Wilken, s.84-86). Auto- sosioanalysen er fremskrevet for å gjøre en kritisk reflekterer over min egen posisjon i forskningen. Det vil si at det er en analyse som muliggjør erkjennelse av egne prekonstruksjoner og underlegge disse den samme analyseprosessen som forskningsobjektet.

Av hensyn til masteroppgavens begrensning i størrelse er auto- sosioanalysen lagt til som et vedlegg (vedlegg 5).

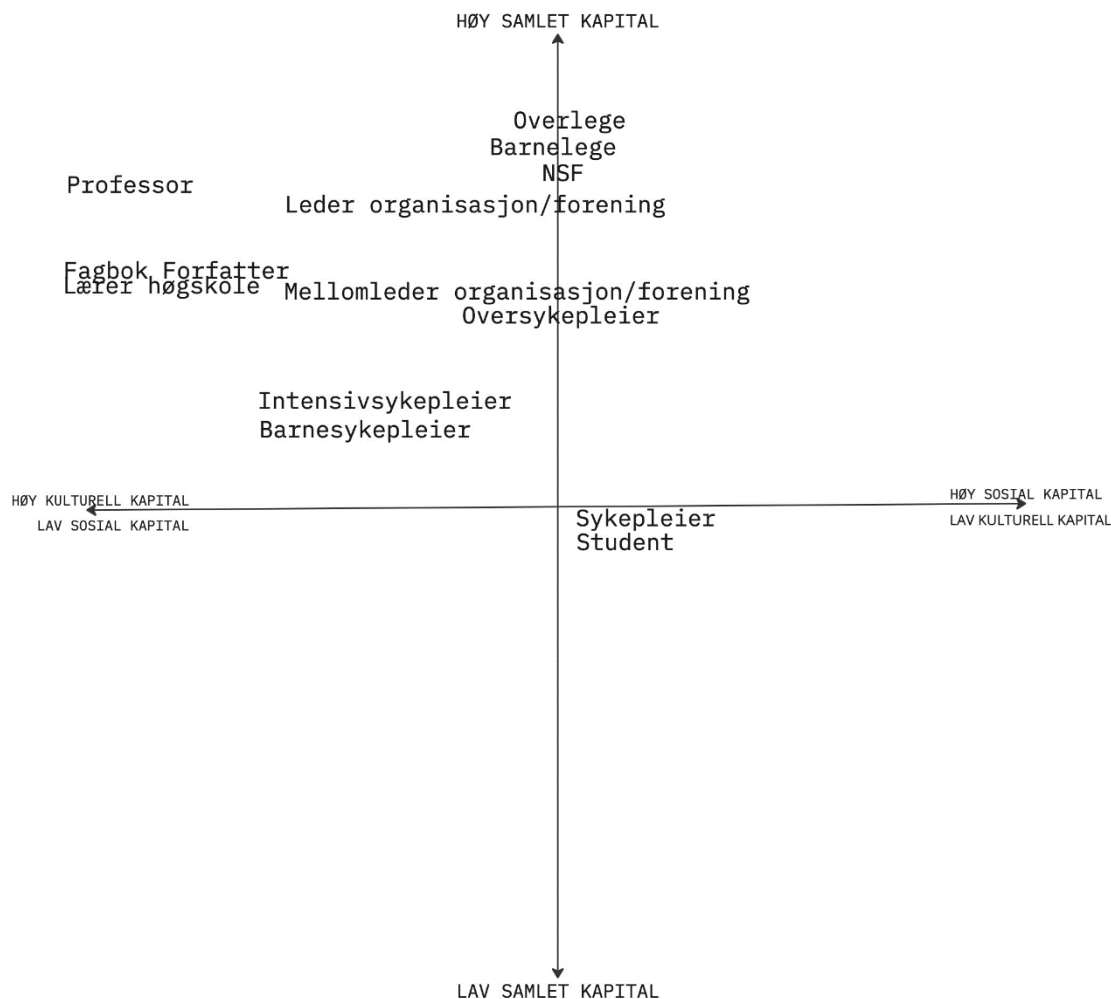
7.0 Analyse del 2

7.1.0 Konstruksjon av barnesykepleieutdanning som et sosialt rom

Med bakgrunn i Bourdieus teorier om felt, kan som tidligere nevnt barnesykepleieutdannelse sees som et sosialt rom innenfor det barnemedisinske felt. Barnesykepleierutdannelsen var den gang den ble etablert bedriftsintern, og derav finansiert og organisert gjennom Haukeland sykehus. Fordi det ikke har vært skriftlig dokumentasjon tilgjengelig fra sykehuset om denne prosessen, vil den beskrives gjennom analysen av intervjuene om tematikken, sammen med posisjoneringer som fremkommer i sykepleie tidsskriftet “Sykepleien” og “sykepleiens fagserie”.

Figur 1 – Rommet av sosiale posisjoner

(Modellen er inspirert av Järvinens modell, 2013 s.371)



Den vertikale linjen i modellen skiller mellom de som besitter et betydelig samlet volum av kapital, og dermed utgjør den dominerende klassen, og de som har et lavt kapitalvolum og derfor er en del av den dominerte klassen. Den horisontale linjen skiller mellom de som primært besitter kulturell kapital og de som i hovedsak besitter sosial kapital. Den dominerende klassen består derav av to hoved fraksjoner, de som har stor mengde kulturell kapital og de som har stor mengde sosial kapital. Modellen baseres på en relasjonell forståelse fordi gruppene kun eksisterer og defineres i forhold til hverandre, med en avhengighet mellom dem (Järvinen 2013 s.371).

Ulike agenter har vært representert og deltakende aktører i prosessen med etablering av barnesykepleieutdannelsen i Bergen, noe som viser seg gjennom registrantanalysen (vedlegg 6).

Det sosiale rommet konstrueres ved å avdekke hvordan de ulike posisjonene posisjonerer seg med utgangspunkt i kulturell og sosial kapital. Agentene i dette sosiale rommet posisjonerer seg ulikt i etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen. Agentene er NSF, sykepleiere, intensivsykepleiere, barnesykepleiere, pedagoger og studenter. Også leger og avdelingsledere posisjonerer seg til etableringen og har hatt påvirkning på prosessen. Posisjoneringene kommer til uttrykk gjennom disposisjoner, de sosiale praktikkene til aktørene. Posisjonene har blitt rangert via poengsystem basert på samlet mengde kapital. Posisjoneringer fra en aktør med høyt kapitalvolum får en høy posisjon, med mer makt, innflytelse og mulighet til å påvirke feltet og praksis enn aktører med lavere kapital. Agenter og aktører med høy kapital vil dermed være dominerende ovenfor aktører med lavere kapital (Fredriksen, 2016 s. 131-135).

Tabell 4: Rangering av mengde kapital

Høy kapital (De dominerende med mest makt og innflytelse i det sosiale rommet)	Innstilling om videreutdanning i klinisk sykepleie fra NSF. Rammeplan for videreutdanning i barnesykepleie fra NSF. Leder eller styremedlem i NSF's lokalgruppe. Overlege, barnelege. Sykehusets lederroller
Middels kapital (De dominerte som har en middels grad av makt og påvirkningsmulighet i det sosiale rommet)	Tidsskrift for sykepleiere- "Sykepleien". Intensivsykepleiere, barnesykepleiere. Lærer på høgskolenivå
Lav kapital (Dominerte med lite makt og mindre mulighet til å påvirke)	Sykepleier, student

De ulike posisjonene har som vist i tabell nr.4 blitt rangert ut ifra total mengde kapital. Høy grad av kapital gir en høy posisjon med stort potensiale for påvirkning på praktikker. Dermed kan en

se at hvordan posisjonene relaterer seg til hverandre har samme mønster som posisjoneringene i dette rommet.

7.2. Konstruksjon av aktører i det sosiale rommet

7.2.1 NSF's posisjon og posisjonering i det sosiale rommet

NSF (Norsk Sykepleierforbund) representerer sykepleiere i Norge og jobber for å ivareta sykepleiernes interesser, utvikle sykepleiefaget og fremme god sykepleiepraksis. NSF jobber også politisk, blant annet med å utvikle helse- og omsorgstjenestene og å øke kvaliteten i sykepleieutdanningen (NSF, u.å.). NSF er anerkjent, respektert og velkjent både blant sykepleiere, andre aktører i helsevesenet og ellers i samfunnet, og har gjennom sin sosiale kapital stor innflytelse på sykepleie som fag, og har også potensiale til å påvirke helsepolitikken i Norge. NSF har høy kulturell kapital, dette viser seg blant annet ved at de er representanter for sykepleiernes kunnskap og kompetanse i helsevesenet og samfunnet. De jobber for å utvikle og bedre kompetansen til sykepleierne, og kjemper for at sykepleiernes kunnskap, rolle og samfunnsverdi skal anerkjennes i samfunnet. NSF jobber også for å fremme sykepleierfaget gjennom forskning og utvikling (NSF, u.å.). Gjennom arbeidet sitt er NSF en viktig del av et nettverk og fagmiljø, bestående av både sykepleiere og andre aktører innen helsevesenet og ellers i samfunnet. Dette gir NSF som organisasjon en betydelig sosial og kulturell kapital, og makt til å påvirke fagmiljøet og agenter i det sosiale rommet.

NSF hadde med sin "Innstilling om videreutdanning i klinisk sykepleie" (NSF, 1986) en dominerende posisjon og nok kapital til å påvirke mulighetene for at en etablering av barnesykepleie både i Bergen og på nasjonalt nivå ble en realitet. En slik innstilling fra NSF kan ha påvirket fagmiljøet på flere måter. Som nevnt hadde NSF en dominerende posisjon, høy sosial og kulturell kapital, og er en representant for både sykepleiere, spesialsykepleiere og sykepleiefaget. En innstilling som denne kan påvirke holdninger og oppfatninger både blant organisasjonsmedlemmene, i tillegg til andre aktører i det sosiale rommet. Innstillingen kan også ha påvirket medlemmene gjennom et økt fokus på, og økt kunnskap om saken som her dreier seg

om behovet for en videreutdanning i barnesykepleie. NSF har dermed betydelig påvirkning som orienterer mot å nødvendiggjøre en spesialutdanning innen barnesykepleie.

Konkret viser NSF's innflytelse seg gjennom at de utarbeidet og utga en rammeplan for videreutdanning i barnesykepleie i 1990 (NSF, 1990). Ved å utgi denne rammeplanen posisjonerte NSF seg tydelig *for* etablering av flere barnesykepleieutdanninger. De tar også definisjonsmakten når det gjelder hvilke ferdigheter og kunnskap i feltet som er viktige. Ved å sette behovet så tydelig på dagsordenen gis det et tydelig signal til institusjonene som på dette tidspunktet *ikke* hadde etablert en slik utdanning at det er tid for å gjøre det dersom man ønsker å opprettholde sin posisjon i det sosiale rommet.

7.2.2 Fagtidsskriftet Sykepleien posisjon i det sosiale rommet

“Sykepleien” er et fagtidsskrift rettet mot sykepleiere tilknyttet NSF. Tidsskriftet oppnår en middels høy posisjon basert på samlet kapitalvolum utfra indikatorene. Norsk Sykepleierforbund (NSF) er ansvarlig for utgivelsen av Sykepleien, og tidsskriftet er en viktig kilde til informasjon for sykepleiere i Norge. NSF er et av Norges største fagforbund med en stor medlemsmasse (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). NSF har som beskrevet over høy både kulturell og sosial kapital, noe som gir tidsskriftet høy samlet kapital. Ulike publiseringer fra ulike forfattere i tidsskriftet vil kunne oppnå ulik mengde kapital.

Tabell 5: Rangering av tidsskriftforfatters kapital

Kulturell kapital	Lav (inntil 3 år, bachelor grad)	Middels (3-7 år)	Høy (professor, 7+ år)
Sosial kapital	Lav (aleineforfatter)	Middels (lektor/medlemmer av	Høy (ledere/ansatte i organisasjonen med

		organisasjoner/mellomleder/redaktør)	høy medlemsmasse)
--	--	--------------------------------------	-------------------

7.2.3 Intervjuobjektene sin posisjon i det sosiale rommet

Tabell 6: Rangering av intervjuobjektene sin kapital

Kulturell kapital	Lav (inntil 3 år, bachelor grad)	Middels (3-7 år)	Høy (professor, 7+ år)
Sosial kapital	Lav (fagarbeider, student, sykepleier)	Middels (spesialsykepleier, mastergrad, lektor, medlemmer av organisasjoner, mellomleder)	Høy (ledere/ansatte i organisasjonen med høy medlemsmasse, ledere)

Intervjuobjekt A

Informanten har flere relevante fullført videreutdannelse utover grunnutdanning i sykepleie, og scorer høyt på kulturell kapital. Informanten har også vært aktiv i organisasjonsarbeid over mange år, og har et stort og omfattende nettverk og relasjoner i det sosiale rommet, og ellers i fagmiljøet og samfunnet. Informanten er utdannet intensivsykepleier og jobbet som dette på Haukeland sykehus på tidspunkt for etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen.

Intervjuobjekt B

Informanten har utdanning som barnesykepleier og jobbet som dette på Haukeland sykehus på tidspunktet barnesykepleieutdanning ble etablert i Bergen. Informanten oppnår middels høy kulturell kapital. Informanten har også vært tilknyttet organisasjonsarbeid, men i mindre sentral

rolle og kortere tidsintervall enn informant A. Informanten har ellers et stort nettverk og relasjoner i det sosial rommet og oppnår middels score.

Intervjuobjekt C

Informanten har på tidspunktet for etablering av barnesykepleierutdannelse i Bergen utdannelse som sykepleier, og jobber som dette på barneavdeling på Haukeland sykehus. Informanten var blant de første sykepleierne som startet på den nyopprettede utdannelsen. Informanten hadde jobbet over flere år ved barneklubben og hadde dermed en viss sosial kapital i den forbindelse. Som sykepleier oppnår informanten lav kulturell kapital, men denne høynes i kraft av flere års erfaring og at informanten var tiltrodd en ansvarsvakt rolle i avdelingen med bakgrunn i sin kompetanse og erfaring fra praksis.

7.3 Maktforholdet mellom aktørene i det sosiale rommet

For å kunne forstå posisjoneringene fra de forskjellige posisjonene i det sosiale rommet, er det viktig at disse sees i relasjon til hverandre. De ulike posisjonene både påvirker og knytter hverandre sammen.

8.0 Analyse del 3

Dette kapitlet deles inn i 2 deler. Først beskrives en brytningstid hvor heterodokse krefter posisjonerer seg for en endring når det gjelder sykepleie til barn. Del 2 tar for seg barneklubben i Bergen under denne brytningstiden, etterfulgt av en nyorientering som trer frem ved barneklubben i Bergen.

8.1 Brytningstid

Jamfør kapittel 1 utviklet samfunnets syn på barn og barndom seg fra etterkrigstiden og tiårene fremover. Måten barn ble oppfattet og behandlet på sykehuset utviklet seg i samme tidsepoke (jamfør kapittel 1.4.2), og utover 1960- tallet økte kunnskapen og det ble ønskelig at behandlingen og stell på sykehuset skulle tilpasses det enkelte barnet. Det tok som tidligere

beskrevet tid å endre dette i praksis. På 70-tallet var det fortsatt vanlig at barna ble værende alene på sykehuset uten foreldrene sine. En informant forteller fra barneklubben i Bergen;

“Det var eksplosjon på barneklubben i ‘72. Da hørte jeg på lokalnyhetene som fortalte om foreldre som hadde barna sine innlagt på barneklubben. De var adskilt. Og det er noe jeg ofte tenker, hvorfor stilte vi ikke spørsmål? Hvorfor skulle mor eller far reise? Leverte ungene på barneklubben og reiste til Sogn og Fjordane, reiste nedover til Sør-Hordaland eller hvor.. og så tenker jeg- hvorfor stilte en ikke spørsmål?”

Dette viser at det på dette tidspunktet fortsatt i liten grad ble stilt spørsmål når det kom til praktikken med å skille barn og foreldre ved sykehusinnleggelse. Den rådende doxa var fortsatt at barn kunne klare seg selv. Dette skulle endre seg i tiden som fulgte.

8.1.1 Fokus på barns rettigheter internasjonalt og i Norge

I 1979 settes samfunnets fokus på barns rettigheter og behov i lys av FNs internasjonale barneår som ble markert over hele verden. Dette året ble barns rettigheter viet særlig oppmerksomhet (Unicef, 2017), og i forbindelse med FNs barneår ble det publisert en reportasje i tidsskriftet “Sykepleien” med Tove Lindemann med tittel “*Barnesykepleieren i barneåret*” (Urke, S.,1979, s.14-15). Lindemann har en posisjon i den Norske komiteen for FNs barneår i tillegg til å initiativtaker for etablering av barnesykepleierutdanning i Oslo, og assisterende oversykepleier ved Rikshospitalets barneklubb.

Lindemann forteller i reportasjen om lite forståelse for barnesykepleie fra politiske myndigheter. Hun mener at disse ikke forstår barns spesielle behov når de innlegges i sykehus, og dette fremkommer gjennom eksempelvis at barneklubben sammenlignes med voksenposter bemanningsmessig. Hun posisjonerer dermed frem behovet for sykepleiere med kompetanse spesielt på barn, og retter samtidig fokus på manglende kunnskap og forståelse for dette politisk. Et av intervjuobjektene støtter oppfattelsen av manglende politisk forståelse og engasjement for barns særegne situasjon på sykehus ved å beskrive arbeidet og prosessen med å få etablert barnesykepleierutdanning i Norge slik:

“Det er liksom enkeltpersoner som har initiert det. Det har ikke vært slik at det har kommet fra departementet, ikke sant- eller Helsedirektoratet- “vi trenger barnesykepleiere, vi trenger nyfødt

intensive barnesykepleiere?” Det har aldri kommet derfra er min erfaring”.

Videre beskriver Lindemann i reportasjen sykepleiernes eget ansvar for faglig engasjement og hvordan det kan være krevende å løsrive seg fra rutinetenkning. Hun beskriver også barns særegne behov når de innlegges på sykehus. Hun mener sykepleiere ikke går nok i dybden når det kommer til barns behov for trygghet på sykehus, og hun forteller også om sitt engasjement for å inkludere foreldre i pleien på sykehus, og viktigheten av et godt samarbeid med foreldrene. Lindemann inntar dermed en heterodox posisjon hvor hun utfordrer og til dels kritiserer den gjeldende doxa i feltet som mange steder innebærer at barna skilles fra foreldrene ved innleggelse på sykehus, samt rutinetenkning blant sykepleiere når det kommer til stell og pleie av barn som er innlagt.

Reportasjeobjektets posisjon i det sosiale rommet:

Lindemann er assisterende oversykepleier ved rikshospitalets barneklipp. Hun er også initiativtaker til videreutdanning i barnesykepleie ved rikshospitalet, medlem av styret i landsgruppen for pediatrike sykepleiere, medlem av komiteen for FNs barneår. I selve reportasjen omtales hun som “avholdt, respektert og levende interessert i sitt fag”. (Urke, 1979 s. 14). Hun er altså sykepleier med pediatrik videreutdanning i en leder-funksjon ved Rikshospitalet. Lindemann har i stor grad mulighet til å påvirke doxaen og praktikker i feltet. Hun er respektert og anerkjent i det sosiale rommet hvilket fremkommer i reportasjen gjennom omtalen av henne. Også gjennom prosjektets intervjuer fremkommer Lindemanns posisjon i feltet og bærer i stor grad symbolsk kapital som er anerkjent og viser seg som informantenes sosiale kapital gjennom utsagnene;

“Hun er et fantastisk menneske” og “Hun var primus motor for å få etablert barnesykepleieutdannelsen” (I Oslo).

Hun var initiativtaker til barnesykepleierutdannelsen ved Rikshospitalet, som hun lykkes med å etablere. Hun er i tillegg styremedlem i landsgruppen av pediatrike sykepleiere som gir henne innflytelse og påvirkningskraft på landsbasis gjennom den rollen. Hun er også tiltrodd en posisjon i komiteen for FNs barneår. At en barnesykepleier fikk en posisjon i denne komiteen, gir en mulighet for politisk påvirkning og høyner Lindemanns posisjon både kulturelt og sosialt.

Gjennom artikkelpubliseringen rettes fokus hos leserne av tidsskriftet “Sykepleien” mot FNs arbeid for barns rettigheter, og mot Lindemanns posisjoneringer for barnesykepleieutdanning. Denne posisjoneringen er det nærliggende å tro at kan ha hatt påvirkning på hvordan sykepleiere og andre aktører i feltet nasjonalt har oppfattet behovet for mer kompetanse når det kommer til å jobbe med syke barn. Dette kan sees som starten på en brytningstid hvor heterodoxe krefter utfordrer den etablerte praktikken i det sosiale rommet, og autoriteten til de dominerende posisjonene.

8.1.2 Erkjennelse av økt behov for kompetanse

Gjennom 1980 tallet og begynnelsen av 1990 tallet publiseres en rekke artikler i tidsskriftet “Sykepleien” som underbygger en oppfattelse av manglende kompetanse blant sykepleiere når det gjelder sykepleie til barn. De posisjoner også frem barns særegne behov når de innlegges i sykehus for å argumentere for posisjonen sin. Heterodoxe krefter posisjoner seg dermed videre i en kritisk posisjon til daværende praktikker.

I 1986 forfatter lederen for NSF's landsgruppe av pediatrike sykepleiere, Leite, R. (1986) et innlegg i utdanningsdebatten i Tidsskriftet “Sykepleien”. Der posisjonerer hun seg for, og argumenterte for behovet for etablering av pediatrik videreutdanning. Hun beskrev hvordan mangel på undervisning i pediatri ved landets sykepleiehøgskoler medfører manglende kompetanse når det gjelder sykepleie til barn. Med bakgrunn i dette mener hun at det tvinges frem et behov for videreutdanning i barnesykepleie, for å kunne ivareta barns særegne behov på en tilfredsstillende måte.

I 1987 publiseres det i tidsskriftet “Sykepleien” et utdrag av boken “Barn og smerter” skrevet av pediatrik sykepleier Lindemann, T. (1986). I artikkelen “Barn om smerter- Flis i magen og brus i benet” tar ikke forfatteren direkte stilling til etablering av barnesykepleierutdanning eller behovet for slik utdanning, men hun mener sykepleiere trenger mer kunnskap om hvordan barn

uttrykker smerte, og dette gjelder både for de minste barna som ikke kan snakke og for de større barna som kan beskrive smerteopplevelsen ut fra egne subjektive erfaringer. Hun argumenterer for at barn beskriver smerteopplevelsen på en helt annen måte enn voksne og at dette må tas hensyn til når man skal behandle barn med smerter.

Samme år posisjonerer tidsskriftforfatter Svendsgård, B. (1987) seg i spalten “Kretslederen” i Tidsskriftet “Sykepleien”. Svendsgård er sykepleier ved barneavdelingen ved Nordlandet Sykehus. Hun er også medlem i et utvalg, *perinatalutvalget*” bestående av en barnelege, gynekolog, jordmor og fylkessykepleier, hvor hun som medlem ble involvert i å undersøke og adressere utfordringene med høy spedbarnsdødelighet i Nordland, som var det fylket med høyest tall i Norge. Hun mener det er behov for bedre opplæring og flere ressurser for å kunne håndtere syke nyfødte på en effektiv måte. Hun mener at det er viktig å jobbe for å forbedre bemanningen og utstyrsbudsjettet på nyfødtintensiv avdelingene for å sikre at de har tilstrekkelige ressurser for å behandle pasientene ved nyfødtintensiv på en best mulig måte. For å bedre situasjonen, mener Svendsgård at det er behov for flere spesialistutdanningsplasser for pediatrike sykepleiere. Hun mener at riktig opplæring og spesialisering vil være avgjørende for å forbedre kvaliteten på omsorgen som tilbys til nyfødte og redusere spedbarnsdødeligheten i Norge. Svendsgård jobber ved sykehus som har etablert barnesykepleieutdanning og øker således sin kapital da hun i kraft av dette har kjennskap til utdannelsen og verdien av denne i klinikken.

I 1987 posisjonerer også helsesøster Berthinussen, I.S. (1987) seg gjennom artikkelen “Helsesøster- brobygger mellom familie og sykehus”. Hun posisjonerer seg ikke direkte for eller mot etablering av barnesykepleierutdanning eller behovet for en slik utdanning, men beskriver hvordan barn som blir innlagt på sykehus kan påvirkes psykisk og fysisk, samt pårørende sine reaksjoner på en slik situasjon. Hun posisjonerer seg gjennom å uttrykke at mange som jobber med disse barna i sykehusene mangler kompetanse for å kunne ivareta dem på en tilfredsstillende måte. Hun peker også på at grunnutdannelsen i sykepleie ikke gir kompetanse nok for å kunne

ivareta pasientgruppen. Videre mener hun at en helsesøster kan være en viktig ressurs for å bistå i å bygge bro mellom barnet, familien og sykehuspersonalet.

8.1.3 Smertebehandling- en brekkstang ingen kan argumentere mot

Mot slutten av 1988 publiseres to artikler i påfølgende utgivelser av Tidsskriftet Sykepleien. I begge disse er Nordtvedt, L. (1987) forfatter. Hun er oversykepleier ved barne- og ungdomsseksjonen på Oslo revmatisesykehus. Hun mener at smertebehandling for barn er et forsømt felt, og at mange tror at spedbarn og premature ikke opplever smerte på samme måte som voksne. Dette fører til smertefulle prosedyrer som utføres uten smertelindring. Nordtvedt forteller at det er opprettet smerteklinikker, men at disse har lite kunnskap om barn og deres smertebehov, og at det som finnes av kunnskap i stor grad gjelder onkologiske pasienter. Hun posisjonerer seg for mer kompetanse og utdanning for å kunne ivareta pediatrike pasienter. Nordtvedt har vært på en internasjonal konferanse om barn og smerter, hvor det ble delt erfaringer om smerteforskning og smertebehandling, med fokus på barns smerter for første gang. Konferansen fant sted i USA. Nordtvedt påpeker at det er vanskelig for sykepleiere i Norge å finne kunnskap om dette feltet, og at dette kan skyldes både bemanning og utdanning. Hun understreker også at sykepleiestudentenes kunnskap om pediatri blir mindre for hver ny studieordning som innføres, og at kunnskapen generelt er mangelfull. I påfølgende utgivelse av Tidsskriftet "Sykepleien" gjentas posisjonen hennes. Nordtvedt har besøkt et barnesykehus i Los Angeles for å se hvordan de drifter barneavdelingen, spesielt med tanke på revmatiske pasienter. Hun skriver om et helhetlig tilbud der hvert barn blir behandlet som et enkeltindivid. Hun påpeker igjen at pediatrik kompetanse er mangelfull i grunnutdannelsen til sykepleiere i Norge, og at det er fint å se at dette ikke er tilfellet i andre land.

Gjennom 1980 tallet, især siste halvdel er det altså en rekke posisjonerings som underbygger en opplevelse i praksisfeltet av manglende kompetanse på sykepleie til barn. De fleste posisjoneringsene kommer fra forfattere med høy kapital, som leder av landsgruppen for pediatrike sykepleiere og ledere for barneavdelinger ved sykehus. Dette er agenter med posisjonerings som har betydelig påvirkningsmulighet og innflytelse blant sykepleiere i Norge.

8.2.0 Barneklubnikken i Bergen på 1980- tallet

Samtidig som heterodoxe krefter mange steder posisjonerer seg for barnesykepleieutdanning med begrunnelse i et økt behov for kompetanse på sykepleie til barn, kan det sett i lys av empirien i dette prosjektet virke til at situasjonen er noe annerledes ved barneklubnikken i Bergen. Det er publisert en artikkel i Tidsskriftet Sykepleien som omhandler situasjonen ved barneklubnikken i Bergen. Ramholt, B (1986) skriver i artikkelen “Tumor er en klump med sinte celler” fra arbeidshverdagen ved barneonkologisk seksjon ved barneklubnikken i Bergen. Artikkelen har fokus på viktigheten av informasjon om sykdom og behandling til barnet som har blitt kreftsyk, i tillegg beskrives hverdagen og hvordan et tverrfaglig team på barneklubnikken på Haukeland sykehus ivaretar kreftsyke barn og deres familier på en helhetlig og god måte.

Ramholt posisjonerer seg ikke direkte for eller mot etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen, eller behovet for en barnesykepleierutdanning, men beskriver hvordan det tverrfaglige teamet som ivaretar kreftsyke barn ved barneklubnikken i Bergen fungerer i praksis. Hun trekker frem flere faggrupper som er involvert i ivaretagelsen av pasientene, inkludert leger, sykepleiere, psykolog, leketerapi, skole og røntgen. Ramholt fremhever hvordan dette teamet jobber sammen for å gi helhetlig omsorg til kreftsyke barn og deres familier. Artikkelen gir et innblikk i hvordan det tverrfaglige teamet på barneklubnikken håndterer utfordringene som følger med å ta vare på kreftsyke barn og deres familier, og Ramholt beskriver hvordan teamet jobber sammen for å gi barna og familiene deres støtte på ulike områder, inkludert medisinsk behandling, psykisk helse, lek og skolegang. At onkologiske pasienter ved barneklubnikken ble prioritert og at det var fokus ved barneklubnikken på å ivareta denne pasientgruppen støttes av en av informantene som ble intervjuet. Informanten sier om situasjonen på barneklubnikken i Bergen på 80- og starten på 90-tallet at ledelsen hadde forståelse for hvilke behov pasientene hadde for sykepleie og hvilke ressurser og rammer som var nødvendig for å ivareta behovene. Informanten beskriver det slik:

“... på den tiden hadde vi god bemanning. Avdelingsleder så verdien av sykepleie, og det skulle være nok folk til å ta seg av pasientene når de kom”

Videre utdypes dette med informantens erfaringer fra praksis på den tiden, når nye kreftpasienter ble lagt inn på barneklubnikken. Da ble kontaktsykepleier friggitt slik at man kunne ivareta pasienten både med cellegiftkurer og annet både fysisk og psykisk. Det fortelles også om en

opplevelse generelt av at det var godt bemannet med sykepleiere på denne tiden, slik at det var mulighet til å gi individuell og god omsorg og pleie til pasientene på barneklubben.

Dette kan tyde på at det var en felles opplevelse og oppfatning blant både ledelsen og personalet om at pasientene fikk god pleie av tverrfaglig personale med god kompetanse, dette var altså den gjeldende doxa. Det er særlig onkologiske pasienter som beskrives, men gjennom informanten fremkommer det at mye av dette gjaldt generelt ved barneklubben i Bergen.

8.2.1 Kompetansebehovet ved barneklubben i Bergen på 1980 tallet.

Jamfør kapittel 1.4 har barneklubben historisk sett vært et ettertraktet arbeidssted, hvor det har vært lett å få rekruttert sykepleiere til å jobbe. Barneklubben var også ansett som en god og moderne klinikk. En informant beskriver det slik:

“Det var jo status på en måte, den første barneklubben.” og “På barneklubben begynte mange og så jobbet de de til de gikk av med pensjon.”.

Videre forteller informanten at det var en svært populær arbeidsplass, hvor mange ville jobbe og hvor det var vanskelig å få jobb som sykepleier.

Informantene har gjennom intervjuene ytret at det var en oppfatning blant personalet på barneklubben om at de på daværende tidspunkt ikke så behovet for noen videreutdanning i barnesykepleie. Dette kommer til uttrykk gjennom utsagn som;

“Da så ikke barneklubben, sånn jeg så, det behovet for en videreutdanning i barnesykepleie. Jeg tror ikke det var bevisste handlinger, men nei de var jo så flinke, de som jobbet der”

“Du kunne godt drifte barneklubben med sykepleiere og barnepleiere, det var ingen problemer, tror jeg tanken generelt var. For de hadde lang erfaring, det var ikke ofte nye stillinger på barneklubben”.

“Så det behovet for å ha egne barnesykepleiere, det var liksom ikke så stort. Det var ikke noe de på en måte merket at de tenkte”.

Om hvordan opplæring og kompetanseheving foregikk på den tiden forteller en informant:

“... så fikk man på en måte utdanning ved å være på post over tid”. Og ..”du gikk på en måte mer i fotsporene.”

Dette var ifølge informantene meninger som kom fra sykepleierne og ledelsen;

“Når det var snakk om å starte barnesykepleieutdanning i Bergen, så var ikke helt forståelse for at det var nødvendig. For de var jo så dyktige de som var der. Dette gjaldt både mellom sykepleierne og ledelsen.”

Informantene fortalte også om at det internt på barneklubben ble laget en “fagstige” som var et kompetansehevingstiltak som erfarne sykepleiere fikk tilbud om å delta på. Dette ble beskrevet som et kurs over 3 måneder for ulike aktuelle tema ble tatt opp, deriblant sykdomslære i barnesykdommer. Her ser man trolig starten på erkjennelsen om at utdanningsnivået var nødvendig å heve for å opprettholde posisjonen i avdelingen fremover i takt med den sterke utviklingen innen det pediatrike medisinske området.

Når det ble nevnt barnesykepleieutdanning, og at de hadde dette i Oslo og Tromsø var det ikke direkte motstand mot dette, en informant forteller:

“Alle var enig i at vi burde få til noe, men hvordan man skulle få det til. Og det med å jobbe strategisk var vi ikke så gode til noen av oss”.

Det beskrives også hvordan det var utfordrende å vite hvordan man skulle gå frem for å faktisk få ting til å skje. En informant forteller arbeidet med å få etablert barnesykepleieutdanning:

“...de var veldig faglig engasjerte. Men det å få.. - når du har en ide til du skal få det formalisert i et utdanningsløp når det gjelder de formelle kravene ...” .” ...i dag hadde jeg sikkert visst mer om hva du skal gjøre”.

Dette tydeliggjør at posisjonen til initiativtaker er av stor betydning for å faktisk få ting til å skje. Det er behov for de rette kapitalene, de riktige kontaktene for å henvende seg videre. Dette beskrives også gjennom et utsagn knyttet til å det å gå fra en ide om en videreutdanning til å faktisk få noe til å skje:

“Hvem skal du sparke ball med? Her var ingen svensk barnelege som kom og sa; vi må få til en barnesykepleierutdanning her”.

Her refereres det til hvordan en barnelege var deltakende i å få etablert videreutdanning i Tromsø. Informanten tydeliggjør at mangel på engasjement fra personer med høy kapital (her gjennom eksempelvis en lege) gjør det utfordrende å komme videre i prosessen.

Informanten forteller om mange faglig engasjerte sykepleiere ved barneklubben. Dette kan tyde

på at det på barneklubben ikke var motstand til å få etablert en barnesykepleieutdanning i Bergen, men at man ikke så behovet for dette verken på ledelse- eller sykepleie nivå. Man hadde stabilt og erfarent personale, samt den nevnte fagstigen som sørget for en viss kompetanseheving for de som var interesserte. Det var noen sykepleiere ved barneklubben som hadde videreutdanninger i intensiv og barnesykepleie. En informant forteller om at det var litt diskusjoner mellom de med videreutdanning og sykepleierne uten videreutdanning, men som hadde jobbet ved barneklubben lenge:

“Vi måtte ikke komme her, uten at det ble sagt helt direkte”.

Dette kan tyde på at sykepleiere med lang erfaring fra barneklubben hadde en posisjon de ønsket å forsvare, og de posisjonerte seg derav på en måte som tydeliggjorde at de ikke mente at sykepleiere med videreutdanning uten videre hadde noen høyere posisjon enn dem.

8.2.2 Heterodoxa ved barneklubben i Bergen

På 1980-tallet var det utbredt oppfatning og en gjeldende doxa ved barneklubben i Bergen om at det allerede var høy faglig kompetanse blant dem, og at det ikke var nødvendig med en videreutdanning i barnesykepleie. Imidlertid ble spørsmålet om hvorfor Tromsø og Oslo allerede hadde slike utdanninger, men ikke Bergen, stilt av en informant under en landssamling av Norsk Sykepleierforbund. Det var behov for mer kompetanse utover en bachelorgrad slik informanten så det. Hun hadde god oversikt over daværende videreutdanninger i barnesykepleie i Norge, og hadde gjennom sitt nettverk kjennskap til utdannelsene og på hvilket grunnlag disse var startet opp. Hun hadde dermed et syn på saken som brøt med eksisterende doxa ved barneklubben i Bergen.

I løpet av 80- tallet og videre utover starten av 90- tallet var det en voldsom utvikling i det medisinske feltet. Med denne utviklingen innen medisin og teknologi ble det også mulig å behandle flere sykdommer og tilstander hos barn. Ikke minst gjaldt dette innen premature og nyfødttmedisinen. En informant beskriver dette slik:

“..det handler jo også om at den medisinske utviklingen har jo vært enorm, sant? Så behovet for mer kompetanse har jo blitt økende. At man trenger flere yrkesgrupper omtrent på post altså. Du trenger noen som har tatt mye utdanning og kan ta ansvar for mer avanserte ting “.

Dette tyder på at behovet for kompetanse endret seg også i Bergen som andre steder, til tross for personale med mye erfaring. Med den medisinske utviklingen, og mer komplekse pasienter skapt et behov for sykepleiere med mer kunnskap om hvordan man faglig kunne håndtere disse tilfellene. Det er nærliggende å tro at en slik forståelse etter hvert ble mer gjeldende også i Bergen. En informant forteller:

..”for det at vi så, og jeg erfarte når jeg jobbet som intensivsykepleier. Vi trenger så mye mer når det gjelder barn. “

Gjennom siste halvdel av 80- tallet og på starten av 1990- tallet forteller informantene om en stor faglig interesse blant mange sykepleiere ved barneklubben i Bergen. Det ble også økt fokus på mer kompetanse, og man begynte å snakke mer om behovet om å vite “hvorfors man gjør som man gjør” når man utøver sykepleie. Dette var særlig gjeldende på nyfødtafdelingen. En informant utdyper dette når vi snakket om kompetanseheving og fokus på kompetanse i avdelingene utover 1980- og starten av 1990-tallet:

“Altså, du kan si at nyfødt var de som var mest frempå med akkurat det”

Dette kan tyde på at det særlig i miljøet på nyfødtafdelingen i Bergen var en økende forståelse for behovet for mer kompetanse blant sykepleierne. Nyfødtafdelingen var også den avdelingen med mest avansert medisinsk teknisk utstyr som krevde kompetanse av de som skulle håndtere dette.

8.2.3 Etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen

I 1993 ble det publisert en artikkelserie i tidsskriftet “Sykepleien” av K.A Bakke (1993, s. 5-11.). Publiseringen omhandler en undersøkelse utført ved 15 av landets nyfødtafdelinger. Undersøkelsen var gjennomført av barnesykepleierforbundet ved årsskiftet 1992/1993, og avdekket at over halvparten av deltakerne følte at de ikke var kvalifisert for oppgavene første gang de fikk ansvar for et prematurt barn i nyfødtafdelingen. Bare 23 prosent av deltakerne hadde videreutdanning som pediatrik eller intensiv-sykepleier, 3 av 4 hadde kun grunnutdanning i sykepleie. 48 % mente videreutdanning er nødvendig for å jobbe på nyfødt intensivavdeling. Ragnhild S. Leite, posisjonerer seg dermed igjen for etablering av barnesykepleieutdanning. Denne gang posisjonerer hun seg som prosjektleder. Hun utdyper at

det gjennom undersøkelsen fremkom at de som hadde minst erfaring svarte at de ikke hadde behov for videreutdanning. Funnene i undersøkelsen underbygger behovet for økt kompetanse og spesialistutdanning for sykepleierne som skal ivareta denne pasientgruppen. Publiseringen posisjonerer seg dermed i tråd med tidligere publiseringer som argumenterer for et økt behov for kompetanse blant sykepleiere som jobber med barn. Prosjektlederen har høy sosial og kulturell kapital jamfør kap. 8.1.2 og har i stor grad mulighet til å påvirke gjeldende doxa og praktikker.

Det er nærliggende å tro at denne publiseringen kan ha bidratt til at det året etter i 1994 ble tatt opp 2 studenter til en prøve kull i videreutdanning i barnesykepleie i Bergen. Barneklubben i Bergen var deltakende i studien, og det ble i publiseringen direkte påpekt at det ikke eksisterte slik utdanning i Bergen på dette tidspunktet. En informant forteller om denne tiden:

“... etter hvert så vi vel at det var noe som presset seg frem. For vi hadde jo kontakt med for eksempel Oslo”.

En av informantene forteller at hennes forståelse av at barnesykepleieutdanning i Bergen ble etablert da den gjorde er at tanken om en barnesykepleieutdanning i Bergen måtte modnes:

“Vi hadde vel lett for å gli inn i det etablerte” og “... jeg tror nok at det var noe som måtte modnes”..

Dette beskriver hvordan det er utfordrende å bryte med gjeldende doxa , fordi når doxa innenfor et felt først er etablert vil det ofte kontrolleres av konservative krefter (Järvinen, M og Mortensen, N. 2005 s.16).

Da det ble tatt opp to studenter til en prøve kull så informanten det som en fordel at det begynte i det små:

“...at det begynte litt så nedpå som det begynte med to stykker”

Slik informanten forteller at hun oppfattet det, var det kanskje lettere å få i gang utdanningen fordi man begynte litt forsiktig med dette prøve kullet i 1994.

Det var altså en formidabel medisinsk utvikling på denne tiden, og særlig gjaldt dette på nyfødtavdelingen. Gjennom informantene blir det tydelig at det etter hvert blir klart at det kreves mer kompetanse også i Bergen, til tross for stabilt og erfarent personale. Artikkelen som publiseres i tidsskriftet “Sykepleien” i 1993 (Bakke, 1993) tydeliggjør uten tvil mangelen på

kompetanse ved nyfødtafdelinger i Norge, deriblant Bergen. Man kan på dette tidspunktet ikke komme utenom at det er behov for mer kompetanse blant sykepleiere på barneklubben.

Informantene forteller at de oppfattet at ledelsen ved barneklubben ble mer positiv til barnesykepleieutdannelsen etter de hadde fått erfaringer med studentene fra prøve kullet. Etter deres oppfatning så da ledelsen hvilke kompetanse de fikk tilbake til avdelingene, og de ga uttrykk for at dette var positivt for avdelingene.

I 1996 ble barnesykepleieutdanning i Bergen etablert, hvor 10 studenter ble tatt opp ved studiet.

9.0 Avslutning

Dette masterprosjektet startet med utgangspunkt i en undring om hvordan det kan være at barnesykepleierutdanning ble etablert i Bergen i 1996, og det er undersøkt hvilke sosiale og kulturelle rammer og vilkår som lå til grunn for dette. Hvilke posisjoner som var deltakende i etableringen, deres posisjonering og disposisjoner er også undersøkt og fremskrevet.

Forskningsspørsmålene er besvart gjennom en praxeologisk tilnærming og analyse.

Masterprosjektets historiske gjennomgang viser at samfunnet og helsevesenets syn på barn, og hvilke posisjoneringer som har dominert i feltet har vært i forandring gjennom tiden. Fra en manglende kunnskap om barn og barns behov, hvor barn ble sett som små voksne som måtte tuktes for å bli «skikkelige mennesker», til økt kunnskap gjennom utviklingsteorier og fokus på barndom, barns behov og rettigheter. Gjennom analysen fremkommer det at etableringen av barnesykepleieutdanning i Bergen i 1996 kan sees som et resultat av endrede samfunnsforhold, økende kunnskap om barns fysiologi, utvikling, behov og rettigheter. En enorm utvikling i det medisinske feltet spilte også en viktig rolle.

Analysen viser at det skjer et skifte, et brudd hvor heterodoxe krefter begynte å posisjonere seg for etablering av barnesykepleieutdanning fra slutten av 1970 tallet. Tove Lindemann posisjonerte seg tidlig. Hun var initiativtaker til etablering av barnesykepleieutdanning ved Rikshospitalet, og en dominerende posisjon i det sosiale rommet. Videre gjennom 1980,- og utover 1990 tallet posisjonerte en rekke agenter seg for etablering av barnesykepleieutdanning på landsbasis. Posisjoneringene begrunnes med manglende kompetanse blant sykepleiere som

jobber med barn, og barns særegne behov når de innlegges i sykehus. Blant posisjoneringene finnes flere ledere for barneavdelinger ved barneklonikker i landet, barnesykepleiere, sykepleiere og helsesøster.

Fra 1985 posisjonerte også Norsk Sykepleierforbund, som hadde størst mengde samlet kapital seg for etablering av barnesykepleieutdanning gjennom en innstilling om videreutdanning i klinisk sykepleie, hvor barnesykepleie var en av videreutdanningene. I 1990 posisjonerte de seg igjen gjennom utgivelse av rammeplan for videreutdanning i barnesykepleie, som var et viktig bidrag til at barnesykepleieutdanning ble etablert i Bergen i 1996.

Både nasjonalt og i Bergen kjempet heterodoxe krefter for en endring. Gjennom analysen fremkommer det at det var motstand involvert i prosessen i Bergen. Ved barneklonikken i Bergen erkjente i utgangspunktet ikke dominerende posisjoner, som bestod av erfarne sykepleiere med lang fartstid fra barneklonikken, sammen med ledere behovet for en slik videreutdanning. De heterodoxe posisjonene kjempet for å få gjennomslag for sin oppfatning om at det også i Bergen var behov for mer kompetanse hos sykepleierne. Etter hvert, og blant annet som et resultat av at dominerende posisjoner i feltet på nasjonalt nivå argumenterte og kjempet for å få etablert barnesykepleieutdanning i alle regioner i landet skjedde det gradvis et skifte også i Bergen. Som fremskrevet i analysen ble særlig nyfødtavdelingen, som opplevde den største medisinske utviklingen, opptatt av riktig kompetanse. Da en rammeplan for videreutdanning i barnesykepleie kom i regi av NSF falt enda en brikke på plass. Til sammen førte dette til at barnesykepleieutdanning ble etablert i Bergen i 1996.

Når avdelingene etter hvert mottok de første ferdig utdannende barnesykepleierne, opplevde både ledelsen og sykepleierne i avdelingene på barneklonikken den økte kompetansen som positiv. I ettertid fremkommer det dermed at til tross for motstanden har etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen hatt en positiv innvirkning i barneklonikken. Dette viser hvor viktig det kan være å kjempe for endringer som kan forbedre hvordan vi jobber i helsevesenet til fordel for pasientene våre.

9.1 Begrensninger, styrker og svakheter ved studien

Begrensninger i form av tid og størrelse på masteroppgaven har gjort at størrelsen på empirien naturlig nok har måtte begrenses. I utgangspunktet var det ønskelig å intervjuer en leder for å få

inn lederperspektivet. Det ble gjort forsøk på å rekruttere slik informant, men de forespurte hadde dessverre ikke anledning til å delta i løpet av tidsperioden oppgaven skulle skrives. En leder posisjon har høy kapital, makt og innflytelse. Ledelsen har også på et tidspunkt besluttet å gå inn for å etablere barnesykepleierutdannelse i Bergen. Opplysninger, posisjoner og posisjoneringer fra dette perspektivet mangler dermed i oppgaven, som er en svakhet.

Det er inkludert 3 ulike perspektiver gjennom intervjuene, en initiativtaker, en lærer og en sykepleier som var blant de første til å ta barnesykepleierutdannelsen da den ble etablert i Bergen. Dette er en styrke da medvirker til å frem konstruere ulike opplevelser og syn på saken, og eventuelle distinksjoner. De ulike informantene har også bidratt på en slik måte at de har fylt ut informasjon som har manglet i den enkelte historie. Å undersøke ulike perspektiver bidrar til en mer helhetlig forståelse av saken som undersøkes, altså hvilke sosiale og kulturelle rammer og vilkår som lå til grunn for at barnesykepleierutdannelsen ble etablert i Bergen i 1996. Ulike perspektiver vil gi et bredere og mer differensiert bilde av saken.

Intervju som er gjort i forskningsprosjektet er gjennomført mer enn 16 år etter barnesykepleierutdannelsen i Bergen ble etablert. Historiene som er fortalt ligger derfor langt tilbake i tid. Dette kan ha påvirket hvordan informantene forstår og ser på saken i retrospektiv, som vil kunne være en svakhet, men også en styrke fordi flere av informantene i dag ikke er tilknyttet barneklubben.

Det var også ønskelig å undersøke skriftlig informasjon i form av møtereferater, protokoller eller lignende fra prosessen med etablering av barnesykepleierutdannelse i Bergen fra Haukeland sykehus og barnesykepleierforbundet. Det viste seg dessverre etter gjentatte forsøk og kontakt med en rekke ulike personer at det ikke var tilgjengelig slik informasjon.. Mye av papirarbeidet

fra denne perioden er forlagt, kastet eller det ikke har lyktes forfatter å oppnå kontakt med riktig personer som kan ha oversikt over dette.

9.2 Videre studier

I dette masterprosjektet er det konstruert frem en teori om hvilke sosiale og kulturelle rammer og vilkår som kan ha ligget til grunn for at barnesykepleierutdannelse ble etablert i Bergen i 1996. Studien bygger på skriftlige kilder og intervjuer med personer som var deltakende i prosessen eller har kjennskap til denne. For å få frem ytterligere informasjon kunne det vært interessant å sett nærmere på de ledelsesperspektivet, da dette ikke fremkommer i studien. Dette vil kunne gi svar på ubesvarte spørsmål og gi en dypere nyanse av prosessen med å få etablert en slik utdannelse.

Det kunne vært spennende i fremtidige studier å studere rammeplanene i grunnutdannelse i sykepleie. Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven avdekkes det at på et tidspunkt har pediatri og undervisning om sykepleie til barn blitt nedprioritert i studieplaner for bachelor i sykepleie. Både hva som er endret og hvorfor kan gi interessant kunnskap og perspektiver.

Det er per i dag en god del sykepleiere med videreutdannelse i barnesykepleie ansatt ved barneklubben på Haukeland sykehus. Det kunne vært nyttig å vite mer om hvilke posisjoner disse har, hvordan de posisjonerer seg og deres disposisjoner.

Litteraturliste

Asdal, K., & Reinertsen, H. (2020). Hvordan gjøre dokumentanalyse: En praksisorientert metode (1. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Bakke, K. A. (1993). Stort ansvar for usikre sykepleiere. *Sykepleien*, 81(18), 5-11.

Bjerk, K. (2017). Distriktsjordmor Helfrida Nordvågs håndavtrykk i den nordnorske kvinnehistorien. I Å. Fause (Red.), *Glimt fra sykepleiefagets historie* (s. 55-84). Fagbokforlaget.

Boge, J. H. (2021). A praxeological approach to constructions of social science. *Praxeologi: et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktiker*, 3, e3161.

<https://doi.org/10.15845/praxeologi.v3i0.3161>

Brandser, E.Y., Boge, J., & Petersen, K. A. (2014). Søknad avslått, rett i søpla? *Sykepleien*, 2014(8), 66-69. DOI:[10.4220/sykepleiens.2014.0114](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0114)

Callewaert, S. (1996). Kultur, pedagogik og videnskap. Om Pierre Bourdieus habitusbegreb og praktikteori (2.utg., 2. oplag). Akademisk Forlag.

Danielsen, I. J. (2017). Etableringen av spesialutdanning i barnesykepleie i Tromsø. I Å. Fause (Red.), *Glimt fra sykepleiefagets historie* (s. 107-126). Fagbokforlaget.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 10. februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>

Forente nasjoner. (1989). FNs konvensjon om barns rettigheter: Vedtatt av De Forente Nasjoner 20. november 1989. Ratifisert av Norge 8. januar 1999. Barne- og familiedepartementet.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf

Forskningsetikkloven (2017). *Lov om organisering om forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=forskningsetikkloven>

Frederiksen, J. (2016). Tverrprofesjonelle velfærdsproffesjoner: Tversamarbejde som en social praktik for den neoliberal velfærdsstats proffesjoner (Doktoravhandling). Roskilde Universitet.

Glasdam, S. (2005). Interview- En diskusjon af ligheder og forskelle i Pierre Bourdieus og Steinar Kvaales metodeovervejelser. *Vård i Norden*, 76(2), 36-41.

Greve, G., & Berg, A. (2020). Barne- og ungdomsklinikken ved Haukeland universitetssjukehus-

70 år som har forandret barnemedisinen. *Paidos*, 2020(3), 166-170. <https://paidos.no/barne-og-ungdomsklinikken-ved-haukeland-universitetssykehus-70-ar-som-har-forandret-barnemedisinen/>

Grindaker, K. E. (1993). Utvikling av den pediatrike sykepleien. I S .O. Lie (red.), *For syke barn i 100 år. Barneklubben, Rikshospitalet 1893-1993* (s. 73-115). Oslo: Rikshospitalet.

Grødem, M. (2021). Etablering av Avansert hjemmesykehus for barn og unge i Norge- en praxeologisk studie. (Masteroppgave). Høgskolen på Vestlandet

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

Grønseth, R. (2009). Barn trenger spesialister. *Sykepleien*, 2009. Hentet 19. april 2022 fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/02/barn-trenger-spesialister>

Helse Bergen. (2016, 22. September). *Frå starten til i dag*. Hentet 26. april 2022 fra: <https://www.helse-bergen.no/om-oss/historie/frac-starten-til-i-dag>

Harrits, G. (2017). *Pierre Bourdieu (1. utg.)*. Jurist og økonomforbundet.

Horne, R. (2016). «Like barn leikar best»: *Ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengande barn og unge* (Doktoravhandling, Universitetet i Bergen). Hentet fra: <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/15253>

Järvinen, M., & Mortensen, N. (2005) Det magtfulde møde mellem system og klient – teoretiske perspektiver. I M. Järvinen, J. E. Larsen, & N. Mortensen (red), *Det magtfulde møde mellem system og klient – teoretiske perspektiver*. Aarhus Universitetsforlag.

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

Korsvold, T. (2016). *Perspektiver på barndommens historie*. Fagbokforlaget.

Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. I O. Hammerslev, J. A. Hansen, & I. Wiig (Red.), *Refleksiv sosiologi i praksis* (s. 173-189). København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, M. (2021). *Etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen* (Upublisert eksamen). Høgskulen på Vestlandet.

Leite, R.S. (1986). Trenger vi pediatrik vidareutdanning? *Sykepleien*, 73(19), 24-25.

Lindermann, T. (1986). *Barn om smerter*. Tano Aschehoug.

Lindermann, T. (1987). Barn om smerter: Flis i magen og brus i beinet. *Sykepleien*, (74)1, 24-30.

- Malterud, K. (2018). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4.utg.). Universitetsforlaget.
- Mathiesen, A. (2002). Sociologiske feltanalyser. Roskilde University.
- Mathiesen, A., & Delica, K. (2007). Historiserende feltanalyse. Fuglsang, L., Hagedorn-Melby, K. (1990). Kall og kamp. Norsk sykepleierforbunds historie. Cappelen forlag.
- Nordtvedt, L. (1988). Smertebehandling- også for barn. *Sykepleien*, (76),22, 28-29.
- Nordtvedt, L. (1988). Et vaskeekte barnesykehus. *Sykepleien*, (78)23, 34-36.
- Norsk senter for dataforskning (u.å). *Fylle ut meldeskjema for personopplysninger*. Hentet 14. april 2022 fra: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å). Om oss. Hentet 21. mars 2021 fra <https://www.nsf.no/om-oss/om-oss>
- Norsk sykepleierforbund. (1986). *Innstilling: Innstilling om videreutdanning i klinisk sykepleie*. Hentet fra: <https://www.nb.no/nbsok/nb/3c0754d62a9f88a18f420cbf78e9e299?lang=no#0>
- Norsk sykepleierforbund. (1985). Videreutdanning i klinisk sykepleie. *Sykepleien*,72(1), 16-23.
- Norsk sykepleierforbund. (1990). *Rammeplan: Videreutdanning I sykepleie til barn*. Hentet fra: <https://www.nb.no/nbsok/nb/3c0754d62a9f88a18f420cbf78e9e299?lang=no#0>
- Petersen, K. A. & Callewaert, S. (2013). Praxeologisk sykepleievidenskap – hvad er det? En diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ. København: Forlaget Hexis.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (11. utg.). Wolters Kluwer.
- Ramholt, B. (1986). Tumor er en klump med sinte celler. *Sykepleien*, (73),9, 6-13.
- Rasmussen, P., & Olsen, P. B. *Teknikker i samfundsvidenskabene*.(s. 177-202). Roskilde Universitetsforlag.
- St.prp. nr. 65 (1997-1998). Omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet 1998.

Sundal, H. (2014). *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus* (Doktoravhandling, Universitetet i Bergen.). Hentet fra: <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/7942>

Svendsgård, B. (1987). Perinatal omsorg. *Sykepleien*, (74),20, s.25.

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske

Urke, S. (1979). Barnesykepleieren i Barneåret. *Sykepleien*,(66)12, s. 14-15.

Wilken, L. (2008) *Pierre Bourdieus*. Tapir Akademiske Forlag

Aarskog, D.(2001). Barneklubben- frigjøringsgaven fra Sverige. C.W Janssen (Red.), *Haukeland sykehus- En medisinsk hjørnestein siden 1912* (s. 58-70).Eide forlag

Liste over vedlegg:

Vedlegg 1: Informasjon til deltakerne med samtykkeerklæring

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Godkjenning NSD

Vedlegg 4: Rangering av dokumenter etter indikatorer

Vedlegg 5: Auto- sosioanalyse

Vedlegg 6: Registrantanalyse

FORESPØRSMÅL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

"ETABLERING AV BARNESYKEPLEIEUTDANNELSE I BERGEN"

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke sosiale og kulturelle forhold og vilkår som lå til grunn for at videreutdanning for sykepleiere innen pediatri, barnesykepleierutdanning ble etablert i Bergen i 1996.

Forskningsprosjektet er en masteroppgave i spesialisering i Barnesykepleie ved Høgskulen på Vestlandet.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Hva innebærer prosjektet?

For å finne svar på forskningsspørsmålene vil jeg analysere data fra dokumenter som beskriver og handler om prosessen frem til etableringen av barnesykepleieutdanning i Bergen i 1996. Jeg vil også gjennomføre intervju av personer som har kunnskap om og var deltagende og engasjert i dette arbeidet, eller som har kunnskap om denne prosessen.

Dokumenter som brukes vil være offentlige dokumenter som politiske dokumenter, budsjetter, møtereferater, lovverk og rammeplaner. Det kan også være aktuelt å bruke informasjon fra tidsskrifter for sykepleiere i arbeidet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet, ved student ved Master i klinisk sykepleie -barnesykepleie :Marielle Larsen. E-post marielle.larsen@hvl.no

Prosjektansvarlig og veileder for prosjektet: Rolf Horne, Førsteamanuensis ved fagseksjon Master i klinisk sykepleie, barnesykepleie, Høgskulen på Vestlandet. E-post rolf.horne@hvl.no

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i studien fordi du har kjennskap til og/eller var deltakende i arbeidet med etablering av barnesykepleierutdannelsen i Bergen i 1996.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du ønsker å delta som informant i studien, vil intervjuet vil foregå i perioden mellom 25. september 2022 til 1. mai 2023. Intervjuet vil ta ca. 1-1.5 time. I intervjuet vil du bli spurt om å fortelle om følgende:

- Kan du fortelle hvilke stillinger, verv og arbeidsoppgaver du har eller har hatt ved sykehuset og barneklubben i Helse Bergen?
- Kan du fortelle om ditt virke ved Barneklubben?
- Kan du fortelle om Inntekt/økonomi, adresse, eiendom, fødested, oppvekst, utdanning og fritidsaktiviteter, foreldres utdanning og yrke og om søsken og andre betydningsfulle sosiale relasjoner?
- Kan du fortelle om ditt arbeid, erfaringer og tanker om sykepleie til barn?
- Kan du fortelle om erfaringer relatert til organiseringen og behandling av barn ved sykehuset?
- Kan du fortelle om erfaringer relatert til kompetanse, endringer og utvikling av sykepleien til barn ved sykehuset?

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Intervjuene vil tas opp på lydbånd, som vil slettes når prosjektet er ferdig. Alle personopplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og lagret passord beskyttet på forskningsserveren til Høgskulen på Vestlandet. Alminnelige data vil lagres på harddisk på avlåst rom under arbeidet med prosjektet. Det er bare undertegnede og veileder fra Høgskolen på Vestlandet, førsteamanuensis Rolf Horne som har tilgang til opplysningene, og vi har taushetsplikt. Når prosjektet er ferdigstilt vinteren 2023 vil alle data fra deg slettes. Informasjon fra deltakerne vil anonymiseres og vil ikke kunne identifisere deltakerne i publikasjoner.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Dersom du har spørsmål til prosjektet, ønsker mer informasjon eller å benytte deg av rettighetene dine kan du kontakte Høgskulen på Vestlandet ved Marielle Larsen på telefonnummer 40107288

eller e-post marielle.larsen@gmail.com, eller Rolf Horne, Førsteamanuensis ved fagseksjon Master i klinisk sykepleie, barnesykepleie, Høgskulen på Vestlandet. E-post rolf.horne@hvl.no

Vårt personvernombud ved Høgskulen på Vestlandet er: Trine Anikken Larsen,
Telefon: +47 55 58 76 82

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig:

Student:

Rolf Horne

Marielle Larsen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om Marielle Larsens sitt master prosjekt " Etablering av barnesykepleieutdannelse i Bergen" og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om Marielle Larsen sitt masterprosjekt «Etablering av barnesykepleierutdanning i Bergen» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide for prosjektet Etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen

For å forstå og forklare kulturelle og sosiale forhold og vilkår som har betydning for å kunne undersøke etablering av barnesykepleieutdanningen i Bergen, er det utover informantenes fortellinger om erfaringer om temaet for studien, nødvendig å innhente bakgrunnsopplysninger om informantene som kan si noe om deres posisjon og disposisjoner. Dette for å gjøre forsvarlige analyser av informasjonen de gir. Det vil si analyser av hvordan de posisjonerer seg relatert til barnesykepleie og etablering av barnesykepleieutdanningen. Med andre ord hvem som mener hva om studieobjektet. Hvert spørsmål er ment til å danne grunnlag for informantene til å fortelle samt gjøre det mulig for intervjueren å stille utdypende spørsmål for å få tilgang til nyansert informasjon.

Innledning:

- Gjenta formålet med intervjuet
- Spørre om det ønskes mer informasjon om studien, eller om noe er uklart for å sikre at informanten har forstått hensikt med prosjektet og hvordan opplysninger de gir blir behandlet.
- Informere om tidsrammen for intervjuet (1-1,5 t) og at det brukes lydopptaker.
- Presentere meg selv og min yrkesbakgrunn kort

Intervju:

1. del av intervjuet handler om informantens livshistorie, om informantens posisjon og disposisjoner:
 - Kan du fortelle hvilke stillinger, verv og arbeidsoppgaver du har eller har hatt ved sykehuset og barneklubben i Helse Bergen?
 - Kan du fortelle om ditt virke ved Barneklubben?
 - Kan du fortelle om Inntekt/økonomi, adresse, eiendom, fødested, oppvekst, utdanning

og fritidsaktiviteter, foreldres utdanning og yrke og om søsken og andre betydningsfulle sosiale relasjoner.

2. del av intervjuet handler om intervjupersonenes erfaringer uttrykt gjennom holdninger, meninger og handlinger:

- Hvilke stillinger, arbeidsoppgaver og erfaringer har du fra sykehuset og barneklubben i Helse Bergen?

- Kan du fortelle om ditt arbeid, erfaringer og tanker om sykepleie til barn?

- Kan du fortelle om erfaringer relatert til organiseringen og behandling av barn ved sykehuset?

- Kan du fortelle om erfaringer relatert til kompetanse, endringer og utvikling av sykepleien til barn ved sykehuset

Avslutning:

- Har du lyst til å tilføye noe utover det vi har snakket om?

- Hvordan opplevde du å få alle spørsmålene og fortelle om din historie?

- Kan det være mulig å kontakte deg senere om det er opplysninger som mangler eller som trenger oppklaring, eller om det er ønskelig med et eventuelt oppfølgingsintervju?

Takke for bidraget og spørre inn til forslag om andre personer de mener vil være spesielt gode informanter i studien og som eventuelt har vært involvert i forarbeidet eller etableringen av barnesykepleieutdanningen i Bergen.



Meldeskjema / Etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer	Vurderingstype	Dato
439245	Standard	30.09.2022

Prosjekttittel

Etablering av barnesykepleieutdanning i Bergen

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Prosjektansvarlig

Rolf Horne

Student

Marielle Larsen

Prosjektperiode

15.09.2022 - 31.12.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Allmenn interesse eller offentlig myndighet (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav e)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2023.

Meldeskjema

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Utvalg 1:

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

Utvalg 2:

De registrerte i utvalg 2 består av personer som inngår i "offentlige dokumenter (politiske dokument, tidsskrifter, møterefater, studieplaner, budsjett)". Denne behandlingen vurderes som

nødvendig for formålet. Personopplysninger som inngår i denne behandlingen består av alminnelige kategorier av personopplysninger og disse skal anonymiseres i oppgaven.

Prosjektet vil behandle personopplysninger om de registrerte i utvalg 2 med grunnlag i en oppgave av allmenn interesse (forskning), jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 e), jf. personopplysningsloven § 8. Prosjektet gjør nødvendige tiltak for å ivareta de registrertes rettigheter og friheter, jf. art. 89 nr. 1.

LOVLIG GRUNNLAG FOR TREDJEPERSON

Under datainnsamlingen kan det fremkomme personopplysninger om foreldres utdanning, yrke og om søsken. Disse opplysningene fremkommer via intervju. Det skal bare registreres alminnelige kategorier av personopplysninger om tredjeperson og disse skal anonymiseres i oppgaven.

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger om tredjeperson med grunnlag i en oppgave av allmenn interesse (forskning), jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 e), jf. personopplysningsloven § 8. Prosjektet gjør nødvendige tiltak for å ivareta de registrertes rettigheter og friheter, jf. art. 89 nr. 1.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte i utvalg 1 får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen, og ved at behandlingen av opplysninger om utvalg 2 og tredjepersoner er omfattet av nødvendige garantier
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER (UTVALG 1)

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER (UTVALG 2)

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og protest (art. 21).

Vi vurderer at det kan unntas fra informasjonsplikt etter art. 14 nr. 5 b), der personopplysninger ikke har blitt samlet inn fra den registrerte, ettersom det vil innebære en uforholdsmessig stor innsats å gi informasjon, sett opp mot nytten av å informeres. Vi legger vekt på at det kun er alminnelige kategorier av personopplysninger av lite omfang som samles inn. Disse opplysningene er offentlig tilgjengelige og personopplysningene anonymiseres i oppgaven.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER (TREDJEPERSONER) Så lenge tredjepersoner kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og protest (art. 21).

Vi vurderer at det kan unntas fra informasjonsplikt etter art. 14 nr. 5 b), der personopplysninger ikke har blitt samlet inn fra den registrerte, ettersom det vil innebære en uforholdsmessig stor innsats å gi informasjon, sett opp mot nytten av å informeres. Vi legger vekt på at det kun er alminnelige kategorier av personopplysninger av lite omfang som samles inn og disse personopplysningene anonymiseres i oppgaven.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Callan Ramewal

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4: Rangering av dokumenter etter indikatorer

TYPE DOKUMENT	DOKUMENTETS SAMLET MENGDE KAPITAL	BEGRUNNELSE FOR OPPNÅDD SCORE
<p>Reportasje; <i>“Barnesykepleieren i barneåret”</i>. (Urke, s., 1979 S.14-15).</p>	<p>SCORE Kult.kap.: Høy SCORE Sos.kap.: Høy</p>	<p>Reportasjeobjektet Tove Lindemann er assisterende oversykepleier ved rikshospitalets barneklinnikk og har altså en leder rolle Hun er også initiativtaker til videreutdanning i barnesykepleie som ble etablert ved rikshospitalet, samt styremedlem i landsgruppen for pediatriiske sykepleiere. Hun er også medlem av komiteen for FNs barneår. Samlet sett gjør dette at hun oppnår en høy score både sosial og kulturell</p>
<p>Forslag til Innstilling; <i>“Innstilling om videreutdanning i klinisk sykepleie”</i>. (NSF, 1985, s. 16-13),</p>	<p>SCORE Kult.kap.: Høy SCORE Sos.kap.: Høy</p>	<p>Dokumentet har høy samlet kapital, og scorer høyt på både kulturell og sosial kapital. NSF har høy medlemsmasse, et omfattende nettverk av samarbeidspartnere i det medisinske fagfeltet og har stor innflytelse både politisk i det sosiale rommet hvor sykepleie utøves.</p>
<p>Fagartikkel; <i>“Tumor er en klump med sinte celler”</i> (Ramholt, B.(1986, s. 6-13).</p>	<p>SCORE Kult.kap.: Lav SCORE Sos.kap.:Middels</p>	<p>Dokumentet er skrevet av aleneforfatter som er sykepleier som gir lav samlet kapital. Artikkelen er publisert i tidsskriftet Sykepleien som er tilknyttet NSF og som har stor medlemsmasse. Forfatter posisjonerer seg ikke for eller mot etablering av</p>

		barnesykepleierutdannelse i Bergen, men beskriver situasjonen anno 1986 på barneklubben på Haukeland sykehus. Dokumentet scorer middels lavt.
Meninger; “Trenger vi pediatrisk videreutdanning?” (Leite, R. 1986, s.24-25).	SCORE Kult.kap.: Høy SCORE Sos.kap.:Høy	Dokumentet er forfattet av Leite som er leder for NSF's landsgruppe av pediatriske sykepleiere. Som leder har hun høy kapital, og artikkelen er publisert i tidsskriftet Sykepleien som er tilknyttet NSF som har stor medlemsmasse. Som leder har hun høy kapital og har potensielt betydelig påvirkningsmulighet ovenfor leserne. I dokumentet argumenterer Leite tungt for etablering av flere videreutdanningsplasser i barnesykepleie. Dokumentet oppnår derfor høy samlet score og rangeres høyt blant dokumentene.
Utdrag fra fagbok; “Barn om smerter: Flis i magen og brus i beinet” (Lindermann, T., 1987, s. 24-30).	SCORE Kult.kap.: Middels SCORE Sos.kap.:Middels	Lindermann er pediatrisk sykepleier og bokutdraget er publisert i tidsskriftet Sykepleien som er tilknyttet NSF som har høy medlemsmasse. Dokumentet argumenterer for behov for mer kunnskap om smerte hos barn blant sykepleiere. Dokumentet oppnår derav middels høy kapital score.
Kommentar fra kretsleder; “Perinatal omsorg”	SCORE Kult.kap.: Middels	Kommentaren er skrevet av kretsleder i NSF og publisert i tidsskriftet Sykepleien som er tilknyttet NSF som

(Svendsgård,B.,1987 , s.25	SCORE Sos.kap.:Middels	har høy medlemsmasse. Svendsgård er aleneforfatter, men refererer til erfaringer fra teamarbeid med barnelege, gynekolog, jordmor, kommunelege og fylkessykepleier. Dokumentet argumenterer for behov for sykepleiere med pediatrik videreutdanning. Dokumentet har middels påvirkningskraft da det er publisert som menings ytring. Samlet oppnår dermed dokumentet middels høy kulturell og sosial kapital, samlet kapital blir middels.
Meninger; “Helsesøster- brobygger mellom familie og sykehus”. (Berthinussen, I.S., 1987 s. 6-8).	SCORE Kult.kap.: Middels SCORE Sos.kap.:Middels	Dokumentet er publisert i tidsskriftet Sykepleien som er tilknyttet NSF som har høy medlemsmasse. Hun er aleneforfatter for publikasjonen. Forfatter er spesialsykepleier. Hun henvender seg til både kommuneansatte og ansatte i spesialisthelsetjenesten som jobber med barn som innlegges i sykehus. Hun argumenterer for at det er behov for mer kompetanse i spesialisthelsetjenesten blant sykepleiere som jobber med barn i ulike avdelinger. Hun trekker også frem manglende undervisning i pediatri i grunnutdannelsen. Dokumentet oppnår derav samlet middels høy kapital score.
Rapport:	SCORE Kult.kap.:	Dokumentet er en rapport fra et

<p>“Smertebehandling- også for barn” (Nordtvedt, L 1988 s. 28-31)</p>	<p>Middels SCORE Sos.kap.:Høy</p>	<p>internasjonalt symposium hvor barn og smerter var tema. Forfatteren er oversykepleier og oppnår som leder høy sosial kapital score. Dokumentet argumenterer for manglende undervisning i pediatri i grunnutdannelsen til sykepleiere hvilket medfører kompetansemangel på barn og smerteproblematikk. Mener det er behov for mer kompetanse. Fordi barnesykepleieutdanning ikke nevnes oppnår dokumentet middels lav påvirkningskraft fordi det underbygger behovet for mer kompetanse av en leder i feltet barnemedisin.</p>
<p>Rapport; “<i>Et vaskeekte barnesykehus</i>” (Nordtvedt, L 1988 s.34-35).</p>	<p>SCORE Kult.kap.: Middels SCORE Sos.kap.:Høy</p>	<p>Dokumentet er en rapport fra et internasjonalt symposium hvor barn og smerter var tema. Forfatteren er oversykepleier og oppnår som leder høy sosial kapital score. Dokumentet argumenterer for manglende undervisning i pediatri i grunnutdannelsen til sykepleiere hvilket medfører kompetansemangel på barn og smerteproblematikk. Mener det er behov for mer kompetanse. Fordi barnesykepleieutdanning ikke nevnes oppnår dokumentet middels lav påvirkningskraft fordi det underbygger behovet for mer kompetanse av en leder</p>

		i feltet barnemedisin.
Fagartikkel; “ <i>Stort ansvar for usikre sykepleiere</i> ”. (Bakke, K.A. 1993 s. 5-11).	SCORE Kult.kap.: Høy SCORE Sos.kap.: Høy	Fagartikkelen bygger på en større undersøkelse utført av Barnesykepleierforbunden, som tar for seg kvalifikasjonene til personale ved nyfødtavdelinger. Leder for barnesykepleierforbundet intervjues med spørsmål rundt funn i undersøkelsen. Hun argumenterer for flere videreutdanningsmuligheter i barnesykepleie, blant annet i Bergen. Leder for intensivsykepleiernes landsforbund intervjues også, men argumenterer derimot for en egen nyfødt intensiv utdanning og mener barnesykepleiere ikke har riktig kompetanse for jobben. Oversykepleier for barneklubben ved sykehuset i Østfold argumenterer for det samme. I en videreføring av undersøkelsen gjort ved sentralsykehuset i Trondheim støtter også prosjektleder de samme argumentene for egen nyfødtintensiv utdanning. Dokumentet fremmer posisjoner og posisjoneringer med høy kapital, stor innflytelse og makt. Dokumentet er publisert i tidsskriftet Sykepleien som er tilknyttet NSF med høy medlemsmasse. Dokumentet har

		<p>høy grad av påvirkningsmakt og oppnår høy kapitalscore både sosialt og kulturelt og er derav i høyeste sjiktet av rangering av dokumenter.</p>
<p>Innstilling, “Videreutdanninger i klinisk sykepleie” (NSF, 1986).</p>	<p>SCORE Kult.kap.: Høy</p> <p>SCORE Sos.kap.: Høy</p>	<p>Dokumentet har høy samlet kapital, og scorer høyt på både kulturell og sosial kapital. NSF har høy medlemsmasse, et omfattende nettverk av samarbeidspartnere i det medisinske fagfeltet og har stor innflytelse både politisk i det sosiale rommet hvor sykepleie utøves. En vedtatt innstilling legger føringer for hva forbundet vil jobbe for i fremtiden.</p>
<p>Rammeplan, “Videreutdanning i sykepleie til barn”. (NSF, 1990)</p>	<p>SCORE Kult.kap.: Høy</p> <p>SCORE Sos.kap.: Høy</p>	<p>Rammeplanen utarbeidet i regi av NSF har høy kulturell og sosial kapital. NSF er et av landets største fagforbund, og jobber samfunnspolitisk, fagpolitisk og interessepolitisk. Dokumentet legger føringer for etablering av flere videreutdanninger i barnesykepleie og argumenterer for hvorfor dette er viktig.</p>

Auto- sosioanalyse

DEL 1: Min posisjon og disposisjoner:

Født i Bergen i 1985 og vokste opp på en liten øy utenfor Bergen. Er gift og har 4 barn. Jeg har gifte foreldre og er nest eldst i en søskenflokk på 4, hvor jeg har en halvbror og 2 søstre. Har også bodd sammen med mine 3 søskenbarn flere år av barndom og tidlige ungdomsårene. Min far er utdannet lærer og jobbet som dette på dagtid, og i tillegg jobbet han som disk jockey på kveldstid i barneårene mine. Jobber nå som rektor i ungdomsskolen. Mor studerte mange år i min barndom samtidig som hun jobbet som servitør på kveldstid. Først tok hun videregående fag, deretter ulike emner på universitetet, så bachelor i sosionom og etter hvert ledelsesutdanning. Jobber i dag som leder innenfor NAV systemet.

Jeg ble fulgt opp av begge foreldre i fritids og idrettsaktiviteter samt skolearbeid. Jeg hadde gode og nære venner i nærmiljøet mitt under oppveksten. Jeg begynte å jobbe i butikken til foreldrene til en venninne som 14 åring og ble tidlig selvstendig økonomisk. Jobbet ved siden av skolen siden den gang. Flyttet ut som 16 åring og har forsørget meg selv siden.

Kulturell kapital:

Flyttet ut og ble samboer som 16 åring i leid leilighet. Jobbet i butikk ved siden av skole gjennom ungdomsskole og videregående. Jobbet ett år som butikksjef i samme butikk etter videregående før jeg begynte på sykepleierskolen og flyttet til ny by i den forbindelse. Ønsket å

bli sykepleier siden 17- års alder etter å selv ha mottatt behandling fra helsevesenet. Utdannet sykepleier og spesialsykepleier i psykisk helsearbeid. Har også tatt enkeltemner i pedagogikk.

Økonomisk kapital:

Eier enebolig sammen med ektefelle. Har et boliglån og lån fra lånekassen. Samlet en normal størrelse total gjeld. Foreldrene mine eier hytte som vi låner i ferier. Ektefellen min har en lønn litt over gjennomsnittet.

Sosial kapital:

Sosialt nettverk med venner og familie. En viktig del av vennekretsen min bor på Østlandet hvor jeg har bodd største del av voksenlivet. Mine nærmeste venner har alle høyere utdanning og flere vennskap har kommet som følge av studier og felles faglig interesser. Er glad i fysisk aktivitet og har en betydelig del av mitt sosiale nettverk som voksen gjennom slike aktiviteter og miljø. Har erfaring fra ulike deler av helsevesenet. Har selv vært pasient som ungdom og ung voksen. Har jobbet i eldreomsorgen, medisinsk akuttpost, psykisk helse og rus, forebyggende helsearbeid for barn og unge, barnemedisinsk avdeling på barneklubben i Bergen.

DEL 2: Mine posisjoner:

Jeg er kvinne født i 1985, oppvokst i enebolig på en liten øy utenfor Bergen. Jeg vokste opp sammen med mor, far, en eldre halvbror og to yngre søsken. Vi bodde nært to tanter og onkler og hadde mye kontakt med disse samt fettere og kusiner i oppveksten. Jeg har hatt et nært forhold til mine søstre gjennom hele livet. Da jeg var 9 år flyttet mine søskenbarn inn til oss av sosiale grunner. Dette var en stor endring i familiedynamikken, plutselig var vi 2 voksne og 9 barn i alderen 2-12 år i familien, men jeg var utrolig glad og takknemlig for at mine søskenbarn kunne bo hos oss slik at vi beholdt den gode kontakten. Det var likevel utfordrende i perioder for familien at vi var så mange med ulike behov. Som voksen ser jeg at disse hendelsene har bidratt til mitt syn på hva familie er, og at jeg håper og tror noen i min nærmeste familie ville gjort det

samme for mine barn dersom de ikke kunne bodd med oss foreldre av en eller annen grunn. Vi har sterke bånd i den nærmeste familien.

I mine tidlige barneår var mor student hvilket preget økonomien i hjemmet. Etter hvert bedret denne seg og jeg har vokst opp under trygge rammer og uten å mange noe. Barnas aktiviteter og ferieturer har blitt prioritert av mine foreldre. Følelsen av at vi barna var viktig og en prioritet har nok preget mitt eget syn på barn generelt i samfunnet og i eget foreldreskap. Jeg har alltid trivdes på skolen og med skolearbeid. Jeg har vært opptatt av å gjøre lekser og har alltid trivdes svært godt særlig med å skrive. Helt fra jeg var liten har jeg vært glad i å lese bøker, og å skrive tekster. Å skrive stiler og særøppgaver var noe av det jeg likte best og trivdes mest med i skolesammenheng helt fra slutten av barneskolen og utover.

Jeg flyttet for meg selv som 16 åring. Jobbet 1 år som butikksjef etter videregående før jeg flyttet til Østlandet for å starte sykepleierstudiet i en ny by. Jeg er gift og har 4 barn fra 0-13 år, to av disse er født under perioder med studier. Jeg var ferdig utdannet sykepleier i 2009, og var ferdig spesialsykepleier i psykisk helsearbeid i 2016. Har også tatt et enkeltemne i helse rettet pedagogikk i 2015-2016. Har jobbet ved ulike somatiske sykehusavdelinger og innen psykisk helse og rus. Jobbet med barn og unge og forebyggende arbeid siden 2016 og frem til jeg begynte på barneklubben i Bergen i 2019. Jeg flyttet samme år tilbake til Bergen sammen med familien min. Holder på å utdanne meg til barnesykepleier og skriver nå master.

Jeg hadde et sterkt ønske om å stå på egne ben, og valgte derfor å flytte ut som 16 åring. I løpet av ungdomsårene førte en vanskelig tid til at jeg trengte hjelp av helsevesenet og i den forbindelse opplevde jeg et tydelig vendepunkt i sykdomsforløpet mitt i møte med en sykepleier på en somatisk sengepost som 17 åring. Jeg bestemte meg da for å bli sykepleier, med mål om å kunne være til hjelp for andre på samme måte som jeg selv hadde opplevd å motta hjelp. Jeg kjenner på stor takknemlighet til vedkommende den dag i dag og tenker fortsatt tilbake på denne opplevelsen og betydningen av møtet med sykepleieren med jevne mellomrom. Egen opplevelse av å være pasient og å motta god hjelp har preget min vei inn i sykepleieryrket og frem til nå hvor jeg snart er ferdig utdannet barnesykepleier. Egne erfaringer har dermed preget veien til å innta en posisjon som spesialsykepleier for barn. Jeg har hatt et ønske om å kunne jobbe med og hjelpe

sårbare pasientgrupper, eksempelvis rusavhengige og nå barn og unge. Jeg er opptatt av at jobben jeg gjør skal være av god kvalitet, og dette har vært en stor motivasjon for videre studier etter jeg var ferdig sykepleier. Min første leder som ferdig sykepleier var intensivsykepleier og vært særlig opptatt av faglig forsvarlighet i yrkesutøvelsen. Uansett hva man skal utføre i sykepleierket skal man kunne argumentere for at det er faglig forsvarlig, var hennes lærdom til oss nyutdannede. Hun var en stor inspirasjon for meg som sykepleier, og hennes verdier har fulgt meg gjennom yrkeslivet. Erfaringen har også vært en spire til å aktivt oppsøke ny kunnskap og videre studier innenfor sykepleierket. For å kunne si at det man gjør som sykepleier er faglig forsvarlig er det også en forutsetning med forståelse for hvorfor ting gjøres som de gjør, samt være faglig oppdatert og kunne innta en kritisk posisjon det det etablerte for å kunne medvirke til å drive faget videre med pasientens beste som mål. At min egen mor studerte mye da vi var barn har nok påvirket meg til at jeg aldri har tenkt på kombinasjonen med familielivet som noe hinder for videre studier eller karriere. At ektefellen min har vært støttende, og har hatt en stabil inntekt og at jeg har hatt kapasitet til å kombinere jobb og studier har vært en forutsetning for å få det til i praksis. Som snart ferdig barnesykepleier vil jeg fortsette å jobbe ved barne- og ungdomsklinikken i Bergen. Bergen. Opphavet til utdanningen og fagområdet jeg nå har satset på har betydning for min posisjon i det barnemedisinske feltet, og dermed også for å forstå bedre hvordan jeg posisjonerer meg i relasjon til andre posisjoner i feltet.

Vedlegg 6: Registrantanalyse

Sykepleien - Tidsskrift for sykepleiere

År og forfatter	Tittel på dokument	Dokumenttype	Posisjon/Agent	Posisjoneringer (meninger om saken)
1979 (Urke, S.,1979 s. 14-15)	“Barnesykepleieren i barneåret”	Reportasje	Assisterende oversykepleier ved Rikshospitalet, initiativtaker til etablering av barnesykepleierutdanning ved Rikshospitalet, styremedlem i landsforbundet for pediatriiske sykepleiere, medlem av Komité for FN's "Barneår"	Posisjoneres seg for videreutdanning i barnesykepleier. Peker på barns særegne behov ved innleggelse i sykehus. Mener utdanning i barnesykepleie bør bli en spesialsykepleier utdanning og tror dette vil bidra til styrke staben ved barneavdelingene og hindre at sykepleiere som har tatt videreutdanning i barnesykepleie går videre til jordmor eller helsesøster utdanning.
1985 (NSF,1985 s. 16-23)	“Innstilling om videreutdanning i klinisk sykepleie”	Innstilling til NSF's landsmøte, publisert i "Sykepleien"	NSF (Norsk sykepleierforbund)	Forslag til innstilling som skal opp ved NSF's landsmøte 1986. Innstillingen støtter behovet for spesialistutdanning for sykepleiere til barn med bakgrunn i barn særegne stilling og behov i helsevesenet.

1986 (Ramholt, B. 1986 s. 6-13)	“Tumor er en klump med sinte celler”	Fag artikkel	Sykepleier barneklubben på Haukeland. Del av onkologisk team.	Posisjonerer seg ikke direkte for eller mot etablering av barnesykepleierutdanning, men beskriver et velfungerende, omfattende team som ivaretar onkologiske barnepasienter ved barneklubben på Haukeland.
1986 (Leite, R. 1986) s.24-25	“Trenger vi pediatrik videreutdanning”	Utdanningsdebatt	Leder for NSF landsgruppe pediatrike sykepleiere	Posisjonerer seg for etablering av videreutdanning i barnesykepleie. Mener grunnutdanningen i sykepleie har gjennomgått reformer som har gjort at spesialområdet pediatrik sykepleie har blitt helt borte fra en del sykepleieutdanninger. Dette tvinger frem et behov for satsing på pediatrik videreutdanning.
1987 (Lindeman, T. 1987 s. 24-30)	“Barn om smerter- Flis i magen og brus i beinet”	Utdrag fra fagbok	Pediatrik sykepleier og forfatter	Posisjonerer seg ikke direkte for eller mot etablering av barnesykepleierutdanning, men beskriver at sykepleiere trenger mer kunnskap om barn og smerter.

1987 (Svendsgården, B. 1987 s. 25)	“Perinatal omsorg”	Kommentar fra kretslederen	Sykepleier ved barneavdelingen Nordland, kretsleder NSF Nordland, medlem i perinatalutvalget	Posisjonerer seg for flere utdanningsplasser for barnesykepleiere med bakgrunn i behovet for kompetanse for å kunne ivareta pasienter ved nyfødttintensiv avdeling.
1987 (Berthinussen, I.S.1987 s. 6-8)	“Helsesøster-brobygger mellom familie og sykehus”	Meninger- Når barn innlegges	Helsesøster (tilsvarende helsesykepleier) i kommunehelsetjenesten	Posisjonerer seg ikke direkte for eller mot etablering av barnesykepleierutdanning. Påpeker at kunnskapen om pediatri er mangelfull i grunnutdanningen av sykepleiere. Mener mange sykepleiere har for dårlig kompetanse til å ivareta pasientgruppen barn. Mener helsesøster kan ivareta rollen med å være en slags brobygger mellom helsestasjonen og sykehuset med pasientens beste i tankene.
1988 (Nordtvedt, L 1988 s. 28-31)	“Smertebehandling- også for barn”	Rapport fra internasjonalt symposium i USA hvor barn og	Oversykepleier ved barne- og ungdomsseksjonen Oslo Revmatiske	Posisjonerer seg ikke direkte for eller mot etablering av barnesykepleierutdanning, men mener det er for lite kunnskap om smerter hos barn. Påpeker

		smerter var tematikk	sykehus	at det i grunnutdanningen er mangel på undervisning om pediatri.
1988 (Nordtvedt, L 1988 s.34-35).	“Et vaskeekte barnesykehus”	Rapport fra internasjonalt symposium i USA hvor barn og smerter var tematikk. Om besøk på barnesykehuset “Childrens hospital in Los Angeles”	Oversykepleier ved barne- og ungdomsseksjonen i Oslo Revmatiske sykehus	Posisjonerer seg heller ikke her for eller mot etablering av barnesykepleierutdanning, men påpeker igjen manglende undervisning i pediatri i grunnutdannelsen i sykepleie. Skriver at det ikke er slik i andre land- som USA.
1993 (Bakke, K.A. 1993 s. 5-11)	“Stort ansvar for usikre sykepleiere”	Fagartikkel	Forfatteren fremmer resultatene fra en spørreundersøkelse utført av barnesykepleierforbundet	Artikkelen presenterer funn fra spørreundersøkelse utført ved 15 av landets nyfødtafdelinger. Denne viser blant annet at 51 prosent av de spurte sykepleierne ikke følte seg kvalifisert første gang de fikk ansvar for et prematurt barn. Bare 23 % hadde videreutdanning i pediatri eller intensiv sykepleie.

1993 (Bakke, K.A. 1993 s. 5-11)	“Stort ansvar for usikre sykepleiere”	Fagartikkel	I artikkelen posisjonerer Barnesykepleierforbundet seg ved leder Bodil Svendsgård	Posisjonerer seg for flere plasser ved videreutdanning i barnesykepleie, og tilbud om videreutdanning i alle helseregionene er nødvendig. Påpeker konkret at Bergen mangler slik utdanning. Mener at dette vil bedre situasjonen ved nyfødtintensiv, sammen med flere ansatte og bedre opplæring.
1993 (Bakke, K.A. 1993 s. 5-11)	“Stort ansvar for usikre sykepleiere”	Fagartikkel	I samme artikkel posisjonerer intensivsykepleierne ved Marit Flåskjer, leder for NSF's landsgruppe for intensivsykepleiere seg. Er også oversykepleier på barneklubben ved sykehuset i Østfold.	Posisjonerer seg ikke direkte mot etablering av barnesykepleieutdanning, men mener barnesykepleiere per i dag ikke har riktig kunnskap til å ivareta pasientene ved nyfødtintensiv. Mener en egen utdanning i nyfødtintensiv sykepleie er riktig vei å gå for å sikre kompetansen ved nyfødtintensiv
1993 (Bakke, K.A. 1993)	“Stort ansvar for usikre sykepleiere”	Fagartikkel	Marte Lauvsnes, prosjektleder ved Regionssykehuset i Trondheim	Regionssykehuset i Trondheim har i en videreføring av undersøkelsen en spørreundersøkelse ved sin

s. 5-11)	e”			nyfødtavdeling. Posisjonerer seg for en egen nyfødtintensivutdannelse.
1993 (Bakke, K.A. 1993 s. 5-11)	“Stort ansvar for usikre sykepleiere”	Fagartikkel	Oversykepleier Randi Williamsen ved Regionssykehuset i Trondheim	Posisjonerer seg for en egen videreutdanning i nyfødtintensiv sykepleie. Mener barnesykepleiere ikke har riktig kompetanse til å ivareta pasientgruppen.

Norsk sykepleierforbund Fagserie

År og forfatter	Tittel på dokument	Dokument type	Posisjon	Posisjonering/mening om saken
1986 (Norsk sykepleierforbund, 1986)	“Videreutdanninger i klinisk sykepleie”	Innstilling	Norsk Sykepleierforbund	Innstillingen støtter behovet for spesialistutdannelse for sykepleiere til barn med bakgrunn i barn særegne stilling og behov i helsevesenet.
1990 (Norsk sykepleierforbund, 1990)	“Videreutdanning i sykepleie til barn”	Rammeplan	Norsk sykepleierforbund	Rammeplan utarbeidet i tråd med NSF's innstilling “Videreutdanning i sykepleie til barn”. Rådgivende rammeplan til utdanningsinstitusjoners studieplan for barnesykepleie.

				<p>Argumenterer for behovet for å etablere barnesykepleierutdanninger i Norge. Mener en felles rammeplan vil øke sannsynligheten for at det opprettes flere barnesykepleie utdanninger. Videre inneholder den mål for utdanningen, prinsipper for organisering av studiet, studiets innhold og arbeidsform, ramme for pensum og vurdering</p>
--	--	--	--	---

Intervjuobjektene

Tidspunkt for intervju	INTERVJ UOBJEKT	POSISJON I 1996	POSISJONERINGER
1. Kvartal 2023	A	Sykepleier, middels nettverk i det sosiale rom og felt	Har over tid ønsket å bli barnesykepleier, har kjennskap om utdannelsen i Oslo, men ikke anledning til å reise dit for å ta den. Mener det er behov for å lære mer, og å vite hvorfor man gjør det man gjør i klinikken. Blant de første sykepleierne til å ta utdanningen i Bergen.
1. Kvartal 2023	B	Barnesykepleier, Middels stort	Har selv tatt utdannelsen i Oslo og har sett nytten hun har av

		nettverk i det sosiale rom og felt, har også nettverk ved andre barneklonikker i landet etter arbeidsforhold der	utdanningen. Mener det er behov for en slik utdanning også i Bergen.
1. Kvartal 2023	C	Intensivsykepleier, lærer, styremedlem barnesykepleierforbundet, stort nettverk i det sosiale rom og felt både i Bergen og Oslo	Ser et tydelig behov for økt kompetanse for å kunne ivareta barn i spesialisthelsetjenesten, dette ble særlig tydelig i midten på 80 tallet. Både den medisinske fremgangen og kunnskapen om barn og barns behov bygger oppunder dette behovet.